



ZBORNÍK ZO VI. MEDZINÁRODNEJ ŠTUDENTSKEJ VEDECKEJ A ODBORNEJ KONFERENCIE

MŠVK/ISSC

6. marec 2025 Michalovce

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV.
ALŽBETY V BRATISLAVE, N. O.
Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce**

**MŠVK/ISSC
ZBORNÍK ZO VI. MEDZINÁRODNEJ ŠTUDENTSKEJ VEDECKEJ
A ODBORNEJ KONFERENCIE
6. marec 2025 MICHALOVCE**

Michalovce 2025

Názov

Zborník zo VI. medzinárodnej študentskej vedeckej a odbornej konferencie,
6. marec 2025 Michalovce

Editor

Dr. h. c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Recenzenti

Prof Ivan Svyatoslavich Mironyiuk, MD. DSc.

Dr.h.c. prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD.

PhDr. Mgr. Petr Snopek, PhD., MBA

Vydavateľ:

© Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.

Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

Partizánska 23, 071 01 Michalovce

Grafická úprava: Mária Duranková, DiS.

Typ väzby a dokumentu: printový dokument

Rok vydania: 2025

Počet strán: 246

Náklad: 50 ks

ISBN: 978 – 80 – 8132 – 301 - 0

EAN: 9788081323010

OBSAH.....	3
PREDSLOV.....	9

SEKCIA – ŠTUDENTI BAKALÁRSKEHO STUPŇA ŠTÚDIA

OŠETROVATEĽSTVO

FEDORCOVÁ Janka

Školiteľ: doc. PhDr. Mária Popovičová , PhD., MBA

Bezpečnosť podávania chemoterapie a biologickej liečby na oddelení z pohľadu sestry.....10

MALNÁŠIOVÁ Natália

Školiteľ: PhDr. Eva Balogová, PhD., MPH

Spokojnosť pacientov s kvalitou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.....23

ONDREJKOVÁ Zuzana

Školiteľ: PhDr. Eva Balogová, PhD., MPH

Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov na umelej pľúcnej ventilácii31

SOCIÁLNA PRÁCA/SOCIAL WORK

HOCMANOVÁ Andrea

Školiteľ: doc. PhDr. Monika Gulašová PhD.

Frustrácia v profesijnom prežívaní sociálneho pracovníka.....41

HUDÁKOVÁ Dana

Školiteľ: PhDr. Vladimír Noga, PhD.

Sociálny rozmer filozofie Karla Marxa.....52

JAKUBIKOVÁ MAGEROVSKÁ Jana

Školiteľ: Mgr. Elena Kenderešová, PhD.

Rozvod manželstva a jeho dôsledky na rodinu.....58

FYZIOTERAPIA, VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO

BILOHUB Zlata

Školiteľ: Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor

Fyzická rehabilitácia vojenského personálu po strele do hornej končatiny/Фізична реабілітація військовослужбовців після кульового поранення верхньої кінцівки).....66

BUCHMEI Daria, MULESA Myroslava

Školiteľ: Klyap Marianna, Candidate of pedagogical sciences, Associate Professor
Hry a herné techniky ako neoddeliteľná súčasť vzdelávania detí základných škôl s mentálnym postihnutím/ Ігри й ігрові прийоми як невід'ємний компонент навчання учнів початкових класів з інтелектуальними порушеннями.....74

DJUHOVANETS (Дюгованець) Erika

Školiteľ: Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor
Historický vývoj a moderné prístupy animoterapie vo fyzickej rehabilitácii/ Історичний розвиток і сучасні підходи анімалотерапії у фізичній реабілітації.....85

KYRLYK Kamila, KORKH Oleksandra

Školiteľ: Klyap Marianna, Candidate of pedagogical sciences, Associate Professor
Skúsenosti s včasnou intervenciou deťom s mentálnym postihnutím na Ukrajine/ Досвід ранньої корекційної допомоги дітям з інтелектуальною недостатністю в Україні.....93

MATIKO Alina

Školiteľ/scientific adviser: Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor
Využitie technológií virtuálnej reality pri ochoreniach nervového systému/ Використання технологій віртуальної реальності при захворюваннях нервової системи.....105

SEKCIA – ŠTUDENTI MAGISTERSKÉHO STUPŇA ŠTÚDIA**SOCIÁLNA PRÁCA****GRIBOVÁ Malvína**

Školiteľ: Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.
Komunikačné bariéry v práci sociálneho pracovníka s klientom.....113

KMEC František

Školiteľ: Barta Richard, univ. docent PhDr., PhD., MPH,
Sociálny pracovník a jeho postavenie v zariadeniach sociálnych služieb.....128

SOVJAKOVÁ Emília

Školiteľ: doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.
Adaptácia rómskych seniorov na pobyt v zariadení sociálnych služieb.....140

SZALAYOVÁ Monika

Školiteľ: Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.
Princípy a hodnoty prezentované v Biblii v kontexte sociálnej práce.....152

SEKCIA – ŠTUDENTI DOKTORANDSKEHO STUPŇA ŠTÚDIA**SOCIÁLNA PRÁCA****BARDZÁK Pavol**

Školiteľ: Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.
Človek v Biblii.....164

SIGETOVÁ Diana**Školiteľ:** Dr. h. c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Súčasný prístup a legislatívny rámec rodinnej politiky na Slovensku a v Európskej únii.....179

OŠETROVATEĽSTVO**KOVAČEV Jelena****Školiteľ/scientific adviser:** doc. PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

Prevenencia intrahospitálnych infekcií194

PRIGINIĆ Jadranka**Školiteľ/scientific adviser:** doc. Mgr. et Bc. Mária Jackulíková, PhD.

Syndróm vyhorenia u komunitných sestier počas pandémie Covid – 19.....207

RAŠIĆ Snežana**Školiteľ:** prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD., MPH

Vplyv faktorov pracovného prostredia na migráciu sestier zo Srbskej republiky.....223

SALOUŠEKOVÁ Antaš**Školiteľ:** doc. Mgr. et Bc. Mária Jackulíková, PhD.

Prínos bazálnej stimulácie v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti.....238

CONTENT.....	6
PREFACE.....	9

BACHELOR'S DEGREE STUDENTS

NURSING

FEDORCOVÁ Janka

Scientific adviser: doc. PhDr. Mária Popovičová , PhD., MBA

Safety of chemotherapy and biologic therapy administration in the department from the nurse's perspective.....10

MALNÁŠIOVÁ Natália

Scientific adviser: PhDr. Eva Balogová, PhD., MPH

Patient satisfaction with the quality of nursing care provided.....23

ONDREJKOVÁ Zuzana

Scientific adviser: PhDr. Eva Balogová, PhD., MPH

Specifics of nursing care for patients on mechanical ventilation.....31

SOCIAL WORK

HOCMANOVÁ Andrea

Scientific adviser: doc. PhDr. Monika Gulašová PhD.

Frustration in the professional experience of a social worker.....41

HUDÁKOVÁ Dana

Scientific adviser: PhDr. Vladimír Noga, PhD.

The social dimension of Karl Marx's philosophy.....52

JAKUBIKOVÁ MAGEROVSKÁ Jana

Scientific adviser: Mgr. Elena Kenderešová, PhD.

Divorce and its impact on the family.....58

PHYSIOTHERAPY, PUBLIC HEALTH

BILOHUB Zlata

Scientific adviser: Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor

Physical rehabilitation of soldiers after gunshot wounds to the upper limb.....66

BUCHMEI Daria, MULESA Myroslava

Scientific adviser: Klyap Marianna, Candidate of pedagogical sciences, Associate Professor

Games and game techniques as an integral component of education of primary school children with intellectual disabilities.....74

DJUHOVANETS Erika**Scientific adviser:** Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor

Historical development and modern approaches of animal-assisted therapy in physical rehabilitation.....85

KYRLYK Kamila, KORKH Oleksandra**Scientific adviser:** Klyap Marianna, Candidate of pedagogical sciences, Associate Professor

Experience of early corrective assistance to children with intellectual disabilities in Ukraine.93

MATIKO Alina**Scientific adviser:** Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor

The use of virtual reality technologies in diseases of the nervous system.....105

MASTER'S DEGREE STUDENTS**SOCIAL WORK****GRIBOVÁ Malvína****Scientific adviser:** Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Communication barriers in the work of the social worker with the client.....113

KMEC František**Scientific adviser:** Barta Richard, univ. docent PhDr., PhD., MPH,

The social worker and his/her position in institutions of social services.....128

SOVJAKOVÁ Emília**Scientific adviser:** doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.

Adaptation of Roma seniors to stay in a social service facility.....140

SZALAYOVÁ Monika**Scientific adviser:** Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Principles and values presented in the Bible in the context of social work.....152

DOCTORAL STUDENTS STUDY**SOCIAL WORK****BARDZÁK Pavol****Scientific adviser:** Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Man in the Bible.....164

SIGETOVÁ Diana**Scientific adviser:** Dr. h. c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Current approaches and legislative framework of family policy in Slovakia and the European union.....179

NURSING

KOVAČEV Jelena

Scientific adviser: doc. PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

Prevention of intrahospital infections.....194

PRIGINIĆ Jadranka

Scientific adviser: doc. Mgr. et Bc. Mária Jackulíková, PhD.

Burnout in community nurses during Covid – 19 pandemic.....207

RAŠIĆ Snežana

Scientific adviser: prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD., MPH

The impact of work environment factors on the migration of nurses from the Republic of Serbia.....223

SALOUŠEKOVÁ Antaš

Scientific adviser: doc. Mgr. et Bc. Mária Jackulíková, PhD.

Benefit of basal stimulation in intensive nursing care.....238

PREDSLOV

S veľkým potešením Vám predstavujeme zborník zo VI. Medzinárodnej študentskej vedeckej a odbornej konferencie (MŠVK). Konferencia sa konala za účasti študentiek z Fakulty zdravotníctva a telesnej výchovy, Užhorodskej národnej univerzity, ktoré sprevádzali školiteľky ich záverečných prác Huzak Oleksandra PhD, Ass. Professor a Klyap Marianna, Candidate of pedagogical sciences, Associate Professor.

Cieľom medzinárodnej študentskej konferencie je dať priestor študentom, aby nám predstavili a prezentovali svoje bakalárske, magisterské a dizertačné práce a to vo forme rozpracovaných dizajnov – teda teóriu a metodológiu výskumu alebo konkrétne výsledky svojich prác.

Tento zborník obsahuje príspevky v rámci bakalárskeho, magisterského a doktorandského štúdia, ktoré boli prezentované na konferencii a ktoré zastrešujú široké spektrum vedeckých a odborných tém zo študijných programov:

- Sociálna práca
- Ošetrovatel'stvo
- Verejné zdravotníctvo
- Fyzioterapia

Účast' študentov z Ukrajiny priniesla nové pohľady ktoré obohatili akademickú diskusiu v rámci riešenia problémov vedy. Študenti z Ukrajiny sa spoločne stretli s našimi študentmi, vymenili si skúsenosti z akademického prostredia a verím, že sa aj vzájomne obohatili. Aj touto cestou vyjadrujeme našu solidaritu a podporu Ukrajine v týchto náročných časoch vojny. Veríme, že ukrajinský ľud má právo na slobodu, bezpečie a demokraciu.

Zborník obsahuje 5 prác zahraničných študentov a 16 prác študentov, ktorí študujú na našej Alma mater. Obsahovo sa práce zameriavajú na aktuálne problémy a ich riešenia v rámci študijných odborov a programov.

Osobitne si ceníme dlhoročnú spoluprácu s Užhorodskou národnou univerzitou, vďaka ktorej môžeme každoročne organizovať študentské konferencie. Zvlášť ďakujeme Prof. Ivanovi Mironyukovi, prorektorovi pre vedu a výskum, za jeho podporu a spoluprácu.

Peter Vansač

BEZPEČNOSŤ PODÁVANIA CHEMOTERAPIE A BIOLOGICKEJ LIEČBY NA ODDELENÍ Z POHLĎADU SESTRY

SAFETY OF CHEMOTHERAPY AND BIOLOGIC THERAPY ADMINISTRATION IN THE DEPARTMENT FROM THE NURSE'S PERSPECTIVE

Fedorcová Janka¹

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.*

Detašované pracovisko Inštitút sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča Prešov

E-mail: fedorcova.janka@gmail.com

Školiteľ: doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD., MBA

Abstrakt

Úvod: Cytostatická liečba predstavuje z pohľadu infúzných terapií jednu z najnáročnejších a najobtiažnejších procedúr. Celý ošetrovateľský personál a tiež pacienti sú v priebehu celého procesu neustále vystavení riziku ohrozenia zdravia a to od riedenia lieku a jeho prípravy, cez transport lieku, počas aplikácie lieku až do okamžiku likvidácie použitých pomôcok po ošetrení pacienta. Skutočnosť, že bezpečnosť podávania chemoterapie je veľmi dôležitou doménou sestier na onkologických oddeleniach bola podnetom k napísaniu mojej bakalárskej práce.

Metódy: V našom prieskume sme si zvolili dotazníkovú metódu. Použili sme dotazník vlastnej konštrukcie. Dotazník obsahoval 21 položiek. Respondenti do prieskumu boli získaní zámerným výberom, ktorý bol tvorený sestrami pracujúcimi vo Východoslovenskom onkologickom ústave v Košiciach na Klinike rádioterapie a klinickej onkológie. Na týchto oddeleniach pracujú sestry aplikujúce chemoterapiu, biologickú liečbu a imunoterapiu. Počet všetkých rozdáných dotazníkov bolo 100 ks. Vrátených a vyplnených dotazníkov bolo 82 ks.

Výsledky: V oblasti bezpečnosti pri Transporte cytostatík medzi lekárnou a aplikačným oddelením 100% sestier potvrdilo používanie uzatvárateľných, umývateľných a nárazu odolných boxov. Sestry odpovedali, že používajú ochranné jednorázové nitrilové rukavice 100% a masky/respirátory 96,34% pri podávaní chemoterapie. Výsledky prieskumu ukazujú, že väčšina sestier je informovaná o bezpečných spôsoboch aplikácie chemoterapie a biologickej liečby a liečbu aplikujú pomocou uzavretého systému Cyto-Setov, infúzných púmp a knižnice liekov. 100% respondentov potvrdilo, že si pred podaním lieku vždy overujú identitu pacienta, správnosť lieku a dávkovanie. Dôležitým zistením je, že 87,80% sestier sa cíti dostatočne chránených pri manipulácii s chemoterapiou a biologickými liekmi.

Záver: Bezpečné podávanie chemoterapie a biologickej liečby je kľúčovým aspektom onkologickej starostlivosti, ktoré zabezpečuje nielen ochranu pacientov, ale aj zdravotníckeho personálu, predovšetkým sestier. Na základe získaných výsledkov možno konštatovať, že bezpečné podávanie chemoterapie a biologickej liečby v skúmanom zdravotníckom zariadení je na vysokej úrovni, no existujú oblasti, ktoré je možné ďalej zlepšovať.

Kľúčové slová

Cytostatiká. Aplikácia. Sestra. Ochrana zdravia. Bezpečnosť pri práci.

Abstract

Introduction: Cytostatic treatment is one of the most demanding and complex procedures in infusion therapy. Throughout the entire process, both nursing staff and patients are constantly exposed to health risks—from drug dilution and preparation, through drug transport and administration, to the disposal of used materials after patient care. The fact that the safe administration of chemotherapy is a crucial responsibility of nurses in oncology departments was the motivation for writing my bachelor's thesis.

Methods: In our survey, we chose the questionnaire method and used a self-constructed questionnaire containing 21 items. Respondents were selected through purposive sampling, consisting of nurses working at the Eastern Slovak Institute of Oncology in Košice, specifically at the Clinic of Radiotherapy and Clinical Oncology. These departments employ nurses who administer chemotherapy, biologic therapy, and immunotherapy. A total of 100 questionnaires were distributed, and 82 completed questionnaires were returned.

Results: Regarding the safety of cytostatic drug transport between the pharmacy and the administration department, 100% of respondents confirmed the use of sealable, washable, and impact-resistant boxes. All respondents reported using protective disposable nitrile gloves (100%) and masks/respirators (96,34%) when administering chemotherapy. The survey results indicate that most nurses are well-informed about safe chemotherapy and biologic therapy administration methods, utilizing a closed system with Cyto-Set devices, infusion pumps, and a drug library. Additionally, 100% of respondents confirmed that they always verify the patient's identity, the correctness of the medication, and the dosage before administration. An important finding is that 87,80% of respondents feel adequately protected when handling chemotherapy and biologic drugs.

Conclusion: The safe administration of chemotherapy and biologic therapy is a key aspect of oncology care, ensuring the protection of both patients and healthcare personnel, especially nurses. Based on the obtained results, it can be concluded that the safe administration of chemotherapy and biologic therapy in the studied healthcare facility is at a high level; however, there are still areas that can be further improved.

Keywords

Cytostatics. Administration. Nurse. Health protection. Workplace safety.

Úvod

Nádorové ochorenia sú po chorobách obehovej sústavy druhou najčastejšou príčinou úmrtí na Slovensku. Chemoterapiu podstupuje denne množstvo onkologických pacientov s rôznymi onkologickými diagnózami a v rôznych štádiách ochorenia. Liečba onkologických pacientov chemoterapiou, či už samostatne alebo v kombinácii s biologickou liečbou a rádioterapiou, kladie vysoké nároky na prácu sestry. Starostlivosť o onkologických pacientov si vyžaduje mnohostrannú spoluprácu. Na liečbe onkologických pacientov spolupracuje celý rad zdravotníckych pracovníkov ako sú lekári, farmaceuti, sestry, praktické sestry-asistenti, sanitári..... Najpočetnejšiu skupinu tvoria sestry, ktoré sú v úzkom každodennom kontakte s pacientom. Od sestier pracujúcich na onkologických oddeleniach sa vyžadujú špecifické vedomosti nielen z onkologického ošetrovateľstva, ale aj z iných ošetrovateľských

a medicínskych odborov, ako je psychológia a sociálna práca. Vyššie nároky sa kladú na ich pozorovacie schopnosti. Multidimenzionálny charakter onkologického ochorenia je výrazne umocnený samotnou liečbou, ktorej vedľajšie účinky negatívne zasahujú do integrity osobnosti pacienta, oslabujú jeho pocit existenciálneho ukotvenia a prehľbujú obavy z budúcnosti a ďalších životných etáp (Popovičová, 2023). Onkologickí pacienti netrpia len fyzicky, ale majú tiež veľké psychické, sociálne a duchovné ťažkosti.

Na liečbu onkologických ochorení sa používajú protinádorové lieky tzv. cytotoxické liečivá. Viac ako 100 dnes používaných cytotoxických liečiv a veľký počet ďalších, ktoré sú vo fáze vývoja, otvorilo nové možnosti zlepšenia kvality života pacienta. Tieto liečivá sú definované ako nebezpečné liečivá, ktoré vzhľadom ku svojej toxicite predstavujú ohrozenie zdravia zdravotníckych pracovníkov.

Chemoterapeutická a biologická liečba predstavuje z pohľadu infúzných terapií jednu z najnáročnejších a najobtiažnejších procedúr. Všetok ošetrovateľský personál a tiež pacienti sú v priebehu celého procesu neustále vystavení riziku ohrozenia zdravia a to od riedenia lieku a jeho prípravy, cez transport lieku, počas aplikácie lieku až do okamihu likvidácie použitých pomôcok po ošetrení pacienta. Skutočnosť, že bezpečnosť podávania chemoterapie je veľmi dôležitou doménou sestier na onkologických oddeleniach, bola podnetom k napísaniu mojej bakalárskej práce.

Cieľom práce je popísať bezpečnosť podávania chemoterapie a biologickej liečby na onkologických oddeleniach, vysvetliť základné pojmy ako sú chemoterapia, biologická liečba, ochrana zdravia pri práci personálu ako aj pacientov a zistiť informovanosť sestier o bezpečnom podávaní chemoterapie a biologickej liečby. Zároveň je zameraná na informovanosť o spôsobe ochrany zdravia pri práci s cytostatikami a biologickými liekmi. Cieľom tejto práce je takisto aj identifikovať faktory ovplyvňujúce bezpečnosť manipulácie a aplikácie a navrhnúť opatrenia na minimalizáciu rizík.

Cieľom nášho prieskumu je zistiť úroveň informovanosti sestier o bezpečnom podávaní chemoterapie a biologickej liečby a o spôsobe ochrany zdravia pri práci s cytostatikami a biologickými liekmi.

Na základe hlavného cieľa sme si stanovili čiastkové ciele:

1. zmapovať informovanosť sestier o bezpečnostných opatreniach pri príprave na podávanie chemoterapie a biologickej liečby
2. zmapovať informovanosť sestier o bezpečnom podávaní chemoterapie a biologickej liečby
3. zmapovať informovanosť sestier o pracovnom prostredí a ochrane zdravia zdravotníckeho personálu
4. zmapovať informovanosť sestier o dostupných školeniach a oblastiach záujmu ďalšieho vzdelávania sestier v oblasti bezpečného podávania cytostatík a bezpečnej manipulácie s cytostatikami

Na základe formulovaných čiastkových cieľov sme si stanovili prieskumné otázky:

1. Sú sestry informované o bezpečnostných opatreniach pri príprave na podávanie chemoterapie a biologickej liečby?
2. Sú sestry informované o bezpečnom podávaní chemoterapie a biologickej liečby?
3. Sú sestry informované o pracovnom prostredí a ochrane zdravia zdravotníckeho personálu?
4. Sú sestry informované o dostupných školeniach a aké sú oblasti záujmu ďalšieho vzdelávania sestier o bezpečnom podávaní cytostatík a bezpečnej manipulácie s cytostatikami?

Charakteristika súboru a metodika

V našom prieskume sme si zvolili dotazníkovú metódu. Dotazník je jednou z najčastejších používaných metód v prieskume. Používa sa na hromadné a rýchle zisťovanie faktov, názorov, postojov, preferencií, hodnôt, motívov a iných. Medzi výhody patrí veľa respondentov za krátky čas, anonymita respondenta, dotazník možno posielat' a ľahké vyhodnotenie najmä uzatvorených položiek. Nevýhodou je hrozba nižšej návratnosti, nemožnosť opravy, chýba kontakt s respondentom a nie je možnosť vysvetlenia v prípade nejasností (Gavora a kol., 2010).

Použili sme dotazník vlastnej konštrukcie. Dotazník obsahoval uzavreté otázky, pri ktorých si respondenti vybrali z vopred daných odpovedí, otvorené otázky, pri ktorých respondenti odpovedali vlastnými slovami, a polootvorené otázky, pri ktorých mali respondenti možnosť odpovede na „iné“. Dotazník obsahoval 21 položiek. V rámci prieskumu sme si stanovili štyri prieskumné oblasti:

1. Príprava na podávanie chemoterapie a biologickej liečby – položky 1, 2, 3.
2. Bezpečnostné opatrenia pri podávaní liečby – položky 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.
3. Pracovné prostredie a ochrana zdravotníckeho personálu – položky 13, 14, 15, 16, 17.
4. Vzdelávanie a podpora sestier – položky 18, 19, 20, 21.

V demografických údajoch sa mohli respondenti rozdeliť do skupín podľa veku, najvyššieho dosiahnutého vzdelania a rokov praxe v zdravotníctve. Pri prieskume boli dodržané etické atribúty a to, že dotazník bol dobrovoľný a anonymný. Otázky sme sa snažili formulovať neutrálnou formou, aby neboli ovplyvnené odpovede respondentov. Dotazník bol predložený na schválenie Etickej komisii VOÚ a. s., ktorá ho 12.12.2024 schválila. Respondenti do prieskumu boli získaní zámerným výberom, ktorý bol tvorený sestrami pracujúcimi vo Východoslovenskom onkologickom ústave v Košiciach na Klinike rádioterapie a klinickej onkológie. Na týchto oddeleniach pracujú sestry aplikujúce chemoterapiu, biologickú liečbu a imunoterapiu. Počet všetkých rozdáných dotazníkov bol 105 ks. Vrátených a vyplnených dotazníkov bolo 82 ks. Na základe zozbieraných údajov môžeme charakterizovať prieskumnú vzorku respondentov vzhľadom na vek, vzdelanie a počet rokov praxe v zdravotníctve.

Tabuľka č. 1: Vekové rozloženie respondentov prieskumu

	POČETNOSŤ	% VYJADRENIE
OD 20 DO 30 ROKOV	3	3,66
OD 31 DO 40 ROKOV	12	14,63
OD 41 DO 50 ROKOV	50	60,98
OD 51 A VIAC ROKOV	17	20,73

V tabuľke č. 1 máme znázornené vekové zastúpenie respondentov prieskumu. Najvyššia početnosť bola vo vekovom intervale od 41 do 50 rokov a to 50 sestier (60,98 %), vo veku od 51 rokov a viac bolo 17 sestier (20,73 %), vo veku od 31 do 40 rokov bolo 12 sestier (14,63%) a vo veku od 20 do 30 rokov boli 3 sestry (3,66 %).

Tabuľka č. 2: Dosiahnuté vzdelanie respondentov prieskumu

VZDELANIE SESTIER	POČETNOSŤ	% VYJADRENIE
stredoškolské	2	2,44
diplomovaná sestra	7	8,54
špecializácia v danom odbore	51	62,20
vysokoškolské I. stupňa	13	15,85
vysokoškolské II. stupňa	9	10,98

V tabuľke č. 2 máme znázornený stupeň vzdelania sestier, ktoré sa zúčastnili prieskumu. Najväčší počet sestier tvorili sestry so špecializáciou v danom odbore a to 62,20 %.

Tabuľka č. 3: Prax respondentov v zdravotníctve

POČET ROKOV PRAXE	POČETNOSŤ	% VYJADRENIE
do jedného roka	0	0
2-10 rokov	4	4,88
11-20 rokov	15	18,29
21 a viac rokov	63	76,83

V tabuľke č. 3 máme uvedený počet rokov praxe respondentov. Najpočetnejšiu skupinu tvorili sestry s 21 a viac počtom rokov praxe v zdravotníctve a to 76,83 %.

Analýza údajov

Výsledky prieskumu boli spracované v jednotlivých tabuľkách a vyhodnotené v absolútnych číslach a percentách. Každá otázka v dotazníku bola vyhodnotená samostatne.

Tabuľka č. 4: Informovanosť sestier o transporte cytostatík medzi lekárňou a aplikačným oddelením

POLOŽKA DOTAZNÍKA	POČETNOSŤ	% VYJADRENIE
Na transport sa používajú uzatvarateľné, umývateľné a nárazu odolné boxy s označením „Dóza na cytostatiká“	82	100
Transport sa vykonáva v jednorázových nitrilových rukaviciach	75	91,46
Transport cytostatík si nevyžaduje žiadne opatrenia	0	0
Iné	0	0

Tabuľka č. 4 znázorňuje informovanosť sestier o opatreniach a používaných OOPP pri transporte cytostatík medzi lekárňou a aplikačným oddelením. Sestry mohli označiť viacero odpovedí. 100% sestier odpovedalo, že na transport sa používajú uzatvárateľné, umývateľné a nárazu odolné boxy s označením „Dóza na cytostatiká“, čo je v súlade s odporúčaniami bezpečnostných smerníc. Iba 91,46 % sestier odpovedalo, že transport cytostatík sa vykonáva v jednorázových nitrilových rukaviciach, čo naznačuje možný priestor na zlepšenie v oblasti dodržiavania ochranných opatrení pri transporte.

Tabuľka č. 5: Charakteristika ochranných pomôcok používaných sestrami pri podávaní cytostatík

POLOŽKA DOTAZNÍKA	POČETNOSŤ	% VYJADRENIE
Ochranné jednorázové nitrilové rukavice	82	100
Masky/respirátory	79	96,34
Ochranný odev	6	7,31
Nepoužívam žiadne OOPP	0	0
Iné	0	0

V tabuľke č. 5 nás zaujímalo, aké ochranné pomôcky používajú sestry pri podávaní cytostatík. Sestry mohli označiť viacero odpovedí. 100 % sester odpovedalo ochranné jednorázové nitrilové rukavice, 96,34 % sester uviedlo masky alebo respirátory a 7,31 % sester pri podávaní cytostatík používa aj ochranný odev. Výsledok prieskumnej otázky svedčí o tom, že sestry sú kvalitne preškolené v oblasti používania OOPP pri podávaní cytostatickej liečby.

Tabuľka č. 6: Definovanie spôsobu aplikácie chemoterapie a biologickej liečby

POLOŽKA DOTAZNÍKA	POČETNOSŤ	% VYJADRENIE
Gravitačne	0	0
Infúznymi pumpami	82	100
Exadropmi	0	0

Tabuľka č. 6 znázorňuje spôsoby aplikácie chemoterapie a biologickej liečby na oddelení. 100 % sester odpovedalo, že chemoterapiu a biologickú liečbu aplikujú pomocou infúzných púmp. Výsledok prieskumnej položky svedčí o dobrom povedomí sester v oblasti bezpečného podávania chemoterapie a biologickej liečby.

Tabuľka č. 7: Overenie identity pacienta, správnosti lieku a dávkovania pred podaním lieku

POLOŽKA DOTAZNÍKA	POČETNOSŤ	% VYJADRENIE
Áno	82	100
Nie	0	0

V tabuľke č. 7 nás zaujímalo, či si sestry pred podaním lieku overujú identitu pacienta, správnosť lieku a dávky. 100 % sester sa vyjadrilo, že pred podaním lieku si kontroluje identitu pacienta, správnosť lieku a dávkovania, čo svedčí o precíznom dodržiavaní bezpečnostných protokolov.

Tabuľka č.8: Používanie uzavretého systému/Cyto-Setov pri aplikácii cytostatík

POLOŽKA DOTAZNÍKA	POČETNOSŤ	% VYJADRENIE
Áno	82	100
Nie	0	0
Celkom	82	100

Tabuľka č.8 znázorňuje používanie uzavretého systému Cyto-Setov na oddelení pri aplikácii cytostatík. 100% sestier sa vyjadrilo, že používajú na oddelení pri aplikácii cytostatík uzavretý systém Cyto-Sety. Výsledok svedčí o kvalitnom preškoľovaní sestier v oblasti bezpečnej aplikácie cytostatík.

Tabuľka č.9: Ochrana pri manipulácii s chemoterapiou a biologickými liekmi

POLOŽKA DOTAZNÍKA	POČETNOSŤ	% VYJADRENIE
Áno	72	87,80
Nie	10	12,20
Celkom	82	100

V tabuľke č.13 nás zaujímal názor sestier, či sa cítia dostatočne chránené pri manipulácii s chemoterapiou a biologickými liekmi. Väčšina sestier 87,80% sa vyjadrilo, že sa cítia dostatočne chránená pri manipulácii s chemoterapiou a biologickými liekmi a iba 12,20% sestier sa necíti dostatočne chránená. Tento pozitívny výsledok môže byť indikátorom, že aktuálne používané ochranné pomôcky a pracovné podmienky sú v súlade s najnovšími bezpečnostnými štandardmi. Záporná odpoveď 12,20% sestier poukazuje na možné zlepšovanie ochrany pri práci v súvislosti s novými technickými opatreniami.

Tabuľka č. 10: Faktory ovplyvňujúce bezpečnosť na pracovisku

POLOŽKA DOTAZNÍKA	POČETNOSŤ	% VYJADRENIE
Nedostatok vybavenia	3	3,65
Vysoká pracovná záťaž	72	87,80
Nedostatok personálu	55	67,03
Iné	0	0

V tabuľke č. 10 sme zisťovali faktory, ktoré podľa sestier najviac ovplyvňujú bezpečnosť na pracovisku. Sestry mohli označiť viacero odpovedí. Najviac sestier a to 87,80% uviedlo, že najviac bezpečnosť na pracovisku ovplyvňuje vysoká pracovná záťaž, 67,03% sestier uviedlo nedostatok personálu a iba 3,65% sestier uviedlo nedostatok vybavenia. Výsledok prieskumu, ktorý poukázal na vysokú pracovnú záťaž sestier, ktorá môže významne ovplyvniť bezpečnosť na pracovisku poukazuje na neustále sa zvyšujúci počet ošetrovaných onkologických pacientov.

Tabuľka č.11: Formy podpory zvýšenia pocitu bezpečnosti pri práci

POLOŽKA DOTAZNÍKA	POČETNOSŤ	% VYJADRENIE
Viac praktických školení	19	23,17
Vyšší počet kolegov na smene	47	57,32
Modernizácia vybavenia	24	29,27
Psychologická podpora	9	10,98
Iné	0	0

V tabuľke č. 11 nás zaujímalo aké formy podpory by pomohli podľa sestier zvýšiť pocit bezpečia pri práci. Sestry mohli označiť viacero odpovedí. 57,32% sestier uviedlo, že ich pocit bezpečia pri práci mohol zvýšiť vyšší počet kolegov na smene, podľa 29,27% sestier by to mohla byť modernizácia vybavenia, podľa 23,17% sestier by to mohlo byť viac praktických školení a podľa 10,98% sestier by to mohla byť psychologická podpora sestier.

Tabuľka č.12: Absolvovanie odborného školenia o bezpečnom podávaní chemoterapie a biologickej liečby a bezpečnosti práce s cytotoxickými látkami

POLOŽKA DOTAZNÍKA	POČETNOSŤ	% VYJADRENIE
Áno	80	97,56
Nie	2	2,44
Celkom	82	100

Na položku č. 12, ktorou sme sa sestier pýtali na absolvovanie odborného školenia o bezpečnom podávaní chemoterapie a biologickej liečby a bezpečnosti práce s cytotoxickými látkami nám 97,56% sestier odpovedalo, že absolvovali odborné školenie a 2,44% sestier sa na takomto školení nezúčastnilo. Výsledok prieskumu poukazuje na fakt, že sestry sa pravidelne zúčastňujú školení o bezpečnom podávaní liečby a na školeniach o bezpečnosti pri práci s cytotoxickými látkami.

Tabuľka č.13: Druh záujmu o nové informácie v oblasti bezpečného podávania chemoterapie a biologickej liečby

POLOŽKA DOTAZNÍKA	POČETNOSŤ	% VYJADRENIE
Používanie uzavretého systému/cyto setov	9	10,98
Používanie knižnice liekov	4	4,88
Nové poznatky o bezpečnom podávaní cytostatík	52	63,41
Informácie o nových liekoch	68	82,93
Manipulácia s cytostatikami	13	15,85
Iné	0	0

Položkou č.13 sme zisťovali o aký druh nových informácií majú sestry záujem v oblasti bezpečného podávania chemoterapie a biologickej liečby. Sestry mohli označiť viacero

možností. 82,93% sestier prejavilo záujem o informácie o nových liekoch. 63,41% sestier by uvítalo informácie o nových poznatkoch o bezpečnom podávaní cytostatík. 15,85% sestier prejavilo záujem o nových informáciách v oblasti manipulácie s cytostatikami. 10,98% sestier by malo záujem o nové informácie v oblasti používania uzavretého systému Cyto-Setov a 4,88% sestier by uvítalo nové informácie o používaní knižnice liekov. Výsledok prieskumu svedčí o aktívnom záujme sestier o informácie o nových liekoch, ktoré prichádzajú do praxe a nových bezpečnostných postupoch pri podávaní cytostatík.

Diskusia

Bezpečné podávanie chemoterapie a biologickej liečby je dôležitým aspektom v starostlivosti o pacientov s onkologickými diagnózami. Z pohľadu ošetrovateľstva je kľúčové, aby sestry nielenže ovládali techniky aplikácie liekov, ale aj dodržiavali bezpečnosť a ochranu svojho zdravia počas manipulácie s cytostatikami a biologickými liekmi. Cieľom mojej bakalárskej práce bolo zmapovať úroveň informovanosti sestier o bezpečnom podávaní chemoterapie a biologickej liečby, ako aj o spôsobe ochrany ich zdravia pri práci s nebezpečnými liekmi. Prieskum sme realizovali vo Východoslovenskom onkologickom ústave a. s. v Košiciach na Klinike rádioterapie a klinickej onkológie, kde pracujú sestry aplikujúce cytostatiká. V rámci prieskumu sme si stanovili štyri prieskumné oblasti :

- 1.Príprava na podávanie chemoterapie a biologickej liečby - položky 1, 2, 3.
- 2.Bezpečnostné opatrenia pri podávaní liečby – položky 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.
- 3.Pracovné prostredie a ochrana zdravotníckeho personálu – položky 13, 14, 15, 16, 17.
- 4.Vzdelávanie a podpora sestier – položky 18, 19, 20, 21.

V demografických údajoch sa mohli respondenti rozdeliť do skupín podľa veku, najvyššieho dosiahnutého vzdelania a rokov praxe v zdravotníctve. Najvyššie percento tvorili sestry od 41-50 rokov, sestry s najvyšším dosiahnutým vzdelaním, ktoré bolo špecializácia v danom odbore a praxou 21 a viac rokov v zdravotníctve.

V prvej skúmanej oblasti nás zaujímalo aká je informovanosť sestier pri príprave na podávanie chemoterapie a biologickej liečby., ako sestry hodnotia vybavenie oddelenia na podávanie chemoterapie a či majú dostatočný prístup k ochranným pracovným pomôckam na oddelení. Na základe analýzy výsledkov sme zistili, že v oblasti bezpečnosti pri transporte cytostatík medzi lekárňou a aplikačným oddelením 100% sestier potvrdilo používanie uzatvárateľných, umývateľných a nárazu odolných boxov, čo je v súlade s odporúčaniami bezpečnostných smerníc (Wang a kol., 2022). Avšak, iba 91,46% sestier odpovedalo, že transport cytostatík prebieha v jednorazových nitrilových rukaviciach, čo naznačuje možný priestor na zlepšenie v oblasti dodržiavania ochranných opatrení pri transporte. Za veľmi pozitívne hodnotíme zistenie, že 60,98% sestier hodnotí vybavenie oddelenia na podávanie chemoterapie za výborné, 30,41% za dobré a len 8,54% sestier hodnotí vybavenie oddelenia za priemerné. Väčšina sestier sa vyjadrila, že má prístup k ochranným pracovným pomôckam, ako sú nitrilové rukavice, plášte, masky a ochranné okuliare. Zníženie rizika vystavenia sa cytotoxickým látkam si vyžaduje systematický prístup k používaniu ochranných odevov a ďalších osobných ochranných prostriedkov.

V druhej skúmanej oblasti nás zaujímalo aká je informovanosť sestier o bezpečnostných opatreniach pri podávaní liečby. Sestry označovali aké osobné ochranné pomôcky používajú pri aplikácii cytostatík. Zabezpečenie bezpečnosti pri manipulácii s cytostatikami a biologickými liekmi je veľmi dôležité, pretože tieto lieky majú potenciál negatívne ovplyvniť

zdravie zdravotníckeho personálu (Ziegler a kol., 2020). Výsledky prieskumu ukazujú, že sestry majú dobré povedomie o bezpečnostných opatreniach pri práci s cytostatikami. Všetky sestry odpovedali, že používajú ochranné jednorázové nitrilové rukavice (100%) a masky/respirátory (96,34%) pri podávaní chemoterapie. Ochranné pomôcky sú nevyhnutné na ochranu personálu pred kontamináciou toxickými látkami, čo je dokázané aj výskumami, ktoré zdôrazňujú dôležitosť ochranných pomôcok pri manipulácii s chemoterapiami (Prados a kol., 2019).

Výsledky prieskumu ukazujú, že všetky sestry (100%) aplikujú chemoterapiu a biologickú liečbu pomocou infúzných púmp a knižnice liekov. To je dôležitý aspekt, pretože správne podanie lieku je rozhodujúce pre účinnosť terapie a minimalizovanie rizika nežiaducich účinkov (Hennessy a kol., 2021). Navyše, 100% sestier potvrdilo, že si pred podaním lieku vždy overujú identitu pacienta, správnosť lieku a dávkovanie, čo je v súlade s odporúčaniami v oblasti bezpečnosti liekových procedúr (Rizzuto a kol., 2020). Zistenie, že 100% sestier používa uzavretý systém pri aplikácii cytostatík, poukazuje na pozitívny vplyv školení, ktoré zabezpečujú nielen ochranu pacientov, ale aj personálu pred nežiaduce kontamináciou. 100% sestier považuje za najväčší benefit uzavretého systému zníženie miery kontaminácie pracovného prostredia. Väčšina sestier považuje za významné pozitívum komfort a bezpečnosť pre personál a zabezpečenie podania plnej dávky lieku pacientovi. Cyto-Set (uzavretý systém) bol navrhnutý s cieľom chrániť nielen pacientov, ale aj zdravotnícky personál. Jednou z kľúčových výhod uzavretého systému je minimalizácia rizika úniku nebezpečných látok mimo infúznej linky, čo výrazne prispieva k ochrane personálu. Významné je aj používanie knižnice liekov v infúzných pumpách, čo je indikátorom správneho vzdelávania personálu o technických aspektoch bezpečnej aplikácie liečby. 100% sestier označilo za výhodu používania knižnice liekov dodržanie presného času a rýchlosti podania lieku. Podanie cytostatika presne podľa lekárom stanovenej schémy – správna dávka, v správny čas a správnu rýchlosťou tak, aby bola liečba pre pacienta čo najúčinnnejšia. Veľkou výhodou je, že v systéme nezostávajú zvyšky nepodaného cytostatika a neznižuje sa tak podaná dávka. Ako ďalšie benefity sestry označili upozornenie alarmu na nežiadúce situácie počas aplikácie, komfort pre personál, kvapkový senzor.... Vo významnej miere sestry zaznamenali výrazné zníženie výskytu nežiadúcich účinkov ako sú napríklad alergické reakcie na podané cytostatiká. Pre sestry je uzavretý systém Cyto-Set spolu s knižnicou liekov obrovským prínosom a práca pri aplikácii cytostatík je nielen bezpečnejšia ale aj komfortnejšia a to vďaka dávkovacím schémam a upozorneniam s alarmom na prípadné prerušenie infúzie, na čo poukázali aj naše zistenia v prieskume. Infúzne pumpy majú aj jeden unikátny bezpečnostný prvok a to personalizovanú knižnicu liekov. Táto knižnica liekov značne znižuje riziko medicínskych pochybení vďaka možnosti nastavenia bezpečnostných limitov pri vybraných terapiách. Bezpečné limity sú navyše prehľadne vizualizované na displeji prístroja pred samotným spustením terapie a počas celej terapie. Na našom oddelení sme boli prvý v Čechách a na Slovensku, ktorý sme tento bezpečnostný prvok využili. Spolu s IT špecialistami z firmy Bbraun sa nám podarilo vytvoriť unikátnu knižnicu liekov. Tvorba tejto knižnice bol veľmi náročný proces. Prvým krokom bolo naštudovanie vyše 100 onkologických liekov, ktoré na našom oddelení podávame v SPC databáze liekov. Dôležité boli informácie týkajúce sa farmakodynamiky a farmakokinetiky daného lieku, dĺžky a rýchlosti aplikácie a schémy podávania lieku. S vedúcim farmaceutom sme museli následne upresniť všetky koncové objemy každého jedného lieku. Po schválení protokolov liečby našou pani primárkou nám IT špecialisti pripravili našu personalizovanú

knižnicu liekov a od júna 2022 túto knižnicu liekov používame na všetkých oddeleniach aplikujúcich chemoterapiu a biologickú liečbu. Nakoľko v onkológii ide vývoj nových liekov míľovými krokmi, túto našu knižnicu liekov pravidelne aktualizujeme a máme za sebou už 15 aktualizáciu knižnice liekov. Sestra po vybratí názvu lieku z knižnice liekov dostane na displeji informáciu o množstve, čase a krivke podávania daného lieku. Počas celej doby trvania terapie si vie na displeji sestra skontrolovať už podané množstvo lieku, množstvo, ktoré bude ešte podané, aktuálnu rýchlosť podávania a čas do ukončenia terapie. Jednotlivé profily podávania lieku sú uzamknuté a sestra nevie urýchliť podávanie terapie. Tieto dve bezpečnostné opatrenia pri podávaní terapie uzavretý systém Cyto-Sety a knižnicu liekov na našich oddeleniach používame už dva a trištvrte roka a musím skonštatovať, že nám významne klesol počet paravazácií a alergických reakcií pri dodržiavaní protokol podávania liečby. Pacienti nám hlásia menší výskyt nežiadúcich účinkov a dokonca niektorí sú presvedčení o tom, že pokiaľ terapiu nedostanú pomocou infúznej pumpy a knižnice liekov nebude terapia taká účinná. Pacienti prestali mať možnosť svojvoľne si upravovať rýchlosť tečenia infúzie v čase, keď personál nie je v ich bezprostrednej blízkosti v snahe urýchliť si terapiu. Bezpečná a efektívna terapia pre onkologického pacienta znamená: správne liečivo, správna dávka liečiva, správny čas podania liečiva, správne poradie podávanej terapie a správna rýchlosť infúzie.

V tretej skúmanej oblasti sme sa zamerali na pracovné prostredie a ochranu zdravotníckeho personálu. Dôležitým zistením je, že 87,80% sestier sa cíti dostatočne chránených pri manipulácii s chemoterapiou a biologickými liekmi. Tento pozitívny výsledok môže byť indikátorom, že aktuálne používané ochranné pomôcky a pracovné podmienky sú v súlade s najnovšími bezpečnostnými štandardmi. Avšak stále existuje 12,20% sestier, ktoré necítia dostatočnú ochranu, čo môže naznačovať potrebu zlepšenia v oblasti školení, zvyšovania povedomia o dôležitosti ochrany zdravia pri práci s cytostatikami a aplikovaním nových bezpečnostných opatrení do praxe. Významným faktorom, ktorý ovplyvňuje bezpečnosť na pracovisku, je vysoká pracovná záťaž, ktorú uviedlo 87,80% sestier. Vysoký pracovný stres môže negatívne ovplyvniť nielen fyzickú a psychickú pohodu personálu, ale aj kvalitu poskytovanej starostlivosti, čo môže zvyšovať riziko chýb pri podávaní liekov alebo pri dodržiavaní bezpečnostných opatrení (Crespo a kol., 2021). Tento fakt poukazuje na potrebu zlepšenia pracovných podmienok a dostatočného personálneho obsadenia na oddeleniach aplikujúcich chemoterapiu.

V štvrtej skúmanej oblasti sme sa zamerali na oblasť vzdelávania a podpory sestier, pretože jedným z hlavných faktorov, ktorý ovplyvňuje úroveň informovanosti sestier, je aj vzdelávanie. Zistenia z prieskumu potvrdzujú, že sestry v oblasti onkológie majú vysokú úroveň informovanosti o bezpečnom podávaní chemoterapie a biologickej liečby. Kľúčovými aspektmi pre bezpečnosť sú kvalitné vzdelávanie, dostupnosť ochranných pomôcok a dodržiavanie stanovených protokolov a bezpečnostných postupov. Výsledky tiež naznačujú potrebu ďalších školení hlavne v oblasti nových liekov, nových poznatkov o bezpečnom podávaní cytostatík a zlepšení pracovných podmienok, aby sa minimalizovali riziká spojené s vysokou pracovnou záťažou a zabezpečila optimálna ochrana personálu.

V sedemdesiatych rokoch v rámci štúdie, sa zaznamenali sekundárne malignity u pacientov, ktorým boli podávané cytotoxické liečivá na liečbu inej, obvykle solídnej primárnej malignity. Najbežnejšie pozorovanými sekundárnymi malignitami boli leukémia a rakovina močového mechúra po latentnom období trvajúcom 1 – 10 rokov. Štúdie, ktoré v sedemdesiatych rokoch

vykonali Falck a spol., ukázali, že nechránené zdravotné sestry, ktoré pracovali v prostredí, v ktorom sa pripravovali a podávali nebezpečné liečivá, mali v moči vyššie hladiny mutagénnych látok v porovnaní s pracovníkmi, ktorí neboli vystavení účinkom týchto látok. Táto štúdia naznačila, že ošetrojúci pracovníci boli v zamestnaní vystavení pôsobeniu cytotoxických liečiv, z ktorých mnohé boli mutagénne. Zistenia tejto štúdie potvrdili mnohé štúdie skúšajúce mutagenicitu moču, chromozomálne aberácie, výmenu sesterských chromatíd a iné následky u farmaceutov a zdravotných sestier zaobchádzajúcich s cytotoxickými liečivami. Okrem toho sa u pracovníkov vyskytovali aj iné nežiadúce účinky. 14 štúdií popísalo súvislosť medzi expozíciou antineoplastickým liečivám a nežiadúcimi účinkami na reprodukciu. K najbežnejším účinkom na reprodukciu patrila zvýšená incidencia potratov, kongenitálne malformácie, nízka pôrodná hmotnosť a kongenitálne abnormality a neplodnosť. Preto boli vyvinuté priamejšie metódy na zisťovanie expozície. Tieto metódy zahŕňajú analýzu moču na zistenie prítomnosti pôvodného nemetabolizovaného liečiva alebo metabolitov nebezpečných liečiv, s ktorými zaobchádzajú zdravotnícky pracovníci a postupy na odoberanie vzoriek vzduchu a vzoriek z povrchu predmetov (Ebewe oncology, 2022).

V Európe publikovala väčšina krajín smernice týkajúce sa bezpečného zaobchádzania s cytotoxickými liečivami alebo ochrany pred karcinogénnymi látkami. Niektoré z týchto publikácií majú charakter zákona a ich dodržiavanie je možné právne vynútiť. Niektoré majú charakter pokynov a niektoré boli dokonca vydané poisťovňami, ktoré odmietajú poistiť nemocnice, v ktorých tieto štandardy nie sú dodržiavané. Každý zdravotnícky pracovník musí pri práci s cytostatikami dodržiavať bezpečnostné pravidlá a zásady pri práci s takýmito látkami. Nedodržiavanie týchto pravidiel a zásad môže poškodiť zdravotnícky personál alebo samotných pacientov.

Záver

Súčasná medicína často využíva liečivá, ktorých pôsobenie sa prejavuje vážnymi nežiadúcimi účinkami. V tomto smere sú niektoré liečivá označované ako nebezpečné látky, preto máme povinnosť chrániť si svoje zdravie pred ich pôsobením. Zdravotné riziká pre personál pracujúci s cytotoxickými látkami sú známe už niekoľko desaťročí. Bolo preukázané, že cytotoxické látky majú mutagénne, karcinogénne a teratogénne účinky a práca s nimi znamená potenciálne riziko pre osoby, ktoré cytostatiká pripravujú a aplikujú, ale aj pre samotných pacientov, ktorí podstupujú liečbu.

Cieľom mojej bakalárskej práce bolo analyzovať úroveň informovanosti sestier o bezpečnostných opatreniach pri podávaní cytostatík a biologickej liečby a o spôsobe ochrany zdravia pri práci s cytostatikami a biologickými liekmi a posúdiť, ako efektívne sú implementované ochranné opatrenia v praxi. Na základe získaných výsledkov možno konštatovať, že bezpečné podávanie chemoterapie a biologickej liečby v skúmanom zdravotníckom zariadení je na vysokej úrovni, no existujú oblasti, ktoré je možné ďalej zlepšovať. Odporúča sa kladenie dôrazu na ochranné opatrenia pri transporte cytostatík, zlepšenie pracovných podmienok a systematické vzdelávanie personálu. Implementácia týchto opatrení môže prispieť k zvýšeniu bezpečnosti sestier a efektívnejšej onkologickej starostlivosti. Tak isto aj oblasť vzdelávania a odbornej prípravy bola tiež predmetom skúmania. Výsledky naznačujú, že sestry v onkologických oddeleniach majú prístup k potrebným informáciám, avšak naďalej existuje potreba ďalších školení v oblasti nových

liekov, nových bezpečnostných opatrení a používania moderných technológií na aplikáciu cytostatík. Pravidelná edukácia a podpora zdravotníckeho personálu sú kľúčové pre ďalšie zvyšovanie bezpečnosti a kvality poskytovanej starostlivosti.

Literatúra

CRESPO, I., et al. (2021). "Impact of Work Stress on the Safety of Health Care Workers in Oncology." *Journal of Oncology Nursing Practice*, 37(5), 252-259.

EBEWE ONKOLOGY, ISOPP štandardy bezpečnej manipulácie s cytotoxickými látkami. Marec 2022, Dostupné na internete: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/10781552211070933>.

GAVORA, P. a kol. 2010. Elektronická učebnica pedagogického výskumu. [online]. Bratislava : Univerzita Komenského, 2010. Dostupné na: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/> ISBN 978-80-223-2951-4.

HENNESSY, M., et al. (2021). "Best Practices in Safe Chemotherapy Administration." *Oncology Nursing Forum*, 48(6), 749-756.

POPOVIČOVÁ, M. 2023. Faktory ovplyvňujúce ošetrovateľskú starostlivosť o onkologického pacienta. In: *Zdravotnícke štúdie – vedecký recenzovaný časopis*. ročník XV, číslo 1. 2023. s. 11-15. ISSN 1337-723X.

PRADOS, A., et al. (2019). "Safety Measures for Handling Chemotherapy Drugs: An Overview of Best Practices." *European Journal of Cancer Care*, 28(2), 112-119.

RIZZUTO, A., et al. (2020). "Assessing the Safety of Oncology Nurses Handling Chemotherapy Drugs." *Cancer Nursing*, 43(4), 271-278.

WANG, Y., et al. (2022). "Safe Handling and Transportation of Chemotherapy Drugs: Guidelines and Protocols." *Journal of Hospital Pharmacy*, 52(3), 305-311.

ZIEGLER, C., et al. (2020). "Personal Protective Equipment and Handling Chemotherapy Drugs in the Oncology Setting: A Comprehensive Review." *Journal of Occupational Health Nursing*, 35(8), 650-657.

SPOKOJNOSŤ PACIENTOV S KVALITOU POSKYTOVANEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

PATIENT SATISFACTION WITH THE QUALITY OF NURSING CARE PROVIDED

Malnášiová Natália¹

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.*

Detašované pracovisko bl. Sary Salkaházi v Rožňave

E-mail: malnasiova.natalia24@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: PhDr. Eva Balogová, PhD., MPH

Abstrakt

Úvod: Otázka kvality poskytovanej starostlivosti a celkovej spokojnosti pacientov je diskutovanou témou. Nároky pacientov na služby v zdravotníctve sa zvyšujú. Cieľom práce bolo analyzovať spokojnosť pacientov so štandardnými a s nadštandardnými službami. Identifikovať kritické miesta spokojnosti pacientov. Komparovať spokojnosť pacientov s ohľadom na charakter ošetrovacej jednotky.

Metódy: Prieskum spokojnosti sme realizovali u hospitalizovaných pacientov (n=104). Názory sme hodnotili metódou anonymného dotazníka vlastnej konštrukcie. Dáta sme vyhodnotili metódami popisnej štatistiky.

Výsledky: Z analýzy dát vyplynulo zistenie o veľmi vysokej spokojnosti pacientov (88,90 %) na štandardných a (91,46 %) na nadštandardných ošetrovacích jednotkách. Vysokú spokojnosť potvrdili v oblasti ochoty a ústretovosti (98,08 %) na štandardných, (94,23 %) na nadštandardných a celkového prístupu sestier (98,08 %) rovnako na oboch typoch ošetrovacích jednotkách. Kritickým miestom spokojnosti sú čas na individuálnu starostlivosť a personálna štruktúra, ktoré respondenti (n=24) hodnotili negatívne v otvorených položkách. Pacienti preferovali nadštandardné izby, čo zdôrazňuje potrebu modernizácie nemocničného prostredia. **Záver:** Analýza dát o spokojnosti hospitalizovaných pacientov (n=104) potvrdila deficit v prostredí poskytovanej starostlivosti. Manažmentu odporúčame opakovane merať a analyzovať tieto zistenia s cieľom objektivizovať strategické rozhodnutia v oblasti rekonštrukčných prác.

Kľúčové slová

Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti. Nemocnica. Ošetrovateľská starostlivosť. Pacient. Spokojnosť.

Abstract

Introduction: The issue of the quality of care provided and overall patient satisfaction is a widely debated topic. Patient's demands for healthcare services are increasing. The aim of the study was to analyze patient satisfaction with standard and above-standard services, identify critical points of patient satisfaction, and compare patient satisfaction with regard to the type of nursing unit.

Methods: A satisfaction survey was conducted among hospitalized patients (n=104). Their opinions were evaluated using an anonymous, self-designed questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistical methods.

Results: Data analysis revealed very high patient satisfaction (88,90 %) in standard nursing units and (91,46 %) in above-standard nursing units. High satisfaction was confirmed in the areas of willingness and helpfulness (98,08 %) in standard units, (94,23 %) in above-standard units and in the overall approach of the nurses (98,08 %) in both types of nursing units. Critical points of satisfaction included the time available for individual care and the staffing structure, which were negatively evaluated by some respondents (n=24) in open-ended questions. Patients preferred above-standard rooms, which emphasizes the need to modernize the hospital environment.

Conclusion: The data analysis on the satisfaction of hospitalized patients (n=104) confirmed deficits in the care environment provided. It is recommended that management repeatedly measure and analyze these findings in order to make strategic decisions regarding reconstruction work.

Keywords

Quality of nursing care. Hospital. Nursing care. Patient. Satisfaction.

Úvod

Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti predstavuje kľúčový faktor pri zabezpečovaní efektívnej a bezpečnej zdravotnej starostlivosti. V súčasnej ošetrovateľskej praxi sa očakáva, že poskytovaná starostlivosť bude nielen odborná, ale aj individuálne prispôbena potrebám každého pacienta. Táto téma je mimoriadne aktuálna vzhľadom na rastúce očakávania pacientov, ktorí hodnotia starostlivosť hlavne podľa subjektívnych skúseností. Zvyšovanie kvality ošetrovateľskej starostlivosti prispieva k rýchlejšiemu zotaveniu, znižovaniu komplikácií a celkovému zlepšovaniu spokojnosti pacientov, čo následne ovplyvňuje reputáciu zdravotníckeho zariadenia. Sestry trávia s pacientmi najviac času a majú zásadnú úlohu v tomto procese. Pravidelné hodnotenie spokojnosti pacientov a implementácia získaných poznatkov do praxe nielenže prispievajú k zvýšeniu kvality starostlivosti, ale tiež podporujú dôstojnosť a celkovú spokojnosť pacientov. Tieto skúsenosti boli motiváciou k riešeniu problému spokojnosti pacientov s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou.

Cieľom nášho prieskumu bolo zistiť spokojnosť pacientov s kvalitou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti na štandardných a nadštandardných ošetrovacích jednotkách vo vybranom ústavnom zdravotníckom zariadení. Komparovať výsledky spokojnosti s ohľadom na charakter ošetrovacej jednotky.

Charakteristika súboru a metodika

Prieskumný súbor (n=104), (Tab. 1), tvorili pacienti mužského a ženského pohlavia (Tab. 2), hospitalizovaní na 2 štandardných a 2 nadštandardných ošetrovacích jednotkách minimálne 48 hodín (Tab. 3). Prieskum názorov sme uskutočnili v mesiaci január 2025 v nemocnici AGEL Zvolen a.s. Dotazník spokojnosti obsahoval 19 položiek. Respondenti svoje odpovede vyjadrili na päťstupňovej Likertovej škále. Dotazník obsahoval 2 demografické položky (pohlavie a vek). 9 položiek zatvoreného typu posudzovalo:

- správanie sestier,
- ochotu a ústretovosť sestier,
- rýchlosť reakcie sestier na požiadavky,
- poskytnutie informácií od sestier,
- odborné zručnosti sestier,
- overovanie totožnosti pred vykonaním sesterských výkonov,
- dodržiavanie intimity a súkromia,
- rozoznanie sestier od ostatného personálu,
- celkovú ošetrovateľskú starostlivosť.

Návrhy na zlepšenie služieb sme monitorovali 3 otvorenými položkami. Pre respondentov hospitalizovaných na nadštandardných ošetrovacích jednotkách, boli určené tri posledné položky dotazníka. Posudzovali spokojnosť v oblastiach:

- sociálne vybavenie izby,
- pobyt na nadštandardnej izbe,
- využitie nadštandardnej izby v budúcnosti.

Distribuovali sme spolu 120 dotazníkov. Vrátilo sa nám 108 (90 %) dotazníkov. Pre neúplnosť sme vyradili 4 dotazníky. Dataset nám tvorili odpovede z 104 dotazníkov.

Tab. 1 Demografické údaje – vek

Vek	(n)	(%)
18 - 29	3	2,88 %
30 - 45	22	21,15 %
46 - 65	43	41,35 %
66 - 80	32	30,77 %
81 a viac	4	3,85 %
Súčet	104	100 %

Tab. 2 Demografické údaje – pohlavie

Pohlavie	(n)	(%)
Ženy	48	46,15 %
Muži	56	53,85 %
Súčet	104	100 %

Tab. 3 Typ ošetrovacej jednotky

Ošetrovacia jednotka	(n)	(%)
Štandardná	52	50 %
Nadštandardná	52	50 %
Súčet	104	100 %

Analýza a komparácia výsledkov prieskumu

Najväčší rozdiel v spokojnosti (29,06 %), s ohľadom na typ ošetrovacej jednotky, sme identifikovali v prospech nadštandardných ošetrovacích jednotiek. Respondenti boli veľmi spokojní a spokojní. 5,13 % rozdiel v nespokojnosti sme zistili v prospech nadštandardných oddelení (Tab. 4).

Tab. 4 Rozdiely v spokojnosti s ohľadom na typ ošetrovacej jednotky

Spokojnosť	Štandardné	Nadštandardné	Rozdiely spokojnosti v %
Veľmi nespokojný/á	0,21 %	2,13 %	1,92 %
Nespokojný/á	3,63 %	0,42 %	3,21 %
Neutrálne	7,26 %	5,99 %	1,27 %
Spokojný/á	48,30 %	35,05 %	13,25 %
Veľmi spokojný/á	40,60 %	56,41 %	15,81 %

Najvyššiu mieru spokojnosti respondenti vyjadrili v oblasti odborných zručností sestier (100 %) na štandardných a (88,46 %) na nadštandardných ošetrovacích jednotkách, ochota a ústretovosť sestier dosiahla (98,08 %) na štandardných a (94,23 %) na nadštandardných. Spokojnosť s celkovou ošetrovateľskou starostlivosťou bola ohodnotená úrovňou spokojnosti (98,08 %) rovnako na oboch typoch ošetrovacích jednotkách. Oblasť správania sa sestier dosiahla úroveň spokojnosti (94,23 %) na štandardných a (92,31 %) na nadštandardných ošetrovacích jednotkách. Z výsledkov prieskumu vyplýva konštatovanie, že (90,17 %) zo všetkých respondentov bolo s kvalitou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti spokojných až veľmi spokojných. Medzi **pozitívne aspekty** ošetrovateľskej starostlivosti na oboch typoch ošetrovacích jednotiek môžeme zaradiť ochotu a ústretovosť sestier, profesionálny a empatický prístup či kvalitné komunikačné zručnosti. Na štandardných ošetrovacích jednotkách respondenti (n=20) v otvorených položkách najčastejšie oceňovali osobnú starostlivosť, hodnotili sestry ako milé, ochotné a trpezlivé. Na nadštandardných (n=46) dominovala celková spokojnosť so starostlivosťou. Respondenti pozitívne hodnotili pravidelné posudzovanie zdravotného stavu.

Výsledky poukazujú aj na niekoľko **negatívnych aspektov** ošetrovateľskej starostlivosti. Respondenti (n=10) uvádzali, že sestry sú uponáhľané a nemajú dostatok času na poskytovanie individuálnej starostlivosti. Tento problém bol vnímaný intenzívnejšie na štandardných ošetrovacích jednotkách (n=9). Analýza dát preukázala, že kritickým miestom kvality poskytovanej starostlivosti a nespokojnosť respondentov je v otázke identifikácie ošetrovateľov. Ich rozpoznanie s ohľadom na pracovné oblečenie je takmer nemožné. (17,30 %) zo všetkých respondentov ohodnotilo túto oblasť negatívne a (33,65 %) zaujalo neutrálny postoj. Táto oblasť bola dominantnou témou v otvorených položkách (n=14) na oboch typoch ošetrovacích jednotiek. Tento faktor nespokojnosti môže byť spôsobený chýbajúcim jednotným pracovným oblečením alebo nedostatočným označením ošetrovateľského personálu. Respondenti z nadštandardných ošetrovacích jednotiek ďalej popisovali nespokojnosť s informovanosťou o nemocničných procesoch a chode oddelenia, čo môže naznačovať vyššie očakávania respondentov alebo niektorí respondenti môžu procesy informovania považovať za nedostatočné.

Spokojnosť respondentov na nadštandardných ošetrovacích jednotkách:

U respondentov na nadštandardných ošetrovacích jednotkách sme navyše zisťovali spokojnosť s prostredím a komplementami nadštandardnej izby. Výsledky ukazujú, že (88,46 %) **respondentov bolo spokojných so sociálnym vybavením izby**. 5,77 % respondentov uviedlo negatívne hodnotenia, ktoré naznačujú potrebu riešenia daného problému. **Až (90,39 %) respondentov, by si pri opätovnej hospitalizácii znova vybralo možnosť ubytovania na nadštandardnej izbe**. Nadštandardné izby teda **plnia očakávania pacientov** a predstavujú preferovanú možnosť hospitalizácie pre väčšinu opýtaných, čo dokazuje (88,47 %) pozitívnych hodnotení. Výberom nadštandardnej izby v budúcnosti si nebolo istých (9,61 %) respondentov. Všeobecne môžeme konštatovať, že spokojnosť pacientov s vybavením na nadštandardnej izbe je veľmi pozitívna.

Identifikovali sme hlavné **oblasti, ktoré najviac ovplyvňovali spokojnosť pacientov:**

- Odborné zručnosti sestier.
- Ochota a ústretovosť sestier.
- Komunikačné zručnosti a empatický prístup sestier.
- Celkový prístup sestier počas poskytovania starostlivosti.
- Rozlíšenie sestier od ostatného personálu.
- Kvalita času stráveného s pacientom.
- Informovanosť pacientov.

Na stanovený prieskumný problém: „Sú pacienti spokojní s kvalitou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti?“ možno odpovedať áno sú spokojní, čo dokazuje (88,90 %) spokojnosť na štandardných a (91,46 %) spokojnosť na nadštandardných ošetrovacích jednotkách. Z celkového počtu (n=104) vyjadrilo (68,64 %) pozitívne skúsenosti v otvorených položkách. Konštatujeme, že (90,17 %) zo všetkých respondentov bolo s kvalitou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti spokojných až veľmi spokojných.

Na stanovenú prieskumnú otázku: „Existujú rozdiely v spokojnosti pacientov s kvalitou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti na štandardných a nadštandardných ošetrovacích jednotkách?“ možno odpovedať, áno existujú, ale nie sú výrazné.

Na stanovenú prieskumnú otázku: „Budú pacienti hospitalizovaní na nadštandardných ošetrovacích jednotkách vykazovať vyššiu mieru spokojnosti s kvalitou poskytovanej

ošetrovateľskej starostlivosti v porovnaní s pacientmi hospitalizovanými na štandardných ošetrovacích jednotkách?“ možno odpovedať, áno budú, čo potvrdzuje zistenie (91,46 %) spokojnosť na nadštandardných ošetrovacích jednotkách verzus (88,90 %) spokojnosť na štandardných ošetrovacích jednotkách, čo je o (2,56 %) vyššia spokojnosť. Konštatujeme, že spokojnosť s ošetrovateľskou starostlivosťou je, až na malé rozdiely, porovnateľná u oboch skupín respondentov.

Diskusia

Pilotná štúdia realizovaná Sováriovou Soósovou (2016), hodnotila kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti pomocou troch škál Klasifikácie ošetrovateľských výsledkov (NOC) a dotazníka kvality života WHOQOL-BREF na vzorke 60 pacientov. Štúdia odhalila strednú až vysokú spokojnosť s poskytovanou starostlivosťou, čo korešponduje s našimi zisteniami. Najvyššie hodnotenia sa týkali vedomostí, odbornej zdatnosti a kompetencií sestier. Tieto zistenia sú porovnateľné s našim prieskumom, kde respondenti v zatvorených položkách najviac oceňovali odborné zručnosti sestier. Vystáva problém identifikácie a rozlíšenia ošetrujúcich. Absencia jednotného pracovného oblečenia je zdrojom neistoty a nespokojnosti pacientov. Na túto skutočnosť upozornili Šťavnická, Trnková (2021). Publikovali názor, že používanie vhodných ochranných osobných pracovných pomôcok vytvára pozitívny image povolania a fyzickú bariéru medzi zdravotníckym personálom a prameňom nákazy, ktorým sú pacienti počas hospitalizácie vystavení.

Vo výskume Hadašovej, Fertalovej a Ondriovej (2021), bolo jedným z cieľov identifikovať mieru spokojnosti pacientov s prístupom zdravotníckych pracovníkov počas hospitalizácie vo vybranom neštátnom ústavnom zdravotníckom zariadení na lôžkových oddeleniach. Výskum prebiehal metódou neštandardizovaného dotazníka na vzorke 100 respondentov. So správaním, prístupom a komunikáciou zdravotníckych pracovníkov bolo spokojných (66 %) respondentov, pričom (72 %) úplne súhlasilo s tým, že personál prejavoval ochotu, rešpekt, úctu a porozumenie. V našom prieskume bola spokojnosť so správaním sestier vyššia a to (93,26 %) a s ochotou a ústretovosťou sestier (96,15 %) z celkového počtu respondentov. Výsledky nášho prieskumu sa líšia čiastočne. Obe zistenia však ukazujú, že väčšina pacientov je spokojná s celkovou starostlivosťou, pričom kľúčové faktory sú odbornosť, empatický prístup, ochota a kvalitná komunikácia personálu.

Hodnotenie spokojnosti pacientov s ošetrovateľskou starostlivosťou bolo predmetom prieskumu aj Bočkovej, Dubovcovej (2020), ktoré skúmali spokojnosť pacientov hospitalizovaných na chirurgických oddeleniach vybraného ústavného zdravotníckeho zariadenia metódou štandardizovaného dotazníka na vzorke 91 respondentov. Vo výsledkoch uvádzajú, že s celkovou kvalitou ošetrovateľskej starostlivosti bolo veľmi spokojných (56,04 %) a (36,26 %) spokojných respondentov, čo predstavuje celkovo (92,30 %) pozitívnych hodnotení. V našom prieskume bola miera spokojnosti ešte o (5,76 %) vyššia, keď (98,06 %) respondentov hodnotilo celkovú ošetrovateľskú starostlivosť pozitívne.

Z hľadiska odporúčaní pre prax, by sa mal klásť väčší dôraz na manažment času sestier. Zavedenie efektívneho systému určenia priorít starostlivosti by mohlo pomôcť lepšie organizovať prácu a vytvoriť viac priestoru pre individuálny kontakt s pacientom. Z prieskumu vyplynulo, že práve osobný prístup a možnosť komunikácie s pacientom zohrávajú kľúčovú úlohu v ich celkovej spokojnosti. Diskutované zistenia potvrdzujú dôležitosť neustáleho vzdelávania zdravotníckeho personálu, rozvoja komunikačných zručností a potrebu zlepšenia

pracovných podmienok pre sestry. Nespokojnosť v oblasti identifikácií sestier od ostatného personálu môže znamenať, že respondenti mali problém jednoznačne identifikovať sestry a potrebu jej zlepšenia, napríklad zavedením lepšie viditeľných menoviek alebo jednotnejšieho systému uniforiem. Je dôležité zdôrazniť, že hoci boli výsledky prieskumu prevažne pozitívne, zdravotnícke zariadenia by mali venovať pozornosť aj menším kritickým oblastiam.

Záver

Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť je pilierom každého zdravotníckeho zariadenia a priamo ovplyvňuje spokojnosť pacientov. Zlepšovanie sa v danej oblasti je neustálym procesom, ktorý si vyžaduje angažovanosť nielen zdravotníckych pracovníkov, ale aj manažmentu. Ten musí vytvoriť podmienky pre kvalitnú, dostupnú a individuálnu starostlivosť. Sestry formujú budúcnosť ošetrovateľstva a vytyčujú cestu k dosahovaniu lepších výsledkov. Táto problematika nás núti premýšľať o oblastiach ošetrovateľstva, ktoré zabezpečia pacientom pocit pochopenia, podpory a rešpektu. Inovácie, vzdelávanie a neustála reflexia sú kľúčové pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Literatúra

- BERKOWITZ, B. 2016. *The patient experience and patient satisfaction: Measurement of a complex dynamic*. [online]. In *OJIN: The online journal of issues in nursing*. Vol. 21, č. 1. [citované 2024-11-11]. Dostupné na internete: <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-21-2016/number-1-january-2016/the-patient-experience-and-patient-satisfaction/>.
- BOČKOVÁ, S. 2020. *Spokojnosť pacientov s kvalitou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti* : diplomová práca. Nové Zámky, VŠZ a SP sv. Alžbety, 2020. 64 s. Školiteľka práce Martina DUBOVCOVÁ.
- ELIAŠOVÁ, A., HADAŠOVÁ, L., FEDURCOVÁ, I. 2020. *Manažment kvality v zdravotnej starostlivosti*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2020. 191 s. ISBN 978-80-555-2425-2.
- HADAŠOVÁ, L., FERTAĽOVÁ, T., ONDRIOVÁ, I. 2021. Hodnotenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti z pohľadu pacienta. In *Grant journal*. [online]. ISSN 1805-0638, 2021, roč. 10, č. 02, s. 18-22. [citované 2024-09-26]. Dostupné na internete: <https://www.grantjournal.com/issue/1002/PDF/1002hadasova.pdf>.
- KARACA, A., DURNÁ, Ž. 2019. Patient satisfaction with the quality of nursing care. In *NursingOpen*. [online]. 2019, vol. 6, issue 2, s. 535-545. [citované 2025-1-23]. Dostupné na internete: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.237>.
- KOVALOVÁ, M. 2015. Špecifické prvky kvality v zdravotnej starostlivosti. In *Prohuman*. [online]. ISSN 1338-1415, 2015. [citované 2024-09-27]. Dostupné na internete: <https://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/specificke-prvky-kvality-v-zdravotnej-starostlivosti>
- SLEZÁKOVÁ, Z., PADYŠÁKOVÁ, H. 2023. *Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti a bezpečnosť pacientov*. Martin : Osveta, 2023. 208 s. ISBN 978-80-8063-516-9.
- SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. 2016. Spokojnosť pacientov s ošetrovateľskou starostlivosťou hodnotená tromi škálami klasifikácie ošetrovateľských výsledkov (NOC) - výsledky pilotnej štúdie. In *Ošetrovateľský výzkum a praxe založená na dôkazoch*. Ostravská univerzita

v Ostrave, 2016. ISBN 978-80-7464-826-7. [online] s. 198-199. Dostupné na internete: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/sbornik-2016.pdf>.

ŠŤAVNICKÁ, K., TRNKOVÁ, L. 2021. Skúsenosti zamestnancov s používaním ochranných pracovných pomôcok. In HOSÁKOVÁ, J. (ed.) Ošetrovateľský výzkum a praxe založená na dôkazoch. Rationing Nursing care. *Sborník z XI. Mezinárodního symposia ošetrovatelství*. Ostrava : Ostravská univerzita, Lékařská fakulta, 2021. s. 127-134. ISBN 978-80-7599-279-6.

ŽALUDEK, A. 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha : Grada, 2020, 248 s., ISBN 978-80-271-2275-2.

ŠPECIFIKÁ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV NA UMELEJ PĽÚCNEJ VENTILÁCIÍ

SPECIFICS OF NURSING CARE FOR PATIENTS ON MECHANICAL VENTILATION

Ondrejková Zuzana¹

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.

Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaházi v Rožňave

E-mail: zuzana.ondrejkoval5@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: PhDr. Eva Balogová, PhD., MPH

Abstrakt

Úvod: Pacienti na umelej pľúcnej ventilácii (UPV) tvoria kritickú skupinu pacientov. Ich ošetrovanie je špecifickou výzvou pre multidisciplinárny tím. Deficity v potrebách pacientov na UPV sú dlhotrvajúce a ich neuspokojenie zvyšuje riziko ohrozenia života. Naším cieľom je prezentovať špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu u pacientov napojených na UPV.

Metódy: Použili sme metódu konštrukčnej projekcie v klinických podmienkach. Ošetrovateľský proces sme realizovali u troch zámerne vybraných respondentov. Kritériom výberu bolo zabezpečenie dýchacích ciest formou UPV min. 24 hodín.

Výsledky: Preukázali sme potrebu vysoko individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Potvrdili sme potrebu realizácie interdisciplinárnej starostlivosti. Poukázali sme na špecifiká starostlivosti, ktoré boli podmienené vnímaním pacientov, ako jedinečnej a neopakovateľnej bytosti s osobitnými potrebami a deficitmi v potrebách.

Záver: Koncepcia UPV má ochrannú funkciu pľúc. Cieľom je zabrániť atrofií bránice a pľúc. Špecifikom starostlivosti je titrácia inspiračnej podpory. Pokiaľ je starostlivosť o pacienta na UPV komplexná je možné predikovať včasné a úspešné odpojenie, obnovenie fyziológie dýchania.

Kľúčové slová

Deficit. Potreba. Starostlivosť. Špecifiká. Umelá pľúcna ventilácia.

Abstract

Introduction: Patients on mechanical ventilation (MV) form a critical patient group. Their care presents a specific challenge for the multidisciplinary team. The deficits in the needs of MV patients are long-lasting, and their unmet needs significantly increase the risk of life-threatening situations. The aim of this study is to present the specifics of nursing care using the nursing process for patients on MV.

Methods: A constructive projection method was applied in clinical settings. The nursing process was implemented with three intentionally selected respondents. The selection criterion was the provision of airway management via MV for at least 24 hours.

Results: We demonstrated the need for highly individualized nursing care. The necessity for interdisciplinary care was confirmed. We identified specific aspects of care that arise from

perceiving patients as unique and irreplaceable individuals with distinct needs and deficits. **Conclusion:** The concept of MV serves a protective function for the lungs. Its goal is to prevent diaphragm and lung atrophy. A key aspect of care is the titration of inspiratory support. When comprehensive care is provided for MV patients, early and successful weaning, as well as the restoration of respiratory physiology, can be predicted.

Keywords

Deficits. Needs. Nursing care. Specifics. Mechanical ventilation.

Úvod

Umelá pľúcna ventilácia (UPV) predstavuje liečebný prístup v komunite pacientov s ochorením alebo zlyhávaním respiračného systému. UPV nahrádza alebo podporuje prirodzené dýchanie pacienta v prípade, že jeho respiračný systém nevie zabezpečiť výmenu plynov, čím je vážne ohrozený jeho život. Sestra ako člen multidisciplinárneho tímu má v starostlivosti o pacienta na UPV špecifické kompetencie. Ich implementácia je podmienená špecializačnou prípravou, ktorej výsledkom je vysoká erudovanosť sestier v teoretickej a praktickej rovine. Stupeň edukovanosti sestier determinuje úspešnosť liečby, realizáciu včasných preventívnych intervencií za elimináciu riziká komplikácií.

Cieľom špecifickej starostlivosti by malo byť saturovanie deficitov v potrebách, odstránenie aktuálnych sesterských diagnóz, zabránenie potenciálnym diagnózam, s negatívnymi vplyvmi na celkové zdravie. Podľa Solárovej a Mušinskej (2023) prioritou by malo byť dosiahnutie a udržanie komfortu pre pacienta s dosiahnutím čo najvyššej kvality života. Kapounová (2020) uvádza, že špecifickosť starostlivosti o pacienta na UPV spočíva v uspokojovaní biologických potrieb. Ide o potrebu dýchania, ktorá má vysokú prioritu a ktorej deficit znamená akútne ohrozenie života. Z ostatných biologických potrieb sa uspokojujú: potreba výživy, vylučovania, spánku a odpočinku. Podľa Balogovej a Trnkovej (2020), kombináciou liečby a účinnej ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu je možné dosiahnuť stabilizáciu zdravotného stavu. Z pohľadu sestry, odstránenie deficitov v biologických potrebách vytvára možnosti na nácvik sebestačnosti pacienta v denných aktivitách.

Ide o dlhodobý proces, ktorý si vyžaduje integráciu fyzioterapie, klinického psychológa, sociálneho pracovníka a ostatných odborníkov.

Ciele práce

Cieľom našej práce je poukázať na špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov napojených na UPV. Popísať proces komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu.

Charakteristika súboru a metodika

Do výberového súboru sme zaradili troch respondentov (P1, P2, P3). Kritériom zaradenia do súboru bolo napojenie pacienta na UPV min. 24 hodín a odlišné lekárske diagnózy, ktoré podmienili potrebu UPV. Ošetrovateľské procesy sme realizovali na Klinike anesteziológie a intenzívnej medicíny Fakultnej nemocnice v Banskej Bystrici. Dĺžka trvania poskytnutej špecifickej starostlivosti bola u pacienta P1 6 dní, P2 4 dni a u P3 až 21 dní. Použili sme metódy teoretické: analýza, syntéza, dedukcia, indukcia, empirické: kazuistika, obsahová analýza dokumentov. Výsledky interpretujeme popisne.

Výsledky práce

Opis prípadu P3

Pohlavie: Muž

Vek: 64 rokov

Lekárske diagnózy: J96.00 – Akútna respiračná insuficiencia, nezaradená inde, typ I. J18.0 Bronchopneumónia, bližšie neurčená.

Tab. 1 Posúdenie pri prijatí

Doména	Zistenia
1. Podpora zdravia	CHOCHP, akútna respiračná insuficiencia, bronchopneumónia. Intubácia, mechanická ventilácia. 5 rokov nefajčiar, alkohol príležitostne
2. Výživa	88 kg, 179 cm, BMI 27,49. Nutričné a hydratačné sledovanie potrebné. NGS č.18, kariézny chrup, sliznica DÚ suchá, znížený turgor kože
3. Vylučovanie	Zavedený PMK č. 16 (1.deň), kontrolovaná diuréza, moč koncentrovaný, bez patologických prímies. Stolica naposledy včera – hnedá formovaná
4. Aktivita, oddych	Dôchodca, znížená mobilita. Bartel test skóre: 0 – vysoká závislosť. Deficit v potrebe spánku. Oslabené dýchanie, predĺžené expírimum, prítomný expiračný stridor, výrazne počuteľné piskoty a chropy; odsávanie hustého spúta svetložltej farby, SpO ₂ : 84%, TK: 94/51 mmHg, P: 119/min, D: 36/min; zlepšenie SpO ₂ po ETK a napojení na tlakovo riadenú ventiláciu.
5. Vnímanie/poznávanie	Somnolencia - GCS 12, dezorientácia, motorický nepokoj, slovná odpoveď žiadna, reakcia len na bolestivé podnety.
6. Vnímanie seba samého	Nie je možné posúdiť vzhľadom na poruchu vedomia.
7. Vzťahy, plnenie rolí	Býva so svojou manželkou. Rodinná podpora prítomná.
8. Sexualita	Nie je možné posúdiť vzhľadom na poruchu vedomia.
9. Zvládanie záťaže, odolnosť voči stresu	Dezorientácia, motorický nepokoj Znaky prežívania stresu a poruchy adaptácie.
10. Životný princíp	Nie je možné posúdiť vzhľadom na poruchu vedomia.
11. Bezpečnosť/ochrana	Zvýšené riziko infekcie (bronchopneumónia, ETK), PVK G20 – PHK (zavedený 3.deň).
12. Komfort	Narušený telesný komfort. Deficit hygiena tela na DK (nechty).
13. Rast, vývoj	Bez pozoruhodností, Sledovanie funkčných zmien.

Legenda: BMI= Body Mass Index, CHOCHP= Chronická obštrukčná choroba pľúc, D= Dychy, DK= Dolné končatiny, DÚ= Dutina ústna, ETK= Endotracheálna kanyla, GCS= Glasgow coma scale, NGS= Nazogastričná sonda, P= Pulz, PHK= Pravá horná končatina, PMK=Permanentný močový katéter, PVK= Permanentný venózný katéter, TK= Tlak krvi, SpO₂= Saturácia krvi kyslíkom

Katanamnéza

1. deň hospitalizácie

Pacient bol po prijatí napojený na kontinuálny monitoring TK, P, SpO₂ a tlakovo riadený režim UPV. Pacient zaujal Fowlerovu polohu (30°).

Asistovali sme lekárovi pri zavedení arteriálneho katétra do ľavej hornej končatiny a zavedení centrálného venózneho katétra do vény jugularis vľavo. Invazívne vstupy boli ošetrené priehľadnou fóliou. Pacient aj napriek uspokojeniu potreby byť bez bolesti prejavoval známky psychomotorického nepokoja. Prevencia úrazu sa uskutočnila špecifickou intervenciou - fixácia horných končatín. Počas noci mal pacient 2x epizódy desaturácie – SpO₂ 85%, kvôli bronchospazmu. Na základe ordinácie lekára sme aplikovali Ventolin 5mg inhalačne a 100% oxygenoterapiu. Po aplikácii nebulizácie sme odsatím spúta uspokojili potrebu účinného dýchania. Sekrét z dýchacích ciest bol hustý a svetložltej farby. Výsledkom týchto špecifických intervencií boli zmeny v saturácii kyslíka (SpO₂ = 92-94%). Pacientovi bola zavedená NGS č. 18. Bez žalúdočného rezidua. Za problém považujeme absenciu vôle prijať výživu cez NGS.

2. – 3. deň hospitalizácie

Psychomotorický nepokoj sa stáva trvácnejším problémom. V potrebe dýchanie sme zaznamenali symptóm dráždivého kašľa, ako prejav deficitu v dýchaní. Potrebu byť bez bolesti sme saturovali nižšími dávkami ordinovanej analgosedácie. Potrebu hygieny sme uspokojili asistenciou pri rannej toalete. Pokožku sme ošetrili lokálne Prontodermom za účelom dekolonizácie mikroorganizmami. Ústnu dutinu sme ošetrili Orocare setom. Posúdili sme polohu ETK, ktorú sme fixovali a odmerali tlak v obturačnej manžete (30mmHg). Potrebu mobility sme saturovali polohovaním na bok, chrbát. Celistvosť kože sme udržiavali Caviolom krémom. Špecificky sme intervenovali v prevencii dekubitov. Na sacrum sme umiestnili antidekubitnú náplasť Allevyn. Potrebu výživy sme saturovali cez NGS podávaním Supportanu (50ml) a čaju (50ml). Špecificky bola táto potreba uspokojovania zvyšovaním dávky Supportanu na 150 ml. Táto forma výživy bola tolerovaná.

Interdisciplinárnu starostlivosť o pacienta na UPV sme realizovali za pomoci fyzioterapeuta. Jeho cieľom bolo rehabilitovať a udržať potrebu dýchania pasívnou dychovou rehabilitáciou. Sociálne potreby uspokojovala prítomnosť rodiny, manželky a detí. Výsledkom saturácie tejto potreby boli prejavy neverbálnej komunikácie pacienta (vizuálny kontakt, dvíhanie DK). Praktizovaním prvku základnej bazálnej stimulácie (iniciálny dotyk) sme preukázali potrebu a schopnosť integrovať ďalšiu špecifickú intervenciu na uspokojenie potreby dýchania.

4.-6. deň hospitalizácie

Etapovite sme intervenovali v potrebe byť bez bolesti. Pacient prejavoval motorický nepokoj. Potrebu sociálnej interakcie sme saturovali aktívnou komunikáciou. Opakované posúdenie vedomia preukázalo dezorientovanosť v čase a priestore. Potrebu mobility a prevenciu vzniku dekubitov, zároveň aj podporu dýchania sme zabezpečili polohovaním (podľa hodinových ručičiek) v 1 hodinových intervaloch. Potrebu výživy sme kontinuálne saturovali cez NGS aplikáciou Supportan (200ml) a čaju (50ml). Túto špecifickú intervenciu pacient toleroval. Deficit v sociálnych potrebách sme eliminovali za pomoci manželky. Pozitívny účinok mali artefakty: fotky vnúcat umiestnené na stojane vedľa postele pacienta.

7.-12. deň hospitalizácie

Potrebu komunikácie ako formu sociálnej interakcie sme uskutočnili opakovaným oslovovaním pacienta. Reakciou na špecifický postup uspokojenia potreby reagoval fixovaním pohľadu.

Verbálnu výzvu na spoluprácu v nácviku sebestačnosti odmietal. Pretrvával psychomotorický nepokoj. Deficit v psychických potrebách sa prejavoval rozhodnutím pacienta o extrakciu invazívnych vstupov a pokusom o self-extubáciu. Podpora mobility, dýchania formou aktívnej rehabilitácie fyzioterapeutom bola neúspešná. Pacient odmietal spoluprácu. Vyčerpanosť sa prejavila aj zníženou SpO₂ – 87%, tachypnoe – 35d/min. a tachykardiou – 108p/min. Deficit celkového zdravia sme riešili opakovanou motiváciou k takticko-haptickej stimulácií loptičkou. Špecificky sme intervenovali v procese weaningu v 3 hodinových intervaloch. Interval medzi jednotlivými intervenciami sme postupne zväčšovali. Deficit v potrebe dýchania pretrvával. Pacient nevykazoval znaky účinného dýchania. Na 9. deň hospitalizácie sa táto potreba uspokojila zavedením tracheostomickej kanyly č. 8,5.

13. – 17. deň hospitalizácie

V doméne výživy sme potrebu naďalej saturovali aplikáciou výživy do NGS Supportanom (250ml) a čajom (50ml). Forma výživy pacient toleroval. Príjem tekutín per os v malých dávkach pacient toleroval. Pri deficite sebestačnosti pri pití sme pôsobili motivačne. Pacient nespokojuval a pristupoval odmietavo k príjmu stravy per os. NGS pre nízky príjem per os ponechaná (150 ml/24 hod). Potreba komunikácie bola uspokojovaná pomocou abecednej tabuľky.

Špecifickú ošetrovateľskú starostlivosť sme venovali ošetrovaniu TSK. V pravidelných intervaloch á 6 hodín sme kontrolovali tlak v obturačnej manžete (30mmHg), priechodnosť kanyly, fixáciu a jej ošetrovanie Prontosanom a výmenou sterilného krytia. Ošetrovateľská intervencia odsávania z dýchacích ciest a subglotického priestoru bola vykonávaná á 3 hodiny. Potreba zmeny pohybu a mobility bola uspokojená nácvikom sedu na posteli. Deficit v psychických potrebách sa prejavoval odmietaním spolupráce a epizódami motorického nepokoja a agresie. Prevencia extrakcie invazívnych vstupov si vyžiadala špecifickú intervenciu fixácie horných končatín. Potreba psychickej pohody bola ovplyvnená inverzným cirkadiánnym rytmom a dezorientáciou. Pre uspokojenie tejto potreby sme upravili denný režim – aktivizovali pacienta do rannej toalety, rehabilitácie a stimulácie kognitívnych funkcií. Pacient reagoval pozitívne a začal spolupracovať.

18. – 21. deň hospitalizácie

Opakované posúdenie pacientovho vedomia preukázalo orientáciu v čase, mieste a osobe, čo napomohlo k aktívnej spolupráci pacienta pri rehabilitácii a nácviku bežných denných činností. Potrebu pohybu sme saturovali nácvikom sedu na posteli, neskôr vysadením do kresla. V oblasti deficitu v sebestačnosti sme pacienta motivovali k sebaobslužným činnostiam. Za interdisciplinárnej spolupráce s fyzioterapeutom sme realizovali nácvik stoja pri posteli. Potreba dýchania bola naďalej uspokojovaná a podporovaná za pomoci dychovej rehabilitácie. V multidisciplinárnej spolupráci za asistencie fyzioterapeuta sme realizovali dychovú rehabilitáciu (RHB) formou respiračného handlingu. Intervaly weaningu sa postupne predlžovali bez respiračného deficitu. Po 48 hodinách spontánnej ventilácie sme asistovali lekárovi pri extubácii. Narušenú celistvosť kože po tracheostómii sme pravidelne á 6 hodín posudzovali a ošetrovali Prontosanom a sterilným krytím. Potreba dýchania bola naplno uspokojená. Pacient je ventilačne autonómny a schopný efektívnej expektorácie. Na podporu respiračných funkcií sme v procese dychovej RHB pacienta naučili používať respiračné rehabilitačné pomôcky Acapella a inspiračný trenažér. Po 24 hodinách od extubácie sme pacienta delegovali k ďalšej ošetrovateľskej starostlivosti na Centrálnu JIS.

Analýza a interpretácia výsledkov

Pacient prijatý v čase respiračného zlyhania vyžadoval urgentnú intubáciu a mechanickú ventiláciu. V dôsledku hypoxie bol pacient nepokojný, čo komplikovalo ošetrovateľskú starostlivosť.

Kľúčovým aspektom a špecifikom ošetrovateľskej starostlivosti bola pravidelná kontrola priechodnosti ETK, tlaku v obturačnej manžete, fixácia a ošetrovanie ETK a aplikácia nebulizácie, ktoré pomáhali udržiavať priechodnosť dýchacích ciest a tak uspokojovali pacientovu potrebu dýchania. Ošetrovanie DÚ sme realizovali Orocare setom. Chlorhexidínová ústna voda bola použitá za účelom zníženia bakteriálnej kolonizácie a rizika infekcie spojenej s ventilátorou penumóniou. Pacientovu potrebu účinného dýchania sme uspokojovali realizovaním odsávania z dýchacích ciest.

Podpora mobility, dýchania formou aktívnej rehabilitácie fyzioterapeutom nebola úspešná. Proces obmedzovala pacientova nespolupráca a odmietanie. Motorický nepokoj si vyžiadal fixáciu horných končatín za účelom prevencie sebapoškodenia. Realizovali sme špecifickú ošetrovateľskú starostlivosť pomocou integrácie nefarmakologických postupov na prevenciu delíria - dodržiavanie denného režimu, aktivácia pacienta počas dňa.

Potreba výživy bola saturovaná prostredníctvom NGS. Podávaný Supportan a čaj á 3 hodiny podľa ordinácie lekára bol tolerovaný bez žalúdočného rezidua.

Pacient nevykazoval znaky účinného dýchania. Táto potreba bola uspokojená zavedením tracheostomickej kanyly. Špecifickú intervenciu sme venovali ošetrovaniu, pravidelne á 12 hod. ošetrovaná Prontosanom a výmenou sterilného krytia, monitorovaný stav kože v okolí TSK. Keďže došlo k začervenaniu okolia rany po TSK, eskalovali sme potrebu ošetrenia kože Prontosanom a výmenou sterilného krytia á 6 hodín.

Pri pokusoch o weaning sme pred výkonom posúdili stav pacienta a jeho spoluprácu, vitálne funkcie – TK, P, SpO₂, realizovali odsávanie sekrétov z DÚ, ETK a subglotického priestoru, vysvetlili proces pacientovi, pripravili pomôcky, upravili polohu pacienta aby sme zaistili čo najefektívnejší weaning. Počas weaningu sme realizovali monitoring SpO₂, frekvencie a hĺbky dýchania, TK, P a prejavov dychovej tiesne ako prevenciu desaturácie. V interdisciplinárnej spolupráci s fyzioterapeutom sme realizovali dychovú RHB formou respiračného handlingu. Proces odpájania od ventilátora bol spočiatku sprevádzaný desaturáciou, tachypnoe a tachykardiou. Weaning sťažoval pacientov nepokoj a nespolupráca. Prínos pre pacienta by eskalovala implementácia viacerých foriem respiračnej RHB.

Pacient začal saturovať potrebu výživy prijímaním malého množstva výživy per os. V potrebe sociálnej interakcie pozitívne vplývala návšteva príbuzných. Pomáhala pacientovi psychicky sa adaptovať na nový stav. V kontexte snahy o aktívnu spoluprácu a bazálnu stimuláciu sme poučili rodinu, aby mu priniesla jedlo ktoré preferuje. Podľa posúdenia celkového denného príjmu stravy a tekutín per os, naďalej potrebná aplikácia výživy cez NGS.

Narušenú verbálnu komunikáciu sme saturovali využitím abecednej tabuľky a odčítavania z pier. Nedošlo k efektívnej výmene informácií, u pacienta bol viditeľný výrazný hnev a nepokoj. Postupne došlo k efektívnej výmene informácií prostredníctvom písania na tabuľku. Deficit v komunikácii bol eliminovaný.

Intervencie na saturáciu potrieb v oblasti dýchania a sebestačnosti boli účinné. Pacient aktívne spolupracoval pri rehabilitácii, mobilizácii a dychovej rehabilitácii. Začal sa predlžovať interval spontánnej dychovej aktivity bez podpornej ventilácie. Pacient si eliminoval deficit neúčinného

dýchania. Pristúpili sme k extubácii pacienta. Pripravili sme pomôcky k extubácii, zabezpečili pomôcky pre prípad potrebnej reintubácie. Rana po TSK bola začervenaná, intenzifikovaná potreba ošetrovateľskej intervencie (á 6 hod.) . Po úspešnej extubácii sme realizovali dychovú rehabilitáciu prostredníctvom respiračných rehabilitačných pomôcok – Acapella a inspiračný trenažér na podporu respiračnej funkcie. Pacientovi sme vysvetlili postup realizácie rehabilitácie, ktorý porozumel a aktívne rehabilitáciu vykonával.

Na základe anamnézy a sesterského posúdenia sme stanovili nasledovné *sesterské diagnózy*, podľa prílohy Vyhlášky č.306/2005 Z.z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz:

A113 Imobilita

A131 Riziko aspirácie

D104 Riziko vzniku dekubitov

D120 Neúčinné dýchanie

D121 Neúčinné čistenie dýchacích ciest

D122 Neschopnosť udržiavanie spontánneho dýchania

D124 Riziko hypoxie

I121 Riziko vzniku infekcie

K100 Narušená verbálna komunikácia

K104 Narušená sociálna interakcia

P103 Zmenený psychický stav

S101 Deficit sebaopatery v osobnej hygiene

S104 Deficit sebaopatery v prijímaní potravy

S107 Deficit sebaopatery vo vyprázdňovaní

S110 Deficit sebaopatery v úprave zovňajšku

S113 Deficit sebaopatery v úprave okolia

S115 Deficit sebaopatery v aktivitách denného života

S153 Neochota spolupracovať

V124 Odmietanie potravy

Prehľad špecifických ošetrovateľských intervencií na uspokojenie potrieb u pacienta napojeného na UPV.

• Diagnostika a monitorovanie

- Kontinuálne sledovanie vitálnych funkcií (SpO₂, krvný tlak, pulz, dychy)
- Hodnotenie stavu vedomia (GCS) a neurologického stavu
- Monitorovanie ventilačných parametrov (ventilačný režim, FiO₂)
- Pravidelná kontrola a úprava ventilačných režimov
- Včasné detekovanie komplikácií (hypoxémia)

• Respiračná starostlivosť

- Odsávanie sekrétov z ETK/ TSK
- Odsávanie sekrétov zo subglotického priestoru
- Realizovanie starostlivosti o ETK /TSK
- Realizovanie starostlivosti o DÚ
- Realizovanie dychovej rehabilitácie - kontaktné dýchanie, respiračné rehabilitačné pomôcky
- Pravidelné kontrolovanie tlaku v obturačnej manžete kanyly zabezpečujúcej DC

- **Nutričný manažment**

- Zabezpečenie nutričnej potreby počas kritického stavu
- Monitorovanie hydratácie a nutričného príjmu
- Pravidelné posudzovanie a vyhodnocovanie nutričného stavu
- Detekovanie podvýživy alebo dehydratácie

- **Prevenia infekcie a bezpečnosť**

- Ošetrovanie invazívnych vstupov za aseptických podmienok
- Dodržiavanie prísnych hygienických a bezpečnostných štandardov (bariérový režim, hygiena rúk)
- Monitorovanie infekčných markerov
- Ošetrovanie kože (prevencia dekubitov)

- **Polohovanie**

- Včasná mobilizácia – manuálne polohovanie, nácvik sedu, stoja

- **Psychologické a sociálne aspekty**

- Realizovanie nefarmakologických postupov na prevenciu delíria
- Komunikácia (jednostranná komunikácia, neverbálna komunikácia, komunikácia formou abecedných tabuliek, písania na papier)
- Podpora sebestačnosti
- Poskytovanie psychologickej podpory
- Podporovanie udržiavania kontaktu s rodinou
- Individuálny prístup a prispôsobenie starostlivosti potrebám a požiadavkám pacienta

- **Multidisciplinárna spolupráca a dokumentácia**

- Spolupráca viacerých odborníkov (ošetrovateľov, lekárov, fyzioterapeutov)
- Dôkladná výmena informácií pri prevzatí ošetrovateľskej starostlivosti inou sestrou
- Systematická a presná dokumentácia všetkých ošetrovateľských postupov a zmien v stave pacienta

Diskusia

Analýza všetkých troch pacientov ukazuje, že špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov na UPV závisia od primárnej lekárskej diagnózy, dĺžky ventilácie, sedácie aj psychického stavu pacienta. Pri dlhodobej UPV a dlhodobom zaistení DC dominujú fyzické komplikácie ako dekubity, vznik infekcie, tracheálne poškodenie, svalová slabosť a závislosť na ventilátore, ktoré neprispievajú k prognóze pacientov (Jin a kol., 2021).

Pri pacientovi P1 s ťažkým poranení hlavou a polytraumou bola prioritou ochrana mozgu pred sekundárnym poškodením. U pacienta v bezvedomí bez možnosti polohovania narastá riziko vzniku ventilátorovej pneumónie (VAP). Realizované polohovanie je odporúčaným postupom v rámci prevencie dekubitov pri pacientoch s obmedzenými možnosťami polohovania. Prevencia VAP bola zabezpečená eleváciou hrudníka (30°), pravidelným odsávaním, starostlivosťou o ETK, starostlivosťou o DÚ, dodržiavaním aseptických postupov, čo je v súlade so štandardom MZ SR. U pacientov s poranení mozgu, u ktorých monitorujeme intrakraniálny tlak (ICP) je nutná šetrná technika odsávania (trvanie odsávania nie viac ako 10-15 sekúnd), preoxygénácia 100% kyslíkom pred odsávaním na zabránenie hypoxie a sekundárnemu vzostupu ICP. Použitie uzavretého odsávacieho systému minimalizuje stimulačné podnety a je prevenciou infekcie. Zvlhčovaný kyslík, aplikácia mukolytík

a elevácia hrudníka pôsobí preventívne proti hromadeniu sekrétov, a tým vzniku VAP.

U pacientky P2 sedovanej len 24 hodín, sebestačnej a spolupracujúcej, nevznikli žiadne fyzické komplikácie. V súvislosti s operačnou ranou v ústnej dutine, hromadenia slín a krvi po zákroku mala zvýšené riziko aspirácie. Na jej prevenciu sme realizovali špecifické intervencie ako zvýšenú polohu hrudníka, pravidelnú kontrolu DÚ, odsávanie z DÚ, odsávanie zo subglotického priestoru a kontrolu tlaku v obturačnej manžete. V prípade P2 bola rozhodujúcim faktorom pre úspešné zotavenie psychická podpora pacientky. Štúdie poukazujú nato, že úzkosť pacientov na UPV významne ovplyvňuje subjektívne vnímanie dýchacích ťažkostí (Karsten, 2020). Ako píše Treľová (2022), komunikácia je kľúčovým aspektom k zaisteniu pacientovej pohody, bezpečia a istoty aj spolupráce. U pacientov deficit v tejto oblasti môže rozvinúť stres, úzkosť, či viesť k poruchám spánku a frustrácií.

Starostlivosť o pacienta P3 s bronchopneumóniou bola výzvou pre ošetrojúci personál. Pacientov nepokoj a nespokoj si vyžadovali individuálny prístup. Fixácia horných končatín bola nutná na ochranu pacienta, avšak podľa Devlina a kol. (2018) je vhodné ju minimalizovať a nahradiť nefarmakologickými metódami. Výzvou v ošetrovateľskej starostlivosti bolo aj odpájanie od ventilátora. Weaning pacienta bol postupný, kde dôležitú úlohu zohrávala dychová rehabilitácia a mobilizácia pacienta. Podľa štúdií je včasná rehabilitácia spojená s kratšou dobou ventilácie a lepšími výsledkami pri weaningu. Jin a kol. (2021) na základe realizovaného výskumu konštatuje, že včasná mobilizácia môže podporiť obnovu vitálnych a respiračných funkcií, či znížiť celkový výskyt komplikácií. Ako tiež píše Hudáková a Popovičová (2022) kľud na lôžku, ktorý bol doposiaľ preferovaný, vymenil koncept včasnej mobilizácie.

Každý z uvedených prípadov si vyžadoval špecifický prístup ošetrovateľskej starostlivosti. U P1 bola prioritou ochrana mozgu, prevencia dekubitov a prevencia VAP, zatiaľ čo u P2 bola kľúčová psychická podpora, prevencia rizika aspirácie a starostlivosť o DÚ. Tretí pacient si vyžadoval komplexný prístup zahŕňajúci mobilizáciu, dychovú RHB, odpájanie od ventilácie a nutričnú podporu. Sestra v starostlivosti o pacienta so zaistenými dýchacími cestami na UPV hrá významnú rolu v celom procese uzdravenia pacienta. Špecifickými ošetrovateľskými intervenciami vie napomáhať a prechádzať komplikáciám, prispieť ku skoršiemu zotaveniu. Z uvedeného vyplýva, že individuálny prístup a multidisciplinárna spolupráca sú kľúčovým na zabezpečenie čo najkvalitnejšej ošetrovateľskej starostlivosti.

Záver

Umelá pľúcna ventilácia je nevyhnutná pre pacientov s ťažkými respiračnými zlyhaniami, ktorí nie sú schopní udržať dostatočnú ventiláciu vlastnými silami. Tento mechanizmus podporuje dýchanie tým, že zabezpečuje dostatočnú výmenu plynov v pľúcach, čím chráni pacienta pred hypoxiou. UPV je kľúčovou súčasťou intenzívnej starostlivosti, no jej dlhodobé používanie si vyžaduje starostlivé sledovanie a prispôbovanie ventilácie podľa aktuálnych potrieb pacienta. V rámci starostlivosti o pacienta na UPV je nevyhnutné zabezpečiť nielen technickú podporu dýchania, ale aj komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá zahŕňa monitorovanie a včasnú reakciu na zmeny v klinickom stave. Keď je starostlivosť o pacienta dostatočne komplexná a multidisciplinárna, umožňuje to včasný a úspešný weaning. To vedie k obnove fyziológie dýchania a znižuje riziko dlhodobých komplikácií. Z tohto pohľadu je starostlivosť o pacienta na UPV dynamickým a veľmi individuálnym prístupom, ktorý vyžaduje spoluprácu celého tímu

odborníkov, aby sa dosiahli optimálne výsledky a skrátil čas potrebný na mechanickú ventiláciu.

Literatúra

BALOGOVIÁ, E., TRNKOVÁ, L. 2020. Prednemocničný manažment pacientov s náhlou cievnu mozgovou príhodou. In Kolektív autorov. *Interdisciplinárna spolupráca*. Rožňava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, 2020. ISBN 978-80-8132-218-1, s. 15-21.

DEVLIN, J. a kol. 2018. *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU*. [online] [citované 2025-01-16] Dostupné na internete: <https://journals.lww.com/ccmjournal/fulltext/2018/09000/clinical_practice_guidelines_for_the_prevention.29.aspx DOI: 10.1097/CCM.0000000000003299>

HUDÁKOVÁ, T. – POPOVIČOVÁ, M. 2022. Uplatnenie ošetrovateľskej rehabilitácie na intenzivistických pracoviskách. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2022, roč. XXI., č. 1-2, s. 33-37.

JIN, Y. a kol. 2021. Early rehabilitation nursing in ICU promotes rehabilitation of patients with respiratory failure treated with invasive mechanical ventilation. In *American Journal of Translational Research*. ISSN 1943-8141, 2021, roč. XXIII., č. 5., s. 5232 – 5239.

KAPOUNOVÁ, G. 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2020, 388 +16 s. ISBN 978-80-271-0130-6.

KARSTEN, R. 2020. Assessment and Treatment of Anxiety During Mechanical Ventilation. In *American Association for Respiratory Care Times Digital*. [online] [citované 2025-02-27] Dostupné na internete: <[https://www.aarctimes.com/articles/assessment-and-treatment-of-anxiety-during-mechanical-ventilation?bt_field_name\[\]=utm_source&bt_field_value\[\]=chatgpt.com&utm_source=chatgpt.com](https://www.aarctimes.com/articles/assessment-and-treatment-of-anxiety-during-mechanical-ventilation?bt_field_name[]=utm_source&bt_field_value[]=chatgpt.com&utm_source=chatgpt.com)>

SOLÁROVÁ, M. – MUŠINSKÁ, J. 2023. Koncept bazálnej stimulácie v ošetrovateľskej starostlivosti. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 0336-5606, 2023/1-2, roč. XX., s. 11-15.

TRELOVÁ, M. 2022. Starostlivosť o infekčného pacienta v podmienkach intenzívnej starostlivosti. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2022, roč. XXI., č. 1-2, s. 22-25.

VYHLÁŠKA MZ SR č. 364/2005, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz. 2005. [online] [cit. 2025-02-27] Dostupné na internete: <<https://www.slov-lex.sk/ezbierky/pravne-predpisy/SK/ZZ/2005/306/>>

FRUSTRÁCIA V PROFESIJNOM PREŽÍVANÍ SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA

FRUSTRATION IN THE PROFESSIONAL EXPERIENCE OF A SOCIAL WORKER

Hocmanová Andrea¹

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E- mail : dejka.hocmanova@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: doc. PhDr. Monika Guľašová, PhD.

Abstrakt

Predložený príspevok má teoretický charakter. Je zameraný na sociálneho pracovníka a frustráciu v jeho pracovnom prostredí. Upozorníme na frustráciu, ktorá je vnímaná ako konkrétny typ záťaže, ktorou prechádzajú pomáhajúci profesionáli. Poukážeme na obranné mechanizmy frustrácie, frustračnú toleranciu a frustračnú intoleranciu. Priblížime zdroje frustrácie a rizík v praxi sociálneho pracovníka.

Kľúčové slová :

Sociálny pracovník. Frustrácia. Frustračná tolerancia. Frustračná intolerancia. Riziká.

Abstract

The submitted contribution has a theoretical character. It is focused on the social worker and frustration in his work environment. We will draw attention to frustration, which is perceived as a specific type of burden that helping professionals go through. We will point out the defense mechanisms of frustration, frustration tolerance and frustration intolerance. We will describe the sources of frustration and risk in the practice of a social worker.

Keywords

Social worker. Frustration. Frustration tolerance. Frustration intolerance. Risks.

Úvod

Sociálna práca patrí medzi najdôležitejšie pomáhajúce profesie v dnešnej dobe, pretože je zameraná na riešenie celej škály sociálnych problémov a svojim pôsobením zasahuje do mnohých oblastí spoločenského života. Je to výnimočná a nenahraditeľná práca, ktorá sa od ostatných pomáhajúcich profesií odlišuje svojím jedinečným prístupom ku klientovi pomáhať mu optimálne fungovať v jeho prirodzenom prostredí. Pomáhajúce profesie podľa autoriek Barkasi a Leczovej (2019, s. 27) majú isté spoločné znaky, ktorými sa odlišujú od iných povolání. Pre ich výkon je charakteristický nevyhnutný vzťah s klientom a zapojenie vlastnej osobnosti pomáhajúceho profesionála. Pomáhanie môže byť súčasťou aj iných povolání, ale to má charakter vedľajšieho účinku a nie je prvoradým. Z toho jednoznačne vyplýva, že na výkon sociálneho pracovníka sú kladené vysoké nároky rôzneho charakteru, pretože jeho úlohou je pomáhať ľuďom v ťažkých životných situáciách, kedy nie sú schopní vlastnými silami prekonávať prekážky. Sú to predovšetkým ľudia telesne, duševne alebo spoločensky znevýhodnení alebo dlhodobo chorí.

Neopomenuteľným faktorom pri tejto profesii je aj emocionálna záťaž na sociálneho pracovníka ako profesionála. Je to dané tým, že jeho práca na jednej strane prináša pocity

uspokojenia a užitočnosti z pomoci iným, ale na druhej strane prináša aj mnohé negatívne javy. Je preto dôležité, aby sa tieto negatíva včas spozorovali, aby nedošlo k profesionálnemu zlyhávaniu sociálneho pracovníka.

Skúsená a kvalifikovaná pracovná sila je pre každého zamestnávateľa vzácnosťou. Aby sa udržal na pracovisku kvalitný pracovný tím, musia byť prijaté opatrenia na vytvorenie pracovnej pohody a spokojnosti. Teórie pracovnej spokojnosti poukazujú na dva činitele, ktoré ju ovplyvňujú. Na jednej strane sú to vonkajšie pracovné podmienky, ktoré nezávisia od pracovníka ako je mzda, firemná politika, pracovné podmienky a bezpečie. Na druhej strane sú to motivačné faktory, ktoré sa týkajú pracovnej náplne. Vo všeobecnosti platí, že pracovné prostredie má svoju pracovnú, sociálnu a psychologickú štruktúru. Rozmanitosť pracovných úloh, pracovná záťaž, zodpovednosť, riziká súvisiace s výkonom práce, sú faktory ovplyvňujúce výkony v sociálnej práci. Pracovníci nemôžu byť úspešní vo svojom povolání, ak nie sú dostatočne motivovaní, skúsení a spokojní. Je nesmierne dôležité sa vážne zaoberať týmito skutočnosťami, pretože zlyhanie sociálneho pracovníka má dopad na klienta, jeho rodinu, organizáciu ale aj na celú spoločnosť (Schawel, 2012).

V tejto súvislosti štúdie potvrdzujú, že sociálni pracovníci sú veľmi často vystavení nadmerným stresom a frustrujúcim situáciám. Pomáhajú iným ale ich vonkajšie a vnútorné možnosti sú limitované. Zvlášť sociálna práca patrí medzi najviac rizikové povolania z hľadiska vzniku frustrácie a negatívnych dôsledkov frustrujúcich situácií.

Príspevok pozostáva z troch kapitol. V prvej kapitole sme sa zamerali na charakteristiku sociálneho pracovníka, na jeho osobnosť, úlohy a roly, ktoré vykonáva. Popísali sme jeho kompetencie a poukázali sme na opodstatnenosť reziliencie sociálneho pracovníka v pracovnom prostredí.

Druhá kapitola je venovaná samotnej frustrácii. Zadefinovali sme pojem frustrácia, frustračná tolerancia a frustračná intolerancia. Rozobrali sme obranné mechanizmy vyplývajúce z frustrácie a poukázali sme na faktory, ktoré ovplyvňujú frustračnú toleranciu.

Tretia kapitola sa zaoberá zdrojmi frustrácie v praxi sociálneho pracovníka. Upozornili sme na riziká vyplývajúce z pracovného prostredia a na riziká vyplývajúce z osobnostných charakteristík. V závere sme sa venovali psychickým problémom, ktoré sú priamym dôsledkom frustrácie a majú dopad nielen na pracovný výkon ale aj na zdravie a súkromný život sociálneho pracovníka.

1. Charakteristika sociálneho pracovníka

„Sociálny pracovník je profesionál, ktorého profesionálne schopnosti, komunikačné zručnosti a umenie rozhodnúť sa medzi niekoľkými alternatívami pomáhajú upravovať problémy sociálnych klientov. Sociálny pracovník má byť vybavený schopnosťou predpokladať dôsledky svojich rozhodnutí. Sociálny pracovník pracuje v problémovom sociálnom poli, legislatívne problematickom, kde sociálny cit, dodržiavanie etiky, schopnosť empatie, aktívne počúvanie je niekedy to jediné, čo môže poskytnúť. Profesionál vie, že to samo o sebe môže pôsobiť uvoľňujúco, ošetrojúco, terapeuticky, hojivo a rozpúšťajúco problém“ (Žiaková, 2005, s.52). Zákon č. 219/2014 Z.z. definuje sociálnu prácu ako odbornú činnosť, ale aj ako špecializovanú odbornú činnosť, ktorú vykonáva sociálny pracovník alebo asistent sociálnej práce. *„Odborná činnosť je súbor pracovných činností, na vykonávanie ktorých sú potrebné vedomosti a zručnosti získané absolvovaním vysokoškolského vzdelania ustanoveného stupňa v študijnom odbore sociálna práca“ (Zákon č.219/2014 Z.z.)* Špecializovaná odborná činnosť, v zmysle

tohto zákona, požaduje okrem vysokoškolského vzdelania príslušného študijného odboru aj „*vedomosti a zručnosti získané absolvovaním akreditovaného špecializačného vzdelávacieho programu*“. Zákon ďalej rozlišuje pojem sociálny pracovník a asistent sociálnej práce. Podľa tohto zákona sa sociálnym pracovníkom rozumie absolvent vysokoškolského štúdia druhého stupňa v študijnom odbore sociálna práca. Asistentom sociálnej práce postačuje získané vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v študijnom odbore sociálna práca.

„*Osobnosť sociálneho pracovníka je prvým, základným a tým aj najdôležitejším vkladom do vlastnej profesie*“ (Oláh, Schawel, 2006, s.59). Gabura a Pružinská (In Oláh, Schawel, 2006 s. 59) uvádzajú, že „*základným pracovným nástrojom sociálneho pracovníka je v prevažnej väčšine prípadov on sám*“. Osobnostná výbava a životné skúsenosti sociálneho pracovníka priamo zaručujú úspech alebo neúspech vzájomnej spolupráce s klientom.

V sociálnej práci sa profesionál prejavuje celou svojou osobnosťou. Nie sú to len teoretické poznatky, praktické skúsenosti a zručnosti, ale patrí tu aj jeho životný štýl, svetonázor, funkcie a role, ktoré v spoločnosti zastáva. Dôležitosť osobnostných kvalít podčiarkuje aj tá skutočnosť, že v pomáhajúcom vzťahu sa sociálny pracovník môže stať pre klienta akýmsi vzorom (Oláh, Schawel, 2006).

Oláh, Schawel (2006, s. 59) poukazujú v tomto smere na tieto dôležité aspekty sociálneho pracovníka :

- „*kongruencia*“, zhoda vonkajšieho prejavu s vnútorným prežívaním. Inkongruentnosť môže na klienta pôsobiť zradne a bráni klientovi správať sa otvorene a autenticky.
- „*osobnostné kvality*“, klient vníma, že spolupracuje s „človekom“, vzťah má byť vysoko profesionálny, no „*nesie i prvky normálneho ľudského stretnutia*“ (Koščo In Oláh, Schawel, 2006, s. 59), pričom poukazuje aj na cieľavedomosť a vytrvalosť v snahe urobiť pre klienta maximum
- „*profesionálne kvality*“, pracovník by mal byť vybavený vedomosťami, zručnosťami a skúsenosťami, ktoré klientovi relatívne zaručujú včasné a úspešné ukončenie spolupráce

Oláh, Schawel (2006) uvádzajú, že činnosť sociálneho pracovníka je zameraná hlavne na:

- prácu s rodinou a s osamelými občanmi
- prácu s deťmi a mládežou
- prácu s osobami zdravotne postihnutými osobami
- prácu s mentálne a psychicky narušenými jedincami
- prácu so staršími osobami
- sociálnu prácu v školských zariadeniach
- sociálne poradenstvo a pomoc chorým a nevládnym
- sociálne poradenstvo v podnikoch a zariadeniach sociálneho poistenia
- sociálne poradenstvo a pomoc nezamestnaným
- poradenstvo pre občanov prepustených z výkonu trestu odňatia slobody
- poradenstvo pre občanov spoločensky neprispôsobivých
- poradenstvo a spoluprácu so svojpomocnými skupinami
- prácu so zahraničnými spoluobčanmi
- sociálno-psychiatrickú prácu
- prácu s občanmi závislými od psychotropných a omamných látok
- prácu s etnickými menšinami a marginalizovanými skupinami
- vzdelávanie sociálnych pracovníkov formou supervízie

- verejnú správu.

Neoddeliteľnou súčasťou prípravy sociálnych pracovníkov na ich náročnú prácu by mala byť aj psychologická spôsobilosť a to jednak teoreticko-metodologická ale aj praktická. Pri príprave sociálnych pracovníkov sa vychádza zo skutočnosti, že sociálna práca je predovšetkým práca s ľuďmi, ktorí potrebujú pomoc, podporu alebo zázemie. Psychologická príprava sociálnych pracovníkov umožňuje vykonávať niekoľko typov sociálnych rolí a to :

- „sociálny pracovník ako odborník v interakcii s inými subjektami
- sociálny pracovník ako psychoterapeut
- sociálny pracovník ako pedagóg
- sociálny pracovník ako manažér
- sociálny pracovník ako vedec, výskumník“ (Fransellová In Žiaková, 2005, s.67)

Levická (2002, s.147) uvádza, že „kompetencie v sociálnej práci sú chápané ako schopnosť naplňovať požiadavky, ktoré sú kladené na profesiu sociálna práca“

Mlčák (Brnula 2019) rozlišuje tri oblasti kompetencií v sociálnej práci :

- kompetencie voči klientovi
- kompetencie voči pracovnej skupine a pracovnej organizácii
- kompetencie voči systému sociálnych služieb

Brnula (2019) ešte dopĺňa kompetencie sociálneho pracovníka o :

- „nástrojovú kompetenciu“ – sociálny pracovník je kompetentný používať vhodné metódy a techniky sociálnej práce pri dosahovaní cieľa s klientom
- „reflexívnu kompetenciu“ – sociálny pracovník je schopný reflektovať nielen svoje myšlienky a emócie ale aj ostatných účastníkov
- „sociálna kompetencia“ – je založená na schopnosti empatie a udržanie profesionálnej hranice

Životné udalosti sa považujú za stresujúce vtedy, ak ich jednotlivec vyhodnotí ako natoľko záťažové, že môžu predstavovať jeho ohrozenie. V takejto situácii sú vhodné ochranné činitele, ktoré prináša teória reziliencie.

Reziliencia v pracovnom prostredí prináša pocit bezpečia. Pracovné prostredie by malo byť bez fyzického, verbálneho a psychického násillia a bez hrozby násillia. Štatistiky poukazujú na dominanciu výskytu verbálnych foriem násillia a verbálneho obťažovania. Skúsenosti s fyzickým ohrozením má tiež stúpajúcu tendenciu v pracovnom prostredí sociálnych pracovníkov. Štúdie prinášajú rôzne odporúčania, aby sociálni pracovníci neboli na pracovisku sami bez kolegov, zriaďovanie bezpečnostných tímov, prípadne poukazujú na využitie alarmu. Z uvedených faktov vyplýva, že ak sa ignoruje záťaž na pracovisku u sociálnych pracovníkov v pracovnom priestore, môže to viesť k celému radu problémov, ako je zhoršená výkonnosť, psychosomatické poruchy, znížená koncentrácia. Preto je prínosné zvyšovať rezilienciu voči rizikám na pracovisku s dôrazom na pocit bezpečia. Neopomenuteľnou súčasťou v oblasti bezpečnosti v pracovnom prostredí sú aj kolegiálne vzťahy. V princípe ide o náhodné, pre klienta nečakané návštevy, medzi pracovníkmi, ktoré môžu byť zdrojom varovných signálov (Jašková, Sabolová Fabiánová, 2018).

Ďalším veľmi dôležitým faktorom pre zachovanie dobrej úrovne odolnosti je rovnováha medzi pracovným a súkromným životom sociálneho pracovníka. Je to zásadne dôležité, pretože zvyšuje efektivitu a spokojnosť na pracovisku v pomáhajúcich profesiách (Greer, 2016).

2. Frustrácia

Frustrácia je citový stav človeka, kedy nedochádza k uspokojeniu jeho potrieb a cieľa. Je to prekážka na ceste naplnenia jeho cieľov. Človek sa cíti bezradný, bezmocný a nenachádza riešenie, je frustrovaný. Je to situácia, ktorú pozná každý z nás.

Tento stav vo veľkej miere ovplyvňuje kvalitu života. Podľa Kenderešovej (2016) je vysoká kvalita života základné ľudské právo. Je to výraz otvorenej a demokratickej spoločnosti. Každá norma a opatrenie smerujúce k vyššej kvalite života je produktom ľudskej činnosti práve pre svoju potrebnosť a nevyhnutnosť.

Podľa S. Rosenzweiga „*nastáva frustrácia vždy, keď sa organizmus stretne s viac, či menej neprekonateľnou prekážkou na ceste k uspokojeniu akejkoľvek potreby. Podnetovú situáciu, ktorá predstavuje prekážku, možno nazvať zábranou*“ (Svoboda, 2013, s. 180).

S. Rosenzweig vo svojej teórii rozlišuje, podľa Svobodu (2013, s. 37), dva druhy frustrácie :

- „*primárna frustrácia*“, jedinec je neuspokojený, pretože sa nenastala situácia potrebná na uspokojenie
- „*sekundárna frustrácia*“, jedinec zamerá svoju pozornosť na prežívanie konkrétnej prekážky, ktorá mu bráni v dosiahnutí cieľa

Vo všeobecnosti príčiny frustrácie delíme na :

- fyzické príčiny, dajú sa odstrániť (nedostatok jedla, oblečenia)
- biologické príčiny, nedajú sa odstrániť (nízky vzrast, nesympatickosť, škaredosť)
- psychické príčiny, sú to vlastnosti ako pundičkárstvo, lenivosť, chýba pevná vôľa
- prekážky v spoločenskom prostredí, morálka na dedine, morálka v meste, na pracovisku

Pardel (Soroková, 2021) uvádza päť základných typov reakcií na frustráciu :

- „*Agresia*“ - je najprirodzenejšia a najčastejšia reakcia na frustráciu. Jej cieľom je odstrániť prekážky pri dosahovaní cieľov a uspokojovaním svojich potrieb. Agresia sa môže prejavovať priamou formou , ktorá ja sprevádzaná hnevom, nenávisťou a agresívnym správaním alebo nepriamou formou ako je ohováranie, sarkazmus a pasívnou agresivitou.
- „*Regresia*“ - je to určitá forma úniku pred sebou samým. Znamená to, že ak sa nemôže dosiahnuť niečo nové, vyššie, tak organizmus v snahe udržať si rovnováhu sa znižuje k ľahším aktivitám a tým sa zabezpečuje uspokojovanie sa niečím ľahším.
- „*Represia*“ - znamená úmyselné potlačanie nepríjemných zážitkov a situácií s cieľom úplného zabudnutia, ktoré je zamerané na udržanie rovnováhy organizmu. Dôraz sa kladie na to, aby sa jedinec vedome nevenoval negatívnym myšlienkam, ktoré sú pre neho stresujúce a ponižujúce.
- „*Kompenzácia*“ - je chápaná ako nahradenie pôvodného cieľa iným novým cieľom a to prirodzenou cestou ale inými možnosťami
- „*Únik*“ - v podstate ide o odmietanie reality v situáciách, ktoré jedinec vyhodnotí ako bezvýchodiskové a cíti sa bezmocne. Odmietá konštruktívne riešenie a opúšťa ju na emocionálnej aj na fyzickej úrovni.

Soroková (2021) týchto päť reakcií rozšírila o ďalšie reakcie, ktoré podľa nej komplexne pokrývajú celé spektrum reakcií na frustráciu :

- „*Rezignácia*“ - znamená stiahnutie sa zo situácie. Jedinec rezignuje a po jednom alebo opakovanom neúspechu sa už nepokúša dosiahnuť svoj cieľ.
- „*Racionalizácia*“ - predstavuje hľadanie racionálneho zdôvodnenia svojho zlyhania. Je tu snaha presvedčiť sám seba, že vzniknutá situácia nepotrebuje riešenie.

- „*Bagatelizácia*“ - v dôsledku nesplnenia očakávania, dochádza k zľahčovaniu a k degradácii cieľa
- „*Fantázia*“ - bdelé snenie, kedy jedinec sníva o dosiahnutí cieľa rôznou formou ale nič pre to neurobí
- „*Identifikácia*“ - znamená stotožnenie, ktoré sa prejavuje absolútnym stotožnením sa s inou osobou jednak na fyzickej ale aj na psychickej úrovni. Ide o úplnú stratu vlastnej identity a zodpovednosti za svoje konanie.
- „*Popieranie nepriaznivého faktu*“ - ide o stratégiu, kedy jedinec odmieta realitu a prípravu na novú situáciu. Nie je schopný prijať novú rolu, spochybňuje skutočnosti, nerešpektuje odporúčania, dokonca sa snaží o dehonestáciu.
- „*Projekcia*“ - znamená pripisovanie vlastnej neschopnosti neschopnostiam iných ľudí, premietanie svojich vlastných záujmov do druhých osôb. Typická je pre situácie, kedy vlastné záujmy, nápady a myšlienky sú prezentované ako záujmy inej osoby.

Zmyslom obranných reakcií je odstránenie úzkosti a napätia. V záťažových situáciách umožňujú prežiť a vyrovnať sa so záťažou. V záujme zachovania rovnováhy a harmónie si jedinec podvedome upravuje vonkajší svet tak, aby bol pre neho únosný a prijateľný.

Frustračná tolerancia je odolnosť jedinca voči frustrujúcej situácii (Nakonečný, 2016). Je to schopnosť, ktorú v rôznej miere máme všetci a pomáha nám vyrovnať sa s frustráciou. Človek s vyššou mierou frustračnej tolerancie znáša konkrétnu frustrujúcu situáciu lepšie ako človek s nižšou mierou frustračnej tolerancie, pričom daná situácia je pre obidvoch nepríjemná a zaťažujúca.

Každý jedinec má určitú schopnosť po nejaký čas odolávať rôznej záťaži alebo nátlaku. K prekročeniu frustračnej tolerancie dochádza pri dlhodobom neuspokojovaní psychických potrieb, kedy emočné trápenie presiahne hranicu individuálnej únosnosti a človek rezignuje. Frustračná tolerancia sa zvyšuje tým viac, čím častejšie sa jedinec vyrovnáva s frustráciou. Vtedy začína prehodnocovať veci na podstatné, na ktorých mu záleží, a na nepodstatné, pre ktoré nemá zmysel trápiť sa. Frustrujúca situácia sa oveľa ľahšie znáša, ak sa v nej ocitne viac osôb, pretože človek netrpí pocitom, že je na všetko sám. Vo všeobecnosti vyššiu mieru frustračnej tolerancie majú mladí ľudia a ľudia v strednom veku. Naopak, nižšiu frustračnú toleranciu majú deti a starší ľudia. Vyššiu toleranciu majú aj ženy, v porovnaní s mužmi, a je to dané genetickým nastavením, evolučným vývojom a hormónmi spojenými s materstvom.

Faktory, ktoré ovplyvňujú frustračnú toleranciu podľa Hoška (2003) :

- dedičnosť - špecifiká nervovej sústavy, temperament
- typológia osobnosti - somatyp, psychotyp, osobnosť
- vysílenosť, úraz, choroba, únava - ide o poruchy zraku, sluchu, reči. Takíto jedinci sú frustrovaní dvojnásobne a to v dôsledku svojej vady, preto majú zvýšenú citlivosť a zníženú odolnosť.
- vek - s pribúdajúcim vekom frustračná tolerancia stúpa a v určitej chvíli života človeka môže opäť klesať. Malé deti a starší ľudia majú nízku frustračnú toleranciu, nedokážu svoju reakciu odsunúť a vyrovnať sa s neúspechom a s napätím. Frustračná tolerancia sa znižuje aj v kritických obdobiach počas života, ako je puberta, klimakterium alebo aj odchod do dôchodku.
- nedodržiavanie správnej životosprávy - týka sa to spánkového režimu, nezdravého stravovania, nedostatku pohybovej aktivity a nízkej fyzickej kondície

- mentálne defekty - jedincom spôsobujú zvýšenú frustráciu v prostredí, ktorému sa nedokážu vyrovnávať a nerozumejú mu
- výchova - správnu výchovou sa dieťa primerane adaptuje na zvládanie neúspechu a vypätých situácií, ktoré v jeho živote určite nastanú a bude musieť sa s nimi vyrovnávať. Naopak, protektívna výchova, rozmaznávací výchova, výchova bez emočnej väzby, znižuje frustračnú toleranciu.

Frustračná intolerancia je snaha jedinca prispôbiť si realitu tak, aby vyhovovala jeho predstavám a prianiam. Zatiaľ čo frustračná tolerancia znamená akceptovať neželanú realitu za účelom dosiahnutia cieľov (Harrington, 2007).

Frustračná intolerancia je intolerancia emócií, námahy, ťažkostí, neprávostí, nutnosti odkladania odmeny a intolerancia cieľov (Dryden, Gordon, In Harrington, 2007). Multidimenzionálny model frustračnej intolerancie Neila Harringtona (Harrington, 2007) vychádza z presvedčenia, že k intolerancii z frustrácie vedie náročnosť. Zahŕňa neprimerané nároky na to, aby slúžili vlastným potrebám. Táto náročnosť sa prejavuje v štyroch faktoroch a to :

- „*subjektívny nárok*“ - znamená, že jedincovým prianiam sa musí vyhovieť a nikto mu v tom nemá brániť. Je to presvedčenie človeka, že jeho potreby a priania sú nadradené prianiam ostatných.
- „*emočná intolerancia*“ - tento faktor je definovaný ako presvedčenie o tom, že myšlienky a pocity asociované s emočným rozrušením znáša jedinec veľmi ťažko.
- „*intolerancia diskomfortu*“ - je spojená s presvedčením, že život by mal byť jednoduchý, bezstarostný, oslobodený od problémov a namáhania. Jedinci s takýmto presvedčením sú pasívni, neschopní prijať záväzky a podriať sa im. Majú problém stanoviť si dlhodobý cieľ a snažiť sa ho dosiahnuť.
- „*frustrácia úspechu*“ – súvisí s perfekcionalizmom, ktorý môže mať dve podoby, a to adaptívnu a maladaptívnu. Adaptívna podoba sa vyznačuje vysokou svedomitosťou a predikuje motivujúcu nespokojnosť s dosiahnutým výkonom. Maladaptívna podoba sa spája s neurotizmom, beznádejou až depresiou a predikuje nespokojnosť s výkonom.

3. Zdroje frustrácie v praxi sociálneho pracovníka

Spoločenský status sociálneho pracovníka, v porovnaní s ostatnými pomáhajúcimi profesiami, je u nás nízky. Každá vyspelá demokratická spoločnosť má silný sociálny program a vysoký dôraz kladie na prácu sociálnych pracovníkov ako odborníkov vzdelaných a kompetentných v sociálnej oblasti. Naša spoločnosť síce má zákon 448/2008 Z.z. o sociálnych službách ale v praxi sa plnohodnotne neuplatňuje. Sociálny pracovník a jeho práca nemá vážnosť a je vnímaná ako málo hodnotná, v mnohých prípadoch nepotrebná a odmietaná. Výskumy dokazujú, že v sociálnej oblasti je vysoká fluktuácia zamestnancov. Mladí sociálni pracovníci vykonávajú svoju profesiu maximálne päť rokov a opúšťajú túto pozíciu z dôvodu nízkej mzdy, nedostatku finančných prostriedkov na zabezpečenie efektívnej sociálnej práce a z nedostatočného spoločenského uznania. V praxi sú starší pracovníci, ktorí sa etablovali na toto prostredie a majú už zabezpečené sociálne istoty. Teórie sociálnej práce poukazujú aj na prijatie opatrení na pracovnú spokojnosť zamestnancov zo strany zamestnávateľov, ktoré sú nevyhnutné na udržanie si kvalifikovanej a skúsenej pracovnej sily. Situačný model spokojnosti je odvodený od pracovných podmienok. Medzi situačné faktory patrí plat, benefity, kariérny

rast, pracovné podmienky, kvalita vzťahov na pracovisku ale aj samotná sociálna práca (Schawel, 2012).

3.1 Riziká vyplývajúce z pracovného prostredia

Pracovné prostredie je prostredie, v ktorom sa realizuje pracovné zaradenie pracovníka, je to priestor, v ktorom trávi osem hodín denne. Pracovné podmienky ovplyvňujú nielen kvalitu pracovného výkonu, ale aj naše emócie a vzťahy na pracovisku. V rámci sociálnej práce sa kladie dôraz nielen na pracovný výkon a spokojnosť s prácou, ale aj na kvalitu života sociálnych pracovníkov. Preto je nevyhnutným predpokladom zabezpečiť, zo strany zamestnávateľa, bezpečné a zdraviu prospešné pracovné prostredie ako aj celého pracovného procesu. Patria tu aj pracovné postupy a organizovanie práce.

V rámci bezpečnej organizačnej kultúry na pracovisku je nevyhnutné zohľadniť tieto rizikové faktory :

- . nekonštruktívne riešenie konfliktov na pracovisku - v tejto súvislosti je nevyhnutné vnímať riešenie konfliktov ako nástroj na obnovu narušenej vnútornej a vonkajšej rovnováhy. Pri riešení konfliktov vždy ide o vysoko individualizovaný proces, v ktorom významnú úlohu zohráva schopnosť človeka objektívne reflektovať vlastné postoje, správanie a reakcie (Popovičová, Barkasi, 2018).
- . aroganciu a agresiu na pracovisku
- . násilie zo strany klienta
- . mobbing – systematické psychické násilie na pracovisku zo strany spolupracovníkov

3.2 Riziká vyplývajúce z osobnostných charakteristík

Z hľadiska osobnostných vlastností frustrujúce situácie postihujú najmä ľudí so slabým sebavedomím. Akcent sa kladie na emocionálne a fyzické vyčerpanie. Nie sú schopní stanoviť si reálne ciele a hranice svojich možností. Zaoberajú sa myšlienkou, aký zmysel a význam má ich práca. Ich sebavedomie je závislé od hodnotenia iných a výsledky svojej práce porovnávajú s ocenením, ktoré sa im dostáva. Ocenením sa nechápe len finančné ohodnotenie ale intenzívnejšie vnímajú spoločenské a morálne ocenenie a hlavne status spoločenského postavenia v rámci svojho povolania v pomáhajúcich profesiách (Morovicsová, 2016).

Z hľadiska pohlavia sú viac ohrozené ženy. Príčinou je skutočnosť, že sa od nich očakáva jednak plnenie pracovných povinností ale aj výchova detí a vedenie domácnosti. Cítia vnútornú potrebu podať perfektný výkon v oboch oblastiach. Výskumy poukazujú na zvýšenú mieru citlivosti u žien pracujúcich v pomáhajúcich profesiách na pracovnú záťaž aj na ich nespokojnosť s finančnou odmenou a spoločenským uznaním (Morovicsová, 2016).

3.3 Psychické problémy sociálnych pracovníkov vyplývajúce z frustrácie

Psychické vyčerpanie sa prejavuje hlavne v emocionálnej oblasti. Dominujú negatívne emócie ako je pocit úzkosti, bezmocnosti, strachu, smútku a beznádeje. Pri výkone profesie dochádza k zníženej koncentrácii pozornosti a postupne sa zhoršujú aj pamäťové funkcie. Dochádza k poklesu energie a k strate motivácie pracovať (Morovicsová, 2016).

Mátel, Roman (2010), v súvislosti s prekonávaním frustrujúcich situácií, poukazujú na :

- . „psychické príznaky“ – prejavujú sa zmenou nálad, zníženou koncentráciou až útlmom a zmätenosťou, výpadkami pamäte a problémami pri rozhodovaní, návalmi zúrivosti
- . „emocionálne príznaky“ – reprezentujú hnev, bezmocnosť, pocit neistoty, paniku, úzkosť
- . „behaviorálne príznaky“ – sú to prokrastinácia (odklad povinností), plačlivosť, náhly výbuch

Výskumy poukazujú na zvýšené emocionálne vyčerpanie sociálnych pracovníkov, hlavne u starších osôb. Mladší pracovníci, podľa dostupných dát, vydržia v tejto profesii maximálne päť rokov. Preto je veľmi potrebné znižovať mieru psychickej záťaže jednak na pracovnej úrovni ale aj v osobnej oblasti. Sociálny pracovník by si mal uvedomiť, že poskytnúť odbornú pomoc klientom môže len psychicky vyrovnaný pracovník. Musí si uvedomiť svoje hranice a rezervy, pretože hlavným cieľom je spokojný klient. Je potrebné u sociálneho pracovníka realizovať sebastarostlivosť, ktorá podľa Coxa a Steinera (2013) má štyri úrovne:

- „fyzická úroveň“ – presadzuje zdravý životný štýl s dostatkom spánku a pohybu
- „psychologická úroveň“ – cieľom je vytvoriť rovnováhu medzi pracovným a súkromným voľným časom
- „emocionálna úroveň“ – je zameraná na pozitívne myslenie a pozitívne prístupy a vyjadrenie emócií
- „spirituálna úroveň“ – predstavuje formy meditácie alebo modlitby

Osobná spiritualita je dôležitým zdrojom zvládania ťažkých chvíľ pre jednotlivých sociálnych pracovníkov. Podoba prežívania spirituality je formovaná osobnou dispozíciou konkrétneho človeka. Spiritualita tvorí pre mnohých sociálnych pracovníkov významnú súčasť ich osobného i profesionálneho života. Niektorých z nich priviedla práve práca v tejto oblasti k rozvoju ich duchovného prežívania života, rozvíjaním spirituality (Noga, 2024).

Záver

Činnosť sociálneho pracovníka ako pomáhajúcej profesie je založená na profesijnej pomoci ľuďom, ktorí sa ocitli v nepriaznivej životnej situácii. Základnou črtou je ľudský vzťah medzi klientom a sociálnym profesionálom, ktorý sa angažuje celou svojou osobnosťou do pracovného procesu (Géringová, 2011). Sociálny pracovník si klientov nevyberá, jeho úlohou je pomôcť každému, kto pomoc potrebuje, bez ohľadu na národnosť, farbu pleti, či kultúru. Svojou profesionalitou pomáha klientom vytvárať rovnováhu medzi jeho krízovou situáciou a životnými potrebami.

V príspevku sme sa zamerali na zvládanie frustrujúcich situácií sociálneho pracovníka v jeho pracovnom prostredí a na riziká, ktoré z nich vyplývajú. Považovali sme za potrebné zviditeľniť a priblížiť túto problematiku a poukázať na psychické zdravie pracovníkov v pomáhajúcich profesiách pri vykonávaní ich práce s klientmi. pretože len psychicky vyrovnaní pracovníci sú schopní viesť klienta k svojpomoci a tak docieľiť jeho spokojnosť. Zadefinovali sme osobnosť, role, úlohy a poukázali sme na opodstatnenosť reziliencie sociálneho pracovníka na pracovisku.

Psychologický profil sociálneho pracovníka zohráva v jeho pracovnom prostredí veľmi dôležitú úlohu. Pracovné zaťaženie, zvládanie nepredvídateľných krízových a frustrujúcich situácií si vyžaduje pracovníka, ktorý je v psychickej rovnováhe a je psychicky stabilný.

„Nároky na osobnosť sociálneho pracovníka sú vysoké, rovnako ako očakávania klienta. Nemali by sme preto spúšťať zo zreteľa, že i pomáhajúci profesionál, nech je akokoľvek cieľavedomý, uvedomelý a zdokonaľujúci sa je „len“ človek, a ako taký má nárok na nedokonalosť“ (Oláh, Schawel, 2006, s. 61).

Literatúra

- BARKASI, D. – LECZOVÁ, D. 2019. Motivácia k voľbe študijného odboru študentov pomáhajúcich profesií. 1. vyd. Michalovce : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. v Bratislave, Ústav bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach, 2019. 90 s. ISBN: 978-80-8132-210-5.
- BRNULA, P. 2011. *Etika v sociálnej práci*. IRIS Vydavateľstvo a tlač, s.r.o., Bratislava 2011, 76 s. ISBN 978-80-89238-50-7.
- COX, K.-STEINER, S. 2013. *Self-Care in Social Work : A Guide for Practitioners Supervisors and Administrators*. Washington : NASW Press, 2013. ISBN 978-087-101 4443.
- GÉRINGOVÁ, J. 2011. *Pomáhající profese : tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha : Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-394-3.
- GREER, J. 2016. *Resilience and Personal Effectiveness for Social Workers*. SAGE. ISBN 9781473965720.
- HARRINGTON, N. 2007. *Frustration Intolerance as a Multidimensional Concept*. Journal of Rational -Emotive & Cognitive-Behavior Therapy
- HOŠEK, V. 2003. *Psychologie odolnosti*. Praha : Karolinum, 2003, 69 s. ISBN 978-80-7184.
- JÁŠKOVÁ, A. – SABOLOVÁ FABIÁNOVÁ, A. 2018. *Sociálna práca ako rizikové povolanie*. Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2018, 101 s. ISBN 978-80-555-1987-6.
- KENDEREŠOVÁ, E. 2016. Od identitárnej krízy po stratenú generáciu. In Medzi jednotlivosťou a pospolitosťou. Kam kráčaš demokracia. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, 2016, 632 s. ISBN 978-80-8152-450-9.
- LEVICKÁ, J. 2002. *Teoretické aspekty sociálnej práce*. Trnavská univerzita, 2002, 283 s. ISBN-9788089074396.
- NAKONEČNÝ, M. 2020. *Sociální psychologie*. Triton, 2020, 536 s. ISBN 978-80-7553-842-0.
- NOGA, V. 2024. Spiritualita v sociálnej a paliatívnej starostlivosti a faktory, ktoré ju ovplyvňujú. In: VANSÁČ, P. (Ed.) *Zborník z X. Medzinárodnej vedeckej konferencie, Aktuálne trendy a výzvy, problémy a dilemy v profesijnej praxi pracovníkov pomáhajúcich profesií, Michalovce 10. november 2023*, Wydawnictwo Katedry Filozofii Akademii Ekonomiczno - Humanistycznej w Warszawie, Warszawa 2024, ISBN 978-83-61087-89-2, 150 – 161 s.
- OLÁH, M. – SCHAVEL, M. 2006 . *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. 1. vyd. Prešov : Grafotlač Šoltýs, 2006. 176 s. ISBN 80-969449-9-1.
- POPOVIČOVÁ, M., –BARKASI, D. 2018. *Proces riešenia konfliktných situácií počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti*. In: *Zdravotnícke listy – vedecký recenzovaný časopis*. ročník 6, číslo 1. 2018. s. A8. ISSN 1339-3022.
- SOROKOVÁ, T. 2008. *Fragmenty psychológie*. 2008. 1.vyd. Košice : elfa TU FF, 2008, ISBN 978-80-8086-083-7.
- SVOBODA, M. 2013. *Biologie a psychologie v systému věd*. Praha : Portal, 2013. ISBN 978-80-262-0192-2.
- VÁGNEROVÁ, M. 2016. *Obecná psychologie*. Praha : Karolinum, 2016, 400 s. ISBN 978-80-2463-268-1.
- VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portal 2012, 872 s. ISBN 978-80-2620-225-7.
- VÁGNEROVÁ, M. 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 2014. Praha : Portal, 2014, 816 s. ISBN 978-8026-2069-6-5.

ŽIAKOVÁ, E. 2005. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. 2. vyd. Prešov : Akcent print, 2005. 232 s. ISBN 80-969274-2-6.

Elektronické dokumenty – monografie

BRNULA, P. 2019. *Zdravotní a sociální služby z pohledu uživatele*. Univerzita Karlova.

Dostupné na internete : [https : // dl1.cuni.cz > mod > resource > view](https://dl1.cuni.cz/mod/resource/view)

MOROVICSOVÁ, E. 2016. *Syndróm vyhorenia a možnosti jeho prevencie*. Dostupné na internete : <https://www.solen.sk/storage/file/article/975942ba9932d6de5f5c0ff1a3c0923e.pdf>

SCHAWEL, M. 2012. *Spokojnosť sociálnych pracovníkov-dôležitý predpoklad kvality poskytovanej sociálnej pomoci*. Prohuman, september 2012. [citované 2012-09-22].

Dostupné na internete : <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/spokojnost-socialnych-pracovnikov-dolezity-predpoklad-kvality-poskytovanej-socialnej-pomoci>.

SOROKOVÁ, T. 2021. *Stratégia zvládania frustrácie – obranné mechanizmy*. Aktuality: Wolters Kluwer . júl 2021. [citované 2021-07-07]. Dostupné na internete : [https : // www.director.sk > aktuality > strategie-zvladania-frustracie-obranne-mechanizmy.a-12677.html](https://www.director.sk/aktuality/strategie-zvladania-frustracie-obranne-mechanizmy.a-12677.html).

Zákony

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. 219/2014 Z.z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých

SOCIÁLNY ROZMER FILOZOFIE KARLA MARXA

THE SOCIAL DIMENSION OF KARL MARX'S PHILOSOPHY

Dana Hudáková¹

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.*

Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: hdanka819@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: PhDr. Vladimír Noga, PhD.

Abstrakt

Témou bakalárskej práce je Sociálny rozmer filozofie Karla Marxa. Táto práca sa zaoberá Marxovou filozofiou, teda Marxizmom. Zaoberá sa sociálnym rozmerom jeho myslenia a kritiku kapitalizmu. V prvej kapitole sa zaoberá najmä životom Karla Marxa, ale aj jeho mysleniu voči filozofii G. W. F. Hegla a jej vplyvu na samotného Karla Marxa. V ďalšej kapitole sme sa zaoberali základnými pojmami Marxovej filozofie, vrátane historického a dialektického materializmu, ale je tu spomenutá aj kritika kapitalizmu. V poslednej kapitole pod názvom Marxove myšlienky reflektujúce sociálnu oblasť spoločnosti analyzujeme sociálny rozmer imperializmu/globalizácie/kapitalizmu a sociálny rozmer práce vo filozofii Karla Marxa. Cieľom tejto práce je poukázať na význam filozofie Karla Marxa a jeho vplyv na spoločnosť, filozofiu, ekonomiku a politiku – nielen v jeho dobe, ale aj v súčasnosti.

Kľúčové slová

Karl Marx, filozofia, kapitalizmus, sociálny rozmer, marxizmus.

Abstract

The topic of this bachelor's thesis is the social dimension of Karl Marx's philosophy. This work examines Marx's philosophy, Marxism, focusing specifically on the social aspect of his thought and his critique of capitalism. The first chapter explores Karl Marx's life, his intellectual development, and the influence of G. W. F. Hegel's philosophy on his thinking. The second chapter analyzes the fundamental concepts of Marx's philosophy, including historical and dialectical materialism, while also addressing his critique of capitalism. The final chapter, titled Marx's Ideas Reflecting the Social Aspects of Society, examines the social dimension of imperialism, globalization, and capitalism, as well as the concept of labor in Marx's philosophy. The aim of this thesis is to highlight the significance of Karl Marx's philosophy and its impact on society, philosophy, economics, and politics—not only in his time but also in the present day.

Keywords

Karl Marx. Philosophy, Capitalism, Social dimension, Marxism.

Úvod

„Jeho meno a dielo budú žiť po stáročia!“

- Friedrich Engels

Výrok, zahrnutý do úvodu, povedal Friedrich Engels v smútočnej reči na pohrebe Karla Marxa v roku 1883 (WHEEN, F., 1999). Pri písaní bakalárskej práce som si uvedomila, že F. Engels mal pravdu.

Témou mojej bakalárskej práce je sociálny rozmer filozofie Karla Marxa. Touto témou chceme poukázať na dôležitosť jeho filozofie vo svete. Cieľom bakalárskej práce je analyzovať sociálny rozmer filozofie Karla Marxa a jeho vplyv na spoločnosť, filozofiu, ekonomiku a politiku.

Filozofiu chápeme, ako disciplínu, zaoberajúcu sa otázkami, ktoré sú základne pre existenciu, myslenie a bytie ľudstva. Filozofia má za cieľ skúmať a analyzovať riadenie sveta a ľudské myslenie. Teda filozofia nám pomáha myslieť kritickejšie a lepšie porozumieť nášmu okolitému svetu.

V prvej kapitole sme sa zaoberali osobným životom Karla Marxa, aké bolo jeho detstvo, štúdium, osobný život, ktorý prežíval a veľmi dôležité bolo podotknúť aj ako vplývala Heglova dialektika na Karla Marxa. V druhej kapitole s názvom Filozofia Karla Marxa sme začali so základnými pojmami Marxovej filozofie, nasledovala Marxova antropológia, dialektický a historický materializmus a kritika kapitalizmu. Tretia a zároveň posledná kapitola, ktorá niesla názov Marxove myšlienky reflektujúce sociálnu oblasť spoločnosti obsahovala sociálne rozmery imperializmu, globalizácie, kapitalizmu a nakoniec sociálny rozmer práce vo filozofii Karla Marxa.

Ciele nášho výskumu

- analyzovať sociálny rozmer filozofie Karla Marxa a jeho vplyv na spoločnosť, filozofiu, ekonomiku a politiku.
- informovať o kľúčových konceptoch jeho filozofie ako napríklad dialektický materializmus, historický materializmus, triedny boj, kritika kapitalizmu a podobne.

Život a dielo Karla Marxa

V nemeckom meste Trevír na brehu rieky Mosel, sa 5. mája 1818 narodil Karl Marx. Mesto Trevír bolo administratívnym centrom Moselského kraja. Bol to kraj, ktorý bol chudobný na priemysel. V tomto meste žilo približne 12 000 obyvateľov. Založené bolo ešte za čias Rimanov (Gemkow, H. a kol., 1968).

Karl Marx sa narodil v izbe na hornom poschodí na Bruckerasse 664, bola to rušná ulica, ktorá viedla smerom dole k rieke. Túto budovu si prenajal jeho otec, len mesiac pred jeho narodením a odsťahovali sa keď mal Karol Marx 15 rokov. V roku 1928 tento jeho rodný dom kúpila Nemecká sociálnodemokratická strana a od tej doby tento dom slúži ako múzeum venovaný jeho životu a tej dobe (Wheen, F., 1999).

Pre rodičov Karla Marxa, Heinricha a Henrietu bol Karl najobľúbenejším dieťaťom, veľmi ho milovali. Predovšetkým ho miloval jeho otec Heinrich. Aj napriek tomu, že sa ich potomstvo rozrastalo bol Karl najobľúbenejším členom rodiny. Jeho matka ho prezývala „šťastenkou“ pretože všetko čo chytil do rúk sa mu podarilo. Heinrich Marx často rozprával o tom, ako je jeho syn nadaný a prial si aby Karl pokračoval v jeho šľapajach a stal sa uznávaným právnikom

a právnym znalcom a aby bol v širokom okolí najlepším obhajcom humanity a rozumu (Gemkow, H. a kol., 1 968).

Okrem zvyku, že Karl Marx nútil svoje sestry jesť koláče z blata sa veľa nevie o jeho ranom detstve (Wheen, F., 1 999). Karl pri svojich súrodencov prežíval pekné detstvo, rád robil svojim sestrám zle, niekedy im aj trocha ubližoval. No Karl si svojou povahou hneď dokázal každého získať a hneď mu sestry dokázali odpustiť, keď im Karl rozprával pekné príbehy (Gemkow, H. a kol., 1 968).

Rodina Marxovcov nepoznala, aké to je žiť v biede. Jeho otec Heinrich Marx vlastnil niekoľko vinohradov. Bol to prosperujúci člen strednej vzdelanej vrstvy (Wheen, F., 1 999).

Vypracoval sa po ťažkej mladosti až na advokáta. Svojej manželke Henriete a svojim deviatim deťom doprial blahobytný život. Henrieta Marxova od roku 1 815 až do roku 1 826 dala život piatim dcéram a štyrom synom. Karol sa stal najstarším synom rodiny po tom čo jeho starší brat Móric Dávid zomrel v roku 1 819, len rok po Karlovom narodení (Gemkow, H. a kol., 1 968).

Štúdium Karla Marxa

Vyzerá to tak, že Karol Marx dostával súkromné vzdelávanie až do roku 1 830, potom nastúpil na súkromné gymnázium. Riaditeľom tohto gymnázia bol dobrý kamarát jeho otca Hugo Wyttenbach (Wheen, F., 1 999).

Jeho spolužiaci boli deti buržuov a pracovníkov na úrade, no našli sa medzi nimi aj deti obyčajných rodičov, teda roľníkov a remeselníkov (Gemkow, H. a kol., 1 968). Týchto svojich spolužiakov Karl nazýval ako takzvaných truľov z vidieku. Keďže väčšina učiteľov boli liberálni humanisti, tak sa týchto truľov snažili scivilizovať (Wheen, F., 1 999). Spolužiaci Karla mali radi, ale sčasti sa ho aj báli, pretože písal satirické verše a v nich zosmiešňoval svojich nepriateľov. Neskôr o tom rozprávala aj jeho dcéra Eleonóra v „Spomienkach na rozprávanie jej rodičov a príbuzných“ (Gemkow, H. a kol., 1 968).

Marx mal v škole dobré známky, bol pozorným a vnímavým žiakom. V roku 1 835, konkrétne v septembri mal maturitné skúšky, ktoré zvládol bez ťažkostí. Skúšobná komisia na maturitných skúškach preniesla že Karol Marx „Má dobré predpoklady v stredovekých jazykoch, v nemčine a v dejepise preukazoval veľmi uspokojivú, v matematike uspokojivú a vo francúzštine iba malú usilovnosť.“ Skúšobná komisia ho teda odporučila, aby ďalej študoval na vysokej škole „v nádeji, že splní priaznivé očakávania, na ktoré má predpoklady“ (Marxovo maturitné vysvedčenie In Gemkow, H. a kol., 1 968, s. 44).

Otec Karla Marxa Heinrich chcel aby sa z neho stal právnik a tak v roku 1 835 konkrétne v októbri odplával po Moseli a Rýne do Bonnu a na otcovo želanie začal so štúdiom práva na Právnickej fakulte univerzity (Gemkow, H. a kol., 1 968).

Mesto Bonn nebolo o nič väčšie ako mesto Trevír, v ktorom sa Karl narodil a vyrastal v ňom. No malo univerzitu, ktorá ho ovplyvňovala. Túto univerzitu navštevovalo niečo okolo 700 študentov. Univerzita urobila z mesta Bonn duchovné stredisko pruskej rýnskej provincie. V meste Bonn a tak isto aj v celom Nemecku boli pre duchovný život ťažké časy (Gemkow, H. a kol., 1 968).

Do štúdia sa Karl púšťal s nadšením a plný motivácie. Prihlásiť sa chcel až na deväť prednášok, väčšina z nich bola zameraná na právo, ale vybral si aj prednášky o dejinách literatúry, kultúry a umenia. Jeho otec mu na to napísal: „Deväť študijných predmetov sa mi zdá trochu veľa a nechcel by som, aby si robil viac, ako to fyzicky i duševne vydržíš. Ak to však zvládneš, nech

je po Tvojom. Pole poznania je neobmedzené, a čas je krátky.“ (Ludwig Feuerbach P. J. Anselmovi von Feuerbachovi In Gemkow, H. a kol., 1 968, s. 47).

Karl však po nejakom čase prišiel na to, že väčšina z týchto prednášok ho neuspokojuje. Niektoré z prednášok teda dokonca obmedzil a začal sa so samoštúdiom (Gemkow, H. a kol., 1 972).

Podľa Karlovho otca Heinricha na Karla zle vplývala univerzita v Bonne, pretože Karl začal s užívaním si školského života na univerzite až príliš a to tým, že hodoval alkohole a dokonca sa aj pripojil k skupine básnikov a v ich básniach sa pravdepodobne skrýval aj politický zámer. V auguste 1 836 mal mať Karl súboj s nejakým potomkom zo šľachtickej rodiny a to Heinricha Marxa dospelo k rozhodnutiu, že Karl bude pokračovať na so štúdiom na univerzite v Berlíne. V októbri roku 1 836 sa Karl vydal pokračovať v štúdiu v Berlíne. Tam mu cesta dostavníkom trvala päť dní. Karl ako aj na univerzitu do Bonnu, tak aj na túto univerzitu prišiel plný motivácie s tým, že chce poctivo študovať a pracovať. Berlín bol veľkomestom, kde žilo približne tristo tisíc obyvateľov a na univerzite tam študovalo trikrát viac študentov ako v Bonne (Gemkow, H. a kol., 1 972).

Bol koniec októbra roku 1 836 a Karl bol imatrikulovaný na právnickej fakulte v Berlíne. Pred začiatkom štúdia si Karl prenajal v Berlíne aj izbu na adrese Mittelstrasse č. 61. Musel absolvovať aj povinné návštevy u priateľov jeho otca Heinricha. Karl sa zapísal na tieto tri prednáškové cykly: antropológia, trestné právo a dejiny rímskeho práva. Už od začiatku sa v Berlíne sústredil hlavne na samoštúdium. Postupom času sa čoraz viac zaujímal o filozofiu a tak právo ustupovalo čoraz viac do úzadia. V tomto období sa začal Marxov záujem o svetonázor a ten mu priniesol základy pre jeho vedeckú prácu a pre jeho politické názory (Gemkow, H. a kol., 1 972).

V Berlíne mu už veľmi chýbala jeho Jenny, ktorá na neho čakala doma v meste Trevír. V osemnástich rokoch začal písať básne, v ktorých dával najavo svoje pocity a náladu, väčšina z týchto básni bola venovaná práve Jenny. Z týchto básni poznať, že Marx sa v tej dobe zaujímal o nemeckú ľudovú pieseň a bolo vidno, že poznal lyriku od Heinricha Heineho a Adebelberta von Chamissa (Gemkow, H. a kol., 1 972).

V tomto čase (rok 1 837) si už Karl začal osvojovať Hegelovu filozofiu. Patril medzi ľudí, ktorí zmýšľali ako on. Dostal sa aj do istého doktorského klubu, kde patrili ľudia, ktorí boli aj starší ako on, napríklad súkromní docenti, potom Dr. Rutenberg, ktorý bol Marxov priateľ z Berlína. V tomto klube vládla vtipnosť a navštevovali ho bojovný mladí ľudia. V tomto klube sa vždy diskutovalo o ohodnotili sa v ňom najvýznamnejšie diela tej doby. Ako napísal Gemkow (1 972, s. 59) „Tento klub zásoboval pokrokové noviny a časopisy duchovnými zbraňami.“ Z týchto novín čerpal aj Dr. Bruno Bauer na svoje prednášky. Bauer bol od Marxa starší o deväť rokov, ale to im nebránilo v tom byť dobrými priateľmi a preberať spolu všetky problémy tej doby a tak isto aj osobné veci. Marx bol členom tohto klubu až roku 1 841, do skončenia univerzitných štúdií (Gemkow, 1 972).

Marx síce najprv študoval práva, ale neskôr sa začal zaujímať už iba o filozofiu a tak pokračoval v jej štúdiu na akadémii v Berlíne (Marx, K., Engles, F., 1 978).

„Roku 1 842 sa už pripravoval na habilitáciu ako docent filozofie“ ako sa o tom píše v knihe od K. Marxa a F. Englesa (1978, s. 30).

Osobný život

Na gymnáziu, ktoré Karl navštevoval spoznal aj Edgara von Westphalena, ktorý od neho bol mladší, toto ich priateľstvo trvalo až do smrti. Ich priateľstvo nebolo vôbec náhodne, ich otcovia sa poznali už dávnejšie. Edgarov otec Ludwig von Westpalen bol vládny radcom. Bol to veľmi vzdelaný muž, ktorý bol nasiaknutý liberálnymi myšlienkami. Marxovci bývali len pár minút od domu von Westphalenovcov. Deti z oboch rodín boli priatelia a často sa stretávali pri rôznych aktivitách. Žofia (Karlova sestra) bola veľmi dobrá kamarátka Jenny von Westphalenevej, ktorá od nej bola len o dva roky staršia. Medzi Karlom a Jenny sa nakoniec vytvoril dôverný vzťah. Karl bral Ludwiga von Westphalena ako svojho druhého otca. Ludwig Karlovi otváral brány nie len do sveta v literatúre, ale aj v sociálnych otázkach. Karla vždy zaujímal ako Ludwig rozprával o biede, keďže Karl biedu videl okolo seba po ceste do školy, vedel aká bieda sa skrýva v uliciach Trevíru (Gemkow, H. a kol., 1 972).

Jenny celým menom Johanna Bertha Julie Jenny von Westphalen sa v roku 1 836 zasnúbila s Karlom a tak sa stala jeho prvou a zároveň poslednou manželkou. Svojim rodičom to Karl oznámil hneď, ale keďže Karl bol o štyri roky mladší od Jenny a jej otec by si toto zasnúbenie určite neželal, tak jej rodičom to oznámili až rok po zasnubách (Wheen, F., 1 999). Jenny prezývali aj ako „kráľovnú bál“, v meste Trevír bola považovaná za najkrajšie dievča. Karlov otec Heinrich pripravoval otca svojej nevesty na rozhovor o zasnubách, to sa mu aj podarilo, lenže sám Heinrich sa chcel najprv presvedčiť o tejto láske (Gemkow, H. a kol., 1 972).

V roku 1 837, konkrétne v decembri bol Karlov otec Heinrich už vážne chorý. Postihla ho tuberkulóza a tak Heinrich Marx opustil tento svet v máji roku 1 838, mal iba päťdesiatšesť rokov. No jeho syn Karol Marx, mal búrlivé obdobie a tak sa nedostavil ani na pohreb svojho vlastného otca, odvetil len, že taká dlhá cesta by mu bránila venovať sa dôležitým veciam v jeho živote. Po Heinrichovej smrti Karl prišiel o príjem peňazí od svojho otca, no uľavilo sa mu, že už na neho nikto netlačí so štúdiom práva (Wheen, F., 1 999).

Heglova filozofia a jej vplyv na Karla Marxa

G. W. F. Hegel sa narodil sa v Stuttgarte v roku 1 770. Vyštudoval filozofiu v Tubingenskom učilišti. Neskôr pôsobil ako domáci učiteľ a prednášal v Jene. Počas svojho pôsobenia získal uznanie, čo viedlo k tomu že ho povolali do Berlína, tam sa stal známym ako „pruský štátny filozof“. Za svoj život sa venoval širokému spektru tém, vrátane filozofie práva, umenia, náboženstva, dejín a dejín filozofie. Heglov štýl formulovania myšlienok bol často nejasný a jazykovo náročný. Jeho vyjadrovanie sa vyznačovalo drsnosťou a určitým didaktickým suchopárstvom. Ako mysliteľ bol považovaný za rozvážneho a dôsledného, trvalo mu veľmi dlhý čas, kým sa jeho myšlienky dostali k čitateľom, pretože chcel aby boli dostatočne vyzreté. Náhle zomrel na choleru v roku 1 831 (Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o.)

Karl Marx aj Friedrich Engels vnímali Heglovu filozofiu za najkomplexnejší a najhlbší systém učenia o vývine, považujúci za vrcholný prínos filozofie v Nemecku. Ostatné filozofické smerovania trpeli podľa nich jednostrannosťou a skresľovaním skutočného procesu vývoja v spoločnosti aj v prírode (V. I. Lenin, 1 972).

Hegel bol prvým človekom, ktorý porozumel svetu – ľudskej spoločnosti, zmýšľaniu aj prírode. Pochopil, že to je proces, ktorý trvá neustále, vždy sa v ňom niečo deje, je to vznik niečoho nového a prekonanie toho staršieho (Marx, K., Engels, F., Lenin, V. I., 1 979). Karla Marxa ku Heglovi ako spomína Gemkow (1 972, s. 56) vo svojej knihe „priviedol vášnivý zápas so

svetonázorovými a politickými problémami jeho doby.“ Vďaka Heglovej dialektike sa mu podarilo „pochopiť dejiny ako vývinový proces neustálych prevratných zmien od nižšieho k vyššiemu.“ (Gemkow, 1 972, s. 60).

Záver

Vďaka jeho myšlienkam a filozofii pomohol ľuďom lepšie a ekonomickejšie myslieť, pretože poukazoval na to, že bohatstvo a moc nie sú rozdelené medzi ľuďmi rovnomerne. Aj v dnešnej dobe jeho myšlienky stále zostávajú relevantné. Podľa Kenderešovej (2018) v celej intelektuálnej tradícii ľudstva nachádzame snahy jedincov k ich vlastnému uznaniu, uznaniu ich myšlienok a ich tvorby. Toto racio vychádza z ľudskej prirodzenosti, dôstojnosti a idey základných ľudských práv a slobôd. Týmto chceme poukázať na dôležitosť zistenia, že i v dnešnej dobe je stále marxizmus veľkým prínosom do našej spoločnosti a tak jeho filozofia zostáva aj naďalej ako veľká časť dedičstva pre ľudí aj do budúcnosti.

Hlavnou témou mojej bakalárskej práce bolo analyzovať sociálny rozmer filozofie Karla Marxa, a kľúčové koncepty jeho filozofie ako napríklad dialektický materializmus, historický materializmus, triedny boj, kritika kapitalizmu a podobne.

Literatúra

GEMKOW, H. a kol. 1 972. Životopis Karola Marxa. I. vydanie. Bratislava. 1 972. Nakladateľstvo Pravda.

KENDEREŠOVÁ, E.: *Hodnota základných ľudských práv a slobôd v kontexte vývoja dnešnej spoločnosti*. In: *Vymožiteľnosť práva v kontexte vývoja spoločnosti – právne, historické a politologické východiská a problémy aplikačnej praxe*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2017, 185-193 s. ISBN: 9788081524929. Projekt: VVGS UPJŠ 2016-272.

LUDWIG FEUERBACH P. J. ANELMOVI VON FEUERBACHOVI In GEMKOW, H. a kol., 1 972. Životopis Karola Marxa. I. vydanie. Bratislava. 1 972. Nakladateľstvo Pravda. s. 47

MARXOVO MATURITNÉ VYSVEDČENIE In GEMKOW, H. a kol. 1 972. Životopis Karola Marxa. I. vydanie. Bratislava. 1 972. Nakladateľstvo Pravda. s. 44

WHEEN, F. 2 001. Karl Marx. Bratislava. Vydavateľstvo Slovart. ISBN 80-7145-541-5.

V. I. LENIN, 1 972. Čítanka Marxistickej filozofie. II. Vydanie. Bratislava. 1 972. Nakladateľstvo Pravda.

MARX, K., ENGLRS, F. 1 978. Vybrané spisy v piatich zväzkoch. Zväzok 4. Bratislava. Nakladateľstvo pravda.

MARX, K., ENGLRS, F., LENIN, V. I., 1 979. K filozofickým otázkam. II. Rozšírené vydanie. Praha. 1 979. Nakladateľstvo Sloboda.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Dialektický panlogistický idealizmus G W F Hegela. [online]. [cit. 2025-01-15] Dostupné na: <https://www.vssvalzbety.sk/userfiles/11Hegel.doc>

ROZVOD MANŽELSTVA A JEHO DÔSLEDKY NA RODINU

DIVORCE AND ITS IMPACT ON THE FAMILY

Jakubiková Magerovská Jana

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

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: jankajm17@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: Mgr. Elena Kenderešová, PhD.

ABSTRAKT

Táto bakalárska práca sa zameriava na problematiku rozvodu a jeho vplyv na rodinu, pričom analyzuje sociálne, emocionálne, ekonomické a právne aspekty tohto fenoménu. Rozvod má rozsiahle dôsledky nielen na manželský pár, ale najmä na deti. Hlavným cieľom práce je preskúmať príčiny rozvodov v modernej spoločnosti a identifikovať ich vplyv na jednotlivých členov rodiny, so zameraním na dopady na deti. Prvá časť práce sa venuje teoretickým východiskám manželstva a rozvodu. Nasledujú kapitoly zamerané na právne aspekty rozvodu na Slovensku, sociálne a psychologické dôsledky rozvodu na manželov a deti, ako aj možnosti podpory rodín počas rozvodu. Práca zdôrazňuje význam preventívnych opatrení a poskytovania podpory rodinám s cieľom zmierniť negatívne následky rozvodu.

Kľúčové slová

rozvod, rodina, deti, právne aspekty, sociálne dôsledky.

ABSTRACT

This bachelor's thesis focuses on the issue of divorce and its impact on the family, analyzing the social, emotional, economic, and legal aspects of this phenomenon. Divorce has far-reaching consequences not only for the married couple but especially for the children. The main objective of the thesis is to examine the causes of divorce in modern society and identify their impact on individual family members, with an emphasis on the effects on children. The first part of the thesis deals with the theoretical foundations of marriage and divorce. The following chapters focus on the legal aspects of divorce in Slovakia, the social and psychological consequences of divorce for spouses and children, as well as the possibilities of supporting families during divorce. The thesis emphasizes the importance of preventive measures and providing support to families to mitigate the negative consequences of divorce.

Keywords

divorce, family, children, legal aspects, social consequences.

ÚVOD

Rozvod je dnes čoraz bežnejšou súčasťou spoločenského života a dotýka sa mnohých rodín. Rozpad manželstva nepredstavuje len ukončenie právneho zväzku dvoch ľudí, ale zasahuje do všetkých oblastí ich života – mení sa ich sociálne postavenie, finančná situácia, psychická

pohoda a často sa narušia aj vzťahy s deťmi a širšou rodinou. Práve deti bývajú tými, ktorí rozvod rodičov prežívajú najťažšie, a jeho dôsledky si neraz nesú až do dospelosti. Rozvod je jedna z legálnych foriem rozpadu manželstva, patrí medzi negatívne demografické javy z hľadiska reprodukcie obyvateľstva a formovania rodiny. Rodina predstavuje základ našej spoločnosti a rozvod manželov je rizikovým faktorom ovplyvňujúcim najmä zdravý a psychický vývoj dieťaťa (Barkasi, 2016, s. 44)

Rozvodové konanie býva pre manželov psychicky vyčerpávajúce a môže vyvolávať konflikty, najmä pri riešení starostlivosti o deti, výživného či delenia majetku. Preto je dôležité nielen poznať právne postupy, ale hľadať aj také spôsoby riešenia sporov, ktoré pomáhajú zmierniť napätie a uľahčiť situáciu všetkým zúčastneným. Veľký význam má v tomto smere mediácia, dohody medzi partnermi a odborná podpora pre rodiny, ktoré rozvodom prechádzajú. Podľa Kenderešovej (2020) pozícia a rozhodnutia každého jedinca sú determinované jeho intelektuálnym vývojom v kategóriách vôle a rozumu. Odvíja sa to aj v ochote človeka riešiť vzniknuté problematické situácie, nachádzať riešenia smerujúce ku konsenzu a kompromisu, voliť aj alternatívne riešenia.

Cieľom tejto práce je priblížiť, ako rozvod ovplyvňuje životy manželov, detí i celej rodiny, aké sú jeho najčastejšie príčiny a akým spôsobom sa u nás právne rieši. Zároveň sa zameriavame na to, aké možnosti existujú na predchádzanie zbytočným konfliktom a ako rodinám v tomto ťažkom období pomôcť, aby následky rozvodu boli čo najmenej bolestivé, najmä pre deti.

Manželstvo a rozvod ako spoločenský fenomén

Na úvod danej témy považujeme za potrebné vymedziť ako prvé pojem manželstva. Ústava Slovenskej republiky definuje manželstvo ako „*jedinečný zväzok medzi mužom a ženou*“. Niekedy sa manželstvo slúžilo na akúsi stabilizáciu rodiny, no v dnešnej dobe sa pohľad na manželstvo mení a to vplyvom rôznych faktorov, ako je napríklad rastúci počet rozvodov. Ak sa pozrieme na manželstvo z pohľadu dnešnej doby, mnoho ľudí ho vníma vo väčšej miere ako osobnú voľbu než nutnosť ako kedysi.

Niekedy bol rozvod veľmi tabuizovaný, no v dnešnej dobe o ňom môžeme hovoriť ako o prijateľnom riešení v prípade problémov, ktoré nastanú v manželstve. V dnešnej modernej spoločnosti môžeme o rozvode hovoriť ako o oprávnenej ceste k ukončeniu manželstva, ktoré nebolo vydarené.

Nakoľko sú to dva potrebné faktory, aby výchova detí prebiehala v ideálnych podmienkach. Je nutné podľa môjho názoru zdôrazniť, že „*manželstvo vzniká na základe dobrovoľného a slobodného rozhodnutia snúbencov uzavrieť manželstvo po splnení podmienok ustanovených v zákone o rodine*“ (Luprichová P., Poláčková S., 2016 s.24).

Je niekoľko podmienok, ktoré sú dôležité na uzavretie manželstva. Nakoľko v platnej právnej úprave nie je inštitút zasnúbenia zahrnutý, považujeme ho za nepoznaný. Manželstvo môže vzniknúť, len na základe splnenia všetkých podmienok, ktoré sú nariadené zákonom. Medzi tieto podmienky zaradíme nasledovné:

- Hlavnou podmienkou uzavretia manželstva je dovŕšenie plnoletosti, s výnimkou, kedy osoba, ktorá plnoletosť nedosiahla môže manželstvo uzavrieť, no je potrebný súhlas, ktorý je vydaný súdom Slovenskej republiky,
- Manželstvo je zakázané medzi osobami príbuznými,
- Manželstvo možno uzavrieť dvoma spôsobmi a to, pred orgánom štátu alebo pred orgánom cirkvi ktorá je registrovaná,

- Osoby, ktoré idú uzavrieť manželstvo musia byť opačného pohlavia,
- Obaja zo snúbencov musia mať právnu spôsobilosť na vykonávanie právnych úkonov,
- Taká osoba, ktorá je už v inom manželstve, nie jej právne dovolené uzavrieť nové manželstvo,
- Manželstvo sa nemôže uzavrieť s osobou, ktorá trpí duševnou poruchou a spôsobilosť na právne úkony u nej môže byť obmedzená (Vojčák P., Budrová A., a kol, 2022).

Rozvod manželstva v Slovenskom právnom systéme

Navzdory tomu, že v slovenskom právnom systéme, konkrétne v zákone o rodine (č.36/2005 Z.z.) sa dáva prednosť manželstvu, ktoré je celoživotné, avšak jedine v takých prípadoch, ktoré sú opodstatnené umožňuje jeho zánik a to prostredníctvom rozvodu (Cirák, Gandžalová). Rozvod predstavuje jediný platný spôsob ako neodvratne ukončiť manželstvo a to za života oboch manželov. V prípade, že súd musí dosiahnuť záver vo svojom rozhodnutí rozviesť manželstvo, racionalita tohto určenia je definovaná dvoma hmotnoprávnymi dôvodmi, ktoré sú ustanovené v paragrafe 23 ods. 1 ZoR:

- Manželstvo už neplní svoju funkciu
- Znovuobnovenie manželského spolunažívania nie je pravdepodobné (Bános, Košutová s. 64-65)

Ak nastane dôvod na rozvod, pre prípad, že vzťahy medzi manželmi sú už dlhotrvajúco rozvrátené jeden z manželov má možnosť podať žiadosť o rozvod. V takomto prípade, je povinnosťou súdu získať informácie o pravdepodobných dôvodoch, ktoré viedli k takémuto rozhodnutiu. (zákon o rodine paragraf 24 a 25). Nakoľko v našom právnom poriadku je prijateľný rozvod manželstva jedine na základe súdu, v tomto prípade nie je prípustný na základe mimosúdnej dohody. Aj pre prípad, že manželia nemajú deti, nie je umožnená dohoda o rozvode ani počas už konajúceho sa súdneho konania.

Neuskutočňuje sa proces na zmierenie medzi manželmi pred začatím súdneho konania, no pre prípad, ak by to malo zmysel a situácia by to umožňovala, v takomto prípade je možné zo strany súdu navrhnúť pokus o zmierenie manželov prostredníctvom mediácie. V súvislosti s konaním týkajúceho sa rozvodu manželov, je úzko prepojené tiež aj konanie o rodičovských právach a povinnostiach po rozvode, nakoľko nie je prípustné pri rozhodnutí o rozvode manželstva vynechať úpravu pomerov medzi rodičmi a deťmi po rozvode. Návrh na rozvod manželstva môže podať len jeden z manželov a súdu neumožňuje rozvedenie manželstva bez návrhu, a to aj prípade, že boli zistené trvalo nenavrátiliteľné okolnosti. Ak dôjde k podaniu na rozvod manželstva v tejto chvíli vzniká povinnosť uhradiť poplatky s ním spojené.

Starostlivosť o deti po rozvode

Starostlivosť o deti po rozvode sama o sebe predstavuje jednu z kľúčových oblastí, ktoré je nevyhnutné právne usporiadať v rámci rozvodového konania. Rozvodom nezanikajú rodičovské práva a povinnosti, no je potrebné nové nastavenie vzťahov a taktiež zodpovedností voči deťom, ktoré sú maloleté. Prioritou právnej úpravy je dohliadnuť nato, aby boli zabezpečené najlepšie záujmy detí, berieme do úvahy psychické, fyzické i emocionálne potreby.

Zákon o rodine hovorí, že dieťa môže byť súdom zverené „do spoločnej osobnej starostlivosti obidvoch rodičov, do striedavej osobnej starostlivosti obidvoch rodičov alebo do osobnej starostlivosti jedného z rodičov, kto ho bude zastupovať a spravovať jeho majetok (305/2006 Zákon o rodine). Úpravu výkonu rodičovských práv a povinností je možné nahradiť dohodou

rodičov, ktorá však musí byť schválená súdom, aby bola vykonateľná. Súd je povinný zároveň s určením starostlivosti o dieťa určiť výšku výživného alebo pristúpiť na výšku, na ktorej sa rodičia dohodli. Súd musí záväzne rešpektovať právo, že maloleté dieťa má právo udržiavať vzťah s oboma rodičmi, pričom rozhodovanie o jeho starostlivosti sa vždy riadi najlepším záujmom dieťaťa. Pri tomto rozhodovaní sa zohľadňujú predovšetkým jeho citové väzby, vývinové potreby a zabezpečenie stability v budúcom výchovnom prostredí.

Striedavá osobná starostlivosť

Do slovenského rodinného práva bol zavedený inštitút striedavej osobnej starostlivosti o maloleté dieťa a to prostredníctvom novely zákona o rodine (zákon č. 217/2010 Z. z. ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 36/2005 Z.z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov), ktorý nadobudol účinnosť 1. júla 2012. Cieľom danej úpravy bolo zavedenie systému striedavej starostlivosti po rozvoze rodičov do praxe slovenských súdov. Striedavá starostlivosť zabezpečuje dieťaťu vyvážený kontakt s oboma rodičmi, znižuje traumatizáciu u detí po rozvoze, podporuje citovú stabilitu dieťaťa a jeho zdravý psychický vývoj. Tento model starostlivosti nie je novinkou – úspešne ho využívajú viaceré krajiny už dlhší čas (Filadelfiová J., 2016).

Podľa nášho názoru, môže byť tento druh starostlivosti prospešný avšak len v prípade, ak rodičia sú schopní spolupracovať na vytvorení stabilných podmienok a vhodnom prostredí, ktoré je podporné pre dieťa. Môže to byť veľmi náročné no taktiež aj prínosné, všetko závisí od daných okolností. Ak sú dané podmienky vytvorené tak, že sa berie ohľad na potreby dieťaťa a rodičia majú snahu spolupracovať môže to mať pozitívny vplyv na dieťa. Je potrebné počítať aj s opačnou situáciou, kedy chýba vzájomná komunikácia medzi rodičmi alebo nie sú pripravení na takúto spoluprácu, v takomto prípade je viac ako jasné, že sa dostavia negatívne dôsledky.

Poznáme niekoľko podmienok, ktoré musia byť splnené pri zverení dieťaťa do striedavej osobnej starostlivosti, tieto podmienky sú v zákone vymedzené nasledovne:

- Je potrebné aby obaja rodičia boli schopní zabezpečiť výchovu dieťaťa
- Aspoň jeden z rodičov musí prejaviť záujem o striedavú starostlivosť, pričom súd zisťuje, či daný model výchovy je v záujme dieťaťa
- Striedavá starostlivosť nie je povinnosťou, čo znamená, že súd o nej môže ale aj nemusí rozhodnúť
- Súd pri rozhodovaní zohľadňuje vek dieťaťa, citové väzby s rodičmi, vývinové potreby i stabilitu prostredia. Všetky tieto atribúty musia byť v záujme dieťaťa
- V prípade striedavej starostlivosti, budú potreby dieťaťa lepšie uspokojené (Ustanovenie §24, Zákona č.36/2005 Z.z., Zákona o rodine.)

Striedavá starostlivosť teda znamená, že dieťa trávi určitý čas, taký ktorý je predom určený striedavo s každým z rodičov. Podľa nášho názoru ide o najlepší spôsob riešenia starostlivosti o dieťa po rozvoze, nakoľko na výchove dieťaťa sa majú možnosť podieľať obaja rodičia. Avšak za prípadu, že obaja z rodičov bývajú na takom mieste, kedy dieťa bude môcť dochádzať do tej istej inštitúcie a nebude ju musieť opakovane meniť.

Výživné

Po rozvode manželov vznikajú rôzne právne a finančné otázky, ktoré sa týkajú predovšetkým detí a ich potreby zabezpečenia výživy a životných podmienok. Výživné je jedným z kľúčových prvkov v súvislosti s rodičovskou zodpovednosťou a zabezpečením detí, keď jeden z rodičov alebo obaja neplnia svoje povinnosti v plnom rozsahu. V tejto podkapitole sa budeme zaoberať výživným po rozvode, jeho právnymi rámcami, faktormi, ktoré ovplyvňujú jeho výšku, a postupom pri jeho určovaní a vymáhaní. Hlavným právnym predpisom, ktorý reguluje vyživovaciu povinnosť rodičov voči deťom, je Zákon o rodine. Základ tejto povinnosti voči maloletým deťom je uvedený v rámci výpočtu rôznych zložiek rodičovských práv a povinností v § 28 ods. 1 písm. a) Zákona o rodine.

„Plnenie vyživovacej povinnosti rodičov k deťom je ich zákonná povinnosť, ktorá trvá do času, kým deti nie sú schopné samé sa živiť. Obaja rodičia prispievajú na výživu svojich detí podľa svojich schopností, možností a majetkových pomerov. Dieťa má právo podieľať sa na životnej úrovni rodičov. Každý rodič bez ohľadu na svoje schopnosti, možnosti a majetkové pomery je povinný plniť svoju vyživovaciu povinnosť v minimálnom rozsahu vo výške 30 % zo sumy životného minima na nezaopatrené neplnoleté dieťa alebo na nezaopatrené dieťa podľa osobitného zákona“ (Zákon č. 36/2005 Z.z. Zákon o rodine). Vyživovacia povinnosť predstavuje takú povinnosť, ktorá je zákonom predpísaná a spočíva v zabezpečení výživy alebo životných potrieb iným členom rodiny (Madej, 2013).

Zákon o rodine predpokladá, že rodičia plnia svoju vyživovaciu povinnosť dobrovoľne, z toho dôvodu nie je nutné ju stanoviť prostredníctvom súdneho rozhodnutia. Povinnosť určiť výšku výživného súdom je však nevyhnutné v prípade rozvodu manželstva, ak manželia majú maloleté deti (Ustanovenie § 24 ods. 1 Zákona o rodine). V iných prípadoch súd rozhoduje o výživnom len vtedy, ak je plnenie vyživovacej povinnosti narušené, teda ak jeden z rodičov výživné neplní dobrovoľne, bez ohľadu na to, či rodičia sú alebo nie sú manželmi. Ak je vyživovacia povinnosť plnená dobrovoľne, neexistuje dôvod pre zásah štátu prostredníctvom autoritatívneho rozhodnutia súdu.

Mediácia ako alternatívny spôsob riešenia rozvodových sporov

Rozvod je náročný a často komplikovaný proces, ktorý výrazne ovplyvňuje všetky zúčastnené strany, najmä deti a rodinné vzťahy. Tradičné právne postupy s ním spojené môžu byť zdĺhavé a emočne vyčerpávajúce, čo ešte viac prehľbuje napätie medzi bývalými partnermi. Práve preto sa čoraz viac diskutuje o alternatívnych spôsoboch riešenia konfliktov, medzi ktoré patrí aj mediácia.

Mediácia predstavuje efektívny nástroj na zmiernenie negatívnych dôsledkov rozvodu. Umožňuje bývalým partnerom dospieť k dohode o kľúčových otázkach, ako je starostlivosť o deti, rozdelenie majetku či ďalšie dôležité aspekty, bez nutnosti zdĺhavého a často konfliktného súdneho konania. Vďaka mediácii môžu partneri riešiť svoje nezhody v prostredí, ktoré podporuje vzájomný rešpekt a porozumenie, čím sa znižuje napätie a zlepšuje komunikácia.

V Slovenskej republike je mediácia ukotvená v zákone č. 420/2004 Z.z. o mediácii. Tento zákon zahŕňa organizáciu, základné princípy a taktiež aj aké sú účinky mediácie. Zákon o mediácii bol v slovenskom právnom systéme ukotvený najmä z dôvodu, že rýchlo narastal počet žalôb na súdoch, tým pádom dochádzalo k tomu, že súdne konania trvali omnoho dlhšie (Tragalová, 2020). Podľa zákona definujeme mediáciu ako *„mimosúdnu činnosť, pri ktorej*

osoby zúčastnené na mediácii pomocou mediátora riešia spor, ktorý vznikol z ich zmluvného vzťahu alebo iného právneho vzťahu.“

Mediačný proces je metóda, ktorá umožňuje vyjadriť svoje postoje oboch zúčastnených. Je vhodná z toho dôvodu, že nedochádza k žiadnemu tlaku zo strany lehôt či procesných pravidiel. Ide o konfidenciálny proces, z toho dôvodu je úlohou mediátora ponechať informácia v tajnosti. Mediácia môže prebiehať niekoľkými spôsobmi, a to buď je stretnutie s mediátorom nariadené súdom alebo sa zúčastnení rozhodli pre mediáciu z vlastného presvedčenia. Ak hovoríme o prvom spomínanom prípade, je nutné vymedziť, že nejde o nariadené mediačné konanie ale len o stretnutie s mediátorom, ktorý podá všetky potrebné informácie týkajúce sa mediácie. Na základe získaných znalostí sa zúčastnené strany majú možnosť rozhodnúť o vstupe do tohto procesu alebo práve naopak, že to nebude vhodné riešenie v ich prípade. Z nášho pohľadu je druhý spôsob atraktívnejší v tomto prípade, nakoľko ide o vstup do mediačného procesu na báze samostatného rozhodnutie, čo prináša pozitívny pohľad na vec, že strany sporu majú vôľu riešiť ich krízovú situáciu (Kováč E., 2024).

Rodinná mediácia

Krýslová (2018) Uvádza, že mediácia pomáha stranám v konflikte vytvoriť podmienky na konštruktívne riešenie sporu a podporuje ich v efektívnej komunikácii, aby nakoniec dospeli k vzájomnej dohode. Pri menej vyhrotených konfliktoch medzi rodičmi je veľmi účinná, pretože neponúka len racionálne riešenia, ale umožňuje im aj otvorene vyjadriť svoje pocity a potreby, čo prispieva k lepšiemu porozumeniu a dohode, ktorá bude mať dlhotrvajúci charakter.

Rozvodová mediácia sa sústreďuje najmä na samotných manželov, rodinná mediácia zahŕňa aj širší okruh členov rodiny. Pokiaľ ide o zapojenie maloletých detí, je potrebné postupovať citlivo, pretože by nemali byť vystavované konfliktom medzi rodičmi. Preto je najlepšie prizvať ich k mediácii až vtedy, keď sú rodičia schopní spolu normálne komunikovať a riešiť problémy bez hádok a vzájomného obviňovania. Ďalšou možnosťou je pracovať s dieťaťom individuálne, napríklad prostredníctvom samostatných stretnutí, alebo zabezpečiť, aby jeho záujmy v mediácii zastupoval kolízny opatrovník či iná kompetentná osoba (Casals, 2005). Nakoľko mediátor zodpovedá za proces, no nenesie zodpovednosť za jeho obsah, je potrebné aby v každom z prípadov zohľadňoval najlepší záujem dieťaťa. Výrazne prispieť k lepšiemu priebehu celej mediácie môže prizvanie dieťaťa k mediácii, a to z dôvodov, že:

- Pomáha posilniť dôveryhodnosť rodičov.
- Obaja rodičia zmenia svoj pohľad na situáciu, čo ich prinúti správať sa viac ako rodičia a menej ako protivníci.
- Rodičia môžu od dieťaťa získať dôležité informácie, ktoré im pomôžu pri rozhodovaní o ďalších krokoch.
- Zmierňuje napätie v konflikte.
- Vzájomne obviňovanie medzi rodičmi klesá.

Záver

Manželstvo a rozvod predstavujú dôležité spoločenské fenomény, ktoré ovplyvňujú nielen samotných manželov, ale aj deti a širšiu rodinu. Cieľom tejto práce bolo analyzovať inštitút manželstva a rozvodu z právneho, sociálneho a psychologického hľadiska, s osobitným dôrazom na dopady rozvodu a možnosti jeho riešenia. Práca poukázala na hlavné príčiny rozvodov v súčasnej spoločnosti, medzi ktoré patrí zmena hodnôt, ekonomické tlaky, nevera, rozdielne názory na výchovu detí a iné faktory. Právna úprava rozvodu na Slovensku poskytuje rámec na riešenie rozvodových konaní, avšak ich proces môže byť náročný a emocionálne vyčerpávajúci.

Dôležitým aspektom rozvodového procesu je zabezpečenie najlepšieho záujmu dieťaťa, pričom právna úprava ponúka možnosti, ako napríklad striedavú starostlivosť či určenie výživného. Rozvod má však aj širšie sociálne a psychologické dôsledky, ktoré môžu ovplyvniť životnú úroveň, emocionálnu stabilitu a rodinné vzťahy. Prevencia negatívnych dopadov si vyžaduje podporu rodín prostredníctvom mediácie, poradenstva a terapeutických služieb. V demokratickej a otvorenej spoločnosti je žiadúce, aby človek pri svojom rozhodovaní a riešení problematických situácií využíval kritické myslenie a dosahoval ideál lepšieho. Alternatívne riešenia sú v niejednom prípade žiadúcejšie ako len výhra jednej strany (Kenderešová, 2021).

Kľúčom k zmierneniu negatívnych následkov rozvodu je konštruktívna komunikácia medzi bývalými partnermi a snaha o minimalizáciu konfliktov, čím sa vytvorí stabilnejšie prostredie pre všetkých zúčastnených.

Literatúra

- BARKASI, D. 2016. Vplyv rozvodu na sociálnu situáciu rodiny. In: ŠAK, Š., KOCHAN, P., PILKO, J. Kresťanské manželstvo ako mystagógia lásky. Zborník príspevkov medzinárodnej vedeckej konferencie. Prešov : Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity v Prešove. Inštitút gréckeho jazyka a kultúry, 2016. ISBN: 978-80-555-1600-4, s. 46 - 59.
- BÁNOS, R., KOŠUTOVÁ, M. 2020. *Zákon o rodine - veľký komentár*. 2. vyd. Žilina: Eurokodex s.r.o., 2020. 491 s. ISBN 978-80-8155-092-8
- CASALS, M. M. 2005. *Divorce mediation in Europe*. Electronic Journal of Comparative Law, vol. 9, 2005. ISBN 1387-3091. Dostupné na internete: <http://www.ejcl.org/92/art92-2.html>.
- CIRÁK, J., GANDŽALOVÁ, D. 2019. *Základy rodinného práva. Úvodná časť - Manželské právo – Osvojenie*. Banská Bystrica: UMB Belianum, 2019. 204 s. ISBN 978-80-557-1548-3
- FILADELFIOVÁ, J. 2016. *Vyhodnotenie vývoja v oblasti inštitútu striedavej osobnej starostlivosti*. [online] Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2016, s. 65, cit. [09.11.2023] Dostupné na internete: <https://www.totojrovnost.eu/downloads/Vyhodnotnie%20v%C3%BDvoja%20v%20oblasti%20in%C5%A1tit%C3%BAtu%20striedavej%20osobnej%20starostlivosti%2C%202016.pdf>.
- Fícek and partners – Advokátska kancelária. *Náležitosti návrhu na rozvod*. Dostupné online: <https://fícek.sk/nalezitosti-navrhu-na-rozvod-222>.
- HOLÁ, L. 2011. *Mediace v teorii a praxi*. Praha: Grada Publishing, 2011. 270 s. ISBN 978-80-247-3134-6
- HORVÁTH, E., VARGA, E. 2006. *Zákon o rodine, Komentár*. Bratislava, 2006. ISBN 80-80-78-086-2
- HRUŠÁKOVÁ, M., KRÁLIČKOVÁ, Z. 2000. *České rodinné právo*. Brno: MU v Brně, 2000. 400 s. ISBN 80-7239-192-5
- KENDEREŠOVÁ, E. 2021. Úroveň ľudských životov v epoche múrov v dôsledku „únavy z dejín Európy“. In: *Prax založená na dôkazoch v pomáhajúcich profesiách*. Zborník zo VII. Medzinárodnej vedeckej konferencie. Warszawa, 2021, s. 75-83. ISBN: 978-83-958245-2-4.

- KRÝSLOVÁ, M. 2018. *Psychológ a mediátor v rodičovských sporoch o dieťa*. In *Mediátor ako súčasť interdisciplinárnej spolupráce pri riešení rodinných sporov*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2018. 188 s. ISBN 978-80-972982-1-0
- KOVÁČ, E. 2024. *Mediácia-Rodina-Legislatíva*. 1. vyd. Bratislava: Inštitút vzdelávania a osobnostného rozvoja, 2024. 306 s. ISBN 978-80-974773-0-1
- LUPRICHOVÁ, P., POLÁČIKOVÁ, S. 2016. *Repetitórium rodinného práva*. 2. doplnené a prepracované vydanie. Bratislava: IURIS LIBRI, 2016. 113 s. ISBN 978-80-89635-27-6
- MADEJ, R. 2013. *Výživné pre vaše dieťa*. 2. vyd. Bratislava: Veda, 2013. 72 s. ISBN 978-80-971368-0-2
- NOVÁK, T., PRUCHOVÁ, B. 2007. *Předrozvodové a rozvodové poradenství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-1449-3
- NOVÁK, T., CORRADINIOVÁ, S., VYPUŠŤÁK, R. 2015. *Kontakt s dětmi po rozvodu, Jak nepřijít o dítě*. Praha: Wolters Kluwer, a.s., 2015. 248 s. ISBN 978-80-7478-910-6
- OLÁH, M. 2016. *Striedavá osobná starostlivosť o dieťa / Alternative Child Custody „Cochemská prax“ / „Cochem model“*. Bratislava: Ivan Krasko, 2016. 224 s. ISBN 978-997-310-7106-0
- PAVELKOVÁ, B. 2019. *Zákon o rodine: Komentár*. 3. vyd. Praha: C. H. Beck, 2019. 680 s. ISBN 978-80-89603-72-5
- ŠÍNOVÁ, R.; ŠMÍD, O.; JURÁŠ, M. a kol. 2013. *Aktuální problémy rodinněprávní regulace: rodičovství, výchova a výživa nezletilého*. Praha: Leges, 2013. 304 s. ISBN 978-80-87576-74-8
- ŠVEHLÁKOVÁ, B. 2015. *Aktuálne otázky rodinnej mediácie na Slovensku*. In *SCHAVEL, M. a kol. Rodinná mediácia (súčasný stav – perspektívy): zborník príspevkov a odborných textov z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej v Bratislave dňa 6.11.2014*. Píbram: Ústav sv. Jana.
- TRAGALOVÁ, D. 2020. *Rodinná mediácia, Ako deťom neublížiť rozvodom*. 2. vyd. Bratislava: Wolters Kluwer SR s. r. o., 2020. 333 s. ISBN 978-80-571-0199-4
- TRAVERS, M. 2024. *The 6 Top Causes of Divorce*. Dostupné online: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/social-instincts/202407/the-6-leading-causes-of-divorce>.
- VOJČÍK, P., BUDOVÁ, A., a kol. 2022. *Základy práva: pomôcka pre stredoškóľakov, manažérov, podnikateľov a študentov právnických odborov vysokých škôl*. 2. vyd. Nitra: Enigma, 2022. 272 s. ISBN 978-80-8133-108-4
- Právne predpisy
- Ústavný zákon č. 460/1992 Zb., Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov
- Uznesenie Najvyššieho súdu SR zo dňa 12.03.2015 sp. zn. 3 Cdo 146/2015 dostupné online: <https://www.judikaty.info/document/nssr/132804/>
- Zákon č. 36/2005 Z.z., Zákon o rodine v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 420/2004 Z.z., Zákon o mediácii v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 160/2015 Z.z., Civilný sporový poriadok v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 161/2015 Z.z., Civilný mimosporový poriadok v znení neskorších predpisov

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ КУЛЬОВОГО ПОРАНЕННЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

PHYSICAL REHABILITATION OF SOLDIERS AFTER GUNSHOT WOUNDS TO THE UPPER LIMB

Bilohub Zlata¹

¹*Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine*

E-mail: bilohub.zlata@student.uzhnu.edu.ua

Školitel'/scientific adviser: Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor

Анотація

У зв'язку з військовою агресією російської федерації проти України та активними бойовими діями, кількість військовослужбовців із кульовими пораненнями верхніх кінцівок стрімко зростає. Це створює серйозні виклики для системи медичної допомоги та реабілітації, оскільки такі поранення часто супроводжуються пошкодженням м'яких тканин, кісток, судин і периферичних нервів. За даними досліджень, у 50% випадків вогнепальні ураження є мультисегментарними, а у 32% поранених спостерігається ураження периферичних нервів, що призводить до порушення чутливості, зниження сили м'язів та розвитку хронічного больового синдрому.

Використання фізичної терапії та ерготерапії, фізіотерапевтичних процедур та залучення віртуальної реальності, сприяє значному покращенню функцій кінцівки у 82% пацієнтів. Впровадження сучасних методів фізичної реабілітації дозволяє не лише скоротити терміни відновлення, а й підвищити якість життя військовослужбовців, сприяючи їхній швидшій адаптації та поверненню до служби або цивільного життя.

Ключові слова:

Фізична реабілітація; військовослужбовці; кульові поранення; верхня кінцівка.

Abstract

Due to the military aggression of the Russian Federation against Ukraine and active hostilities, the number of servicemen with gunshot wounds of the upper extremities is rapidly increasing. This poses serious challenges for the medical care and rehabilitation system, as such injuries are often accompanied by damage to soft tissues, bones, blood vessels, and peripheral nerves. According to research, in 50% of cases, gunshot wounds are multisegmental, and 32% of wounded have peripheral nerve damage, which leads to impaired sensation, decreased muscle strength, and the development of chronic pain.

The use of physical therapy and occupational therapy, physiotherapy procedures, and the use of virtual reality contribute to a significant improvement in limb function in 82% of patients. The introduction of modern methods of physical rehabilitation not only shortens the recovery time but also improves the quality of life of servicemen and women, facilitating their quicker adaptation and return to service or civilian life.

Keywords:

Physical rehabilitation; servicemen; bullet wounds; upper limb.

Вступ

Військові конфлікти призводять до значної кількості поранень, зокрема вогнепальних ушкоджень кінцівок, що потребують тривалого лікування та реабілітації. За даними досліджень, вибухові пристрої спричиняють 65% бойових поранень, тоді як вогнепальні поранення складають 25% усіх випадків. Найчастіше страждають кінцівки – 52% усіх ушкоджень, причому 41,2% припадає на верхні кінцівки. В умовах сучасного військового протистояння в Україні реабілітація військовослужбовців із такими пораненнями стає критично важливим завданням медичної служби.

Вогнепальні поранення верхніх кінцівок становлять складну медичну проблему через значне пошкодження кісток, м'яких тканин, судин і нервів. У половині випадків такі поранення є мультисегментарними, тобто ураження охоплюють кілька анатомічних структур. Особливо важким є ураження периферичних нервів, яке діагностується у 32% постраждалих. Це може призвести до значних функціональних порушень: у 84% пацієнтів фіксується зниження сили м'язів, у 69% – стійке порушення чутливості, а в 24% – хронічний невропатичний біль.

Розвиток сучасної стрілецької зброї, зокрема патронів із бронебійними кулями, значно ускладнює характер вогнепальних поранень. Куля, потрапляючи в тканини, передає до 60% кінетичної енергії, що призводить до значного руйнування навколишніх тканин. Додатковим фактором є утворення тимчасової порожнини, що у 10–30 разів перевищує розмір каналу рани, спричиняючи додаткове пошкодження тканин. Такі особливості бойових травм значно ускладнюють реабілітаційний процес і подовжують терміни відновлення.

Фізична терапія пацієнтів із кульовими пораненнями спрямована на запобігання ускладненням, відновлення функцій пошкоджених кінцівок та реінтеграцію військових у суспільне життя. У системі медичної служби Збройних Сил України реабілітація включає медичні, соціально-економічні та професійні заходи, що сприяють якнайшвидшому поверненню військовослужбовців до активного життя. Реабілітація базується на принципах адаптації та компенсації і поділяється на три основні види: медичну, соціальну та професійну.

Ефективність реабілітації значною мірою залежить від своєчасного застосування сучасних методів фізичної терапії. Комплексне використання фізичної терапії, ерготерапії, фізіотерапії (електростимуляції, магнітотерапії, лазеротерапії), та віртуальної реальності дозволяє відновити функції кінцівки у 58% пацієнтів через 6 місяців.

Однак, 27% військовослужбовців мають залишкові порушення рухливості, а 15% потребують тривалого лікування та повторних реабілітаційних курсів.

З огляду на актуальність проблеми, необхідно удосконалювати підходи до реабілітації військовослужбовців, які зазнали вогнепальних поранень. Впровадження нових технологій та персоналізованих реабілітаційних програм сприятиме скороченню термінів відновлення, покращенню якості життя пацієнтів та їхньому поверненню до професійної діяльності.

Механізми формування кульових поранень верхніх кінцівок

Кульові поранення верхніх кінцівок виникають внаслідок прямого механічного впливу кулі на тканини організму. Основними факторами, що визначають характер таких

пошкоджень, є ударно-хвильові процеси, кінетична енергія кулі, утворення тимчасової порожнини та турбулентні потоки частинок тканин.

При попаданні кулі в м'які тканини чи кісткові структури першочерговий вплив спричиняють ударно-хвильові процеси. У момент зіткнення кулі з поверхнею тіла в місці контакту виникає миттєва компресія тканин, що породжує ударну хвилю, яка поширюється зі швидкістю звуку (близько 1500 м/с). Це призводить до значних ушкоджень не лише безпосередньо в зоні проходження кулі, а й у прилеглих тканинах. Важливу роль відіграє кінетична енергія кулі. Високошвидкісні снаряди (понад 700 м/с) передають тканинам до 60% своєї енергії, що суттєво збільшує площу ураження. Наприклад, при проходженні крізь тканини стандартна куля калібру 7,62 мм у стабільному положенні передає 20% своєї енергії, тоді як деформована або перекинута куля — до 60%. Це пояснює, чому високошвидкісні кулі спричиняють більш тяжкі пошкодження порівняно з малошвидкісними.

Ще одним ключовим механізмом є утворення тимчасової порожнини. Вона виникає внаслідок переміщення тканин уздовж каналу та може перевищувати розмір постійної рани у 10–30 разів. Тимчасова порожнина пульсує і викликає додаткові розриви тканин, що ускладнює процес загоєння.

Останнім важливим фактором є турбулентні потоки частинок тканин, які сприяють проникненню мікроорганізмів у рану. Під дією негативного тиску в тимчасовій порожнині частинки шкіри, одягу, ґрунту та інших сторонніх предметів можуть потрапляти у канал рани, спричиняючи вторинне забруднення та підвищуючи ризик інфекційних ускладнень.

Структурні та функціональні порушення

Кульові поранення верхніх кінцівок є складними травматичними ушкодженнями, які супроводжуються значними ураженнями м'яких тканин, судин, кісткових структур і периферичних нервів. За даними досліджень, у 50% випадків такі поранення є мультисегментарними, тобто охоплюють кілька анатомічних структур одночасно, що значно ускладнює процес відновлення та реабілітації.

Основний вплив на структури верхньої кінцівки чинить кінетична енергія кулі, яка викликає первинний некроз тканин. Уражені тканини втрачають життєздатність через прямий механічний вплив та пошкодження клітинних структур. Однак на цьому процес загибелі клітин не припиняється. Вторинний некроз розвивається внаслідок порушення кровопостачання у прилеглих до рани зонах, що спричиняє додаткове погіршення стану пацієнта.

Окремо слід відзначити пошкодження периферичних нервів, що є частим ускладненням кульових поранень верхніх кінцівок. Так, при переломах дистальної третини плечової кістки ураження нервів спостерігається у 50% випадків, а при вивихах ліктьового суглоба — у 15%. Це призводить до значних функціональних порушень: пацієнти страждають на парези, втрату або зниження чутливості кінцівки, а також хронічний невропатичний біль, що може зберігатися тривалий час навіть після загоєння рани.

Таким чином, структурні та функціональні порушення, спричинені кульовими пораненнями, потребують комплексного підходу до лікування та реабілітації. Своєчасне усунення наслідків травми, запобігання інфекційним ускладненням та ефективна

фізична терапія є ключовими факторами для відновлення функціональної активності верхньої кінцівки.

Реабілітаційні втручання

Реабілітація військовослужбовців після кульових поранень верхніх кінцівок є складним та багатофакторним процесом, який передбачає комплекс заходів для відновлення фізичних можливостей, запобігання ускладненням та повернення пацієнта до активного життя. Відповідно до стандартів медичної допомоги, реабілітація поділяється на три основні фази: гострий, післягострий та довготривалий періоди.

У гострий період, який триває від моменту отримання поранення до стабілізації стану, основне завдання полягає у контролі загоєння рани та профілактиці інфекційних ускладнень. Через значне забруднення кульових ран сторонніми частками та мікроорганізмами особливу увагу приділяють хірургічному очищенню ранового каналу, антибактеріальній терапії та контролю за станом пошкоджених судин і нервів. Починає надаватися реабілітаційна допомога.

Післягострий реабілітаційний період розпочинається після стабілізації стану пацієнта та включає різнобічні реабілітаційні заходи. На цьому етапі застосовуються методи кінезотерапії, що спрямовані на поступове відновлення рухливості суглобів і запобігання контрактурам. Фізіотерапія включає електростимуляцію м'язів, магнітотерапію та лазеротерапію, які сприяють регенерації тканин і зменшенню больового синдрому. Для пацієнтів із пошкодженнями периферичних нервів важливо стимулювати нейропластичність, використовуючи методи, що сприяють відновленню нервової провідності та моторних функцій.

У довготривалий період, який триває кілька місяців і завершується повним або частковим відновленням функціональної активності верхньої кінцівки, особлива увага приділяється корекції залишкових порушень. Пацієнти продовжують проходити фізіотерапію, зосереджуючись на покращенні сили м'язів, координації рухів та зменшенні больового синдрому. Для військовослужбовців важливим аспектом є професійна реабілітація, що допомагає повернутися до служби або адаптуватися до цивільного життя.

Комплексний підхід до реабілітації, який поєднує сучасні фізіотерапевтичні методи, кінезотерапію та психологічну підтримку, дозволяє значно скоротити терміни відновлення та покращити якість життя пацієнтів після тяжких вогнепальних поранень верхніх кінцівок.

До основних методів фізичної реабілітації належать кінезотерапія, фізична терапія, ерготерапія та фізіотерапія.

Кінезотерапія є ключовим компонентом реабілітації, оскільки дозволяє поступово розробляти рухливість суглобів і тренувати ослаблені м'язи. Для запобігання контрактурам та відновлення сили кінцівки використовуються активні та пасивні вправи, спрямовані на поступове збільшення обсягу рухів. Особлива увага приділяється правильному дозуванню навантаження, щоб уникнути перевантаження та подальших ускладнень.

Останнім часом все більшої популярності набувають методи, що базуються на принципах нейропластичності. Вони спрямовані на стимуляцію відновлення нервових зв'язків та покращення взаємодії між нервовою системою і м'язами. Це особливо

актуально у випадках пошкодження периферичних нервів, що часто спостерігається при кульових пораненнях. Наукові дослідження показали, що використання таких методів сприяє покращенню функцій кінцівки в 82% випадків.

Фізична терапія та ерготерапія відіграють ключову роль у відновленні функцій верхньої кінцівки після кульового поранення. Вогнепальні травми зазвичай супроводжуються пошкодженням м'язів, сухожиль, нервів і кісткових структур, що потребує комплексного підходу до реабілітації. Фізична терапія включає вправи для відновлення рухливості суглобів, сили м'язів та координації:

- **Активні вправи з підтримкою** – пацієнт виконує рухи за допомогою здорової кінцівки або реабілітаційного обладнання.

- **Пасивні рухи** – виконуються терапевтом або за допомогою спеціальних пристроїв для уникнення контрактур у випадках вираженого обмеження рухів.

- **Розвиток сили та витривалості кисті** – пацієнт працює з еспандерами, гантелями, тренажерами для кисті.

- **Розтягувальні вправи** – допомагають уникнути утворення контрактур і покращують еластичність м'язів та сухожиль.

- **Функціональні тренування** – вправи, що імітують повсякденні рухи, наприклад, хапання предметів, відкривання дверей, користування столовими приборами тощо.

Ерготерапія спрямована на відновлення здатності пацієнта до самообслуговування, виконання побутових та професійних завдань. Включає:

- **Візуалізація рухів** – пацієнту пропонується уявляти рухи кінцівкою, що активує моторні зони мозку.

- **Вправи з біологічним зворотним зв'язком (БЗЗ)** – дозволяють пацієнту отримувати візуальні або аудіосигнали про активність м'язів і коригувати свої рухи.

- **Вправи на розвиток дрібної моторики** – використовуються для відновлення функцій кисті та пальців. Включають перекладання дрібних предметів, роботу з еластичними стрічками, сенсорні тренажери.

- **Дзеркальна терапія** – використання дзеркала для імітації рухів здорової кінцівки, що сприяє відновленню функцій ураженої руки.

- **Навчання використанню допоміжних засобів** – адаптивні столові прибори, модифіковані інструменти для письма, фіксатори для рук допомагають компенсувати порушені функції.

При пошкодженні периферичних нервів застосовуються методи стимуляції нейропластичності – здатності нервової системи адаптуватися і відновлювати функції:

- **Сенсорна терапія** – використання тактильних стимулів для відновлення чутливості, якщо після поранення спостерігається її втрата.

- **Стимуляція тактильних відчуттів** – легкі масажні рухи, використання текстурованих предметів для стимуляції шкірних рецепторів.

- **Тренування навичок самообслуговування** – відновлення можливості самостійного одягання, користування столовими приборами, гігієнічних процедур.

Фізіотерапія спрямована на зменшення болю, покращення кровообігу, зняття запалення та стимуляцію регенерації тканин. Основні методи включають:

- **Електростимуляцію м'язів** – використовується для запобігання атрофії, стимуляції нервово-м'язової провідності та покращення м'язової сили. Особливо ефективна у випадках парезів та значного ослаблення м'язів після травми.

- **Магнітотерапію** – сприяє зменшенню набряків і запальних процесів, покращує мікроциркуляцію, що прискорює загоєння тканин.

- **Лазеротерапію** – стимулює регенерацію нервових волокон, сприяє загоєнню рубцевої тканини та зменшує больовий синдром.

- **Ультразвукову терапію** – застосовується для розм'якшення рубцевої тканини та покращення еластичності м'язів.

- **Кріотерапію (лікування холодом)** – допомагає зменшити запалення та больові відчуття в період гострого запального процесу.

Останнім часом технології віртуальної реальності (VR) активно впроваджуються у реабілітацію пацієнтів із травмами верхньої кінцівки, зокрема після кульових поранень. Використання VR дозволяє моделювати терапевтичні вправи, стимулювати нейропластичність і створювати умови для відновлення моторних функцій кінцівки в безпечному середовищі.

Одним із ключових механізмів ефективності VR є здатність стимулювати мозок до компенсаційних змін. При пошкодженні периферичних нервів або втраченій рухливості кінцівки мозок може активувати альтернативні нейронні шляхи, що сприяє відновленню функцій. Віртуальне середовище дозволяє пацієнтам виконувати візуально контрольовані рухи, навіть якщо фактична амплітуда обмежена. Це особливо корисно у ранньому реабілітаційному періоді, коли безболісна активація рухових зон мозку допомагає зменшити атрофію м'язів і сприяє поступовому відновленню контролю над кінцівкою.

VR-терапія також ефективна для відновлення дрібної моторики та координації рухів. Пацієнтам пропонуються інтерактивні завдання, які вимагають використання кисті та пальців, наприклад, маніпуляції з віртуальними об'єктами або виконання ігрових завдань. Такі вправи покращують силу м'язів, координацію та швидкість реакції, що особливо важливо для військовослужбовців, які після поранення планують повернутися до активної служби або освоїти нові професійні навички.

Окрім моторного відновлення, VR-терапія має значний психологічний ефект. Вона допомагає пацієнтам подолати страх руху, зменшує рівень стресу та підвищує мотивацію до проходження реабілітації. Взаємодія у віртуальному середовищі зменшує больові відчуття завдяки феномену "занурення", коли мозок концентрується на візуальному стимулі й меншою мірою сприймає біль.

Дослідження показують, що використання VR у фізичній терапії після травм кінцівок сприяє більш швидкому та якісному відновленню порівняно з традиційними методами.

У пацієнтів, які проходять VR-терапію, спостерігається покращення координації та сили м'язів на 30–40% швидше, ніж у контрольних групах.

Таким чином, технології віртуальної реальності є перспективним інструментом для реабілітації пацієнтів з кульовими пораненнями верхньої кінцівки. Вони дозволяють покращити рухові функції, сприяють нейропластичним змінам у мозку та позитивно впливають на психоемоційний стан пацієнтів, що робить реабілітаційний процес більш ефективним та комфортним.

Часові показники реабілітації та ефективність

Реабілітація після кульових поранень триває від 1–2 до 5–6 місяців. Тривалість залежить від тяжкості ураження та ефективності застосованих методів:

- 58% пацієнтів повністю відновлюють функцію кінцівки через 6 місяців.
- 27% мають залишкові порушення рухливості.
- 15% потребують довготривалого лікування.

Застосування комплексних реабілітаційних програм дозволяє зменшити тривалість відновлення на 25%.

Висновки

Кульові поранення верхніх кінцівок становлять серйозну проблему для військових медиків, оскільки супроводжуються складними ураженнями тканин, кісток і нервів. Висока частота мультисегментарних поранень (50%) та ушкоджень периферичних нервів (32%) потребує ретельного підходу до реабілітації.

Ефективні реабілітаційні програми включають фізичну терапію, ерготерапію, фізіотерапію та віртуальну реальність, що дозволяють відновити функцію кінцівки у 58% пацієнтів. Системний підхід до реабілітації, що враховує специфіку військових поранень, дозволяє значно скоротити терміни відновлення та повернути військовослужбовців до активного життя.

Література

Баблюк Л.А. Реабілітаційне оцінювання пацієнтів з травматичними периферичними нейропатіями верхньої кінцівки / Л.А.Баблюк, Р.В. Нестерак, О.В. Тимошук, С.І. Федяєва, О.В. Грабоус // Сучасні аспекти реабілітації та ведення посттравматичних станів / Міжнародна науково-практична конференція. Одеса, 15 грудня 2023 року / Матеріали конференції. – Одеса: ДУ «Укр. НДІ МР та К МОЗ України», 2024 – С.8-10. URL: <https://kurort.gov.ua/wp-content/uploads/2024/02/zbirka2202.pdf>

Беспалова О. О. Структурні та функціональні порушення при вогнепальних та минно-вибухових пораненнях військовослужбовців / О. О. Беспалова , Ю. Л. Тонкопей //Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії: теорія і практика : матеріали І Міжнародної науково-практичної конференції. Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2023. – С. 8-17

Волянський О.М. Поетапне планування індивідуальних реабілітаційних заходів військовослужбовцям з вогнепальними пораненнями кінцівок /О.М. Волянський, А.Ю.

Кіх // Військова медицина України. Клініка та експеримент Т.19 – 2019, С.27-33. URL:<https://ujmm.org.ua/index.php/journal/article/view/144/95>

Крук І. М. Фізична терапія військовослужбовців з наслідками вогнепальних поранень / І. М. Крук, І. М. Григус // Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини. №12,2022.–С.44-51.URL:

https://www.researchgate.net/publication/364571294_FIZICNA_TERAPIA_VIJSKOVOSLUZBOVCIV_Z_NASLIDKAMI_VOGNEPALNIH_PORANEN/fulltext/636cb6b154eb5f547c6c8c9a/FIZICNA-TERAPIA-VIJSKOVOSLUZBOVCIV-Z-NASLIDKAMI-VOGNEPALNIHPORANEN.pdf

Лашко О.М. Медичні наслідки війн, катастроф і стихійних лих (світовий досвід) та можливості Центру медико-психологічної реабілітації /О.М. Лашко , Д.В. Зайцев , В.Ю. Байдаліна// Медичні наслідки війн, катастроф і стихійних лих (світовий досвід) та можливості Центру медико-психологічної реабілітації. Український журнал гігієни праці Том 19, № 3, 2023. С.227-233. URL: <https://ua.ujoh.org/upload-files/doc/vydav/23-03/10.pdf>

Реабілітація військовослужбовців в умовах санаторно-курортних та реабілітаційних закладів: монографія / за заг. ред. Бабова К.Д. – Одеса: «Поліграф»,2023.–80с.URL: https://kurort.gov.ua/wp-content/uploads/2023/07/monografiya-vijskovosluzhbovczi_sajt.pdf

Шестопап Н.(2024). Відновлення функціонального стану військовослужбовців після вогнепальних поранень верхньої кінцівки за допомогою фізіотерапевтичних заходів на основі принципів нейропластичності / Н. Шестопап, Х. Бісмак, Лазарева О. // Фізична реабілітація та рекреаційні оздоровчі технології , 9 (5), 393–403. URL: [https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9\(5\).06](https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9(5).06)

Moriscot, A., Miyabara, E.H., Langeani, B. *et al.* Firearms-related skeletal muscle trauma: pathophysiology and novel approaches for regeneration. *npj Regen Med* 6, 17 (2021). URL: <https://doi.org/10.1038/s41536-021-00127-1>

GAMES AND GAME TECHNIQUES AS AN INTEGRAL COMPONENT OF EDUCATION OF PRIMARY SCHOOLCHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Buchmei Daria¹, Mulesa Myroslava²

4th-year Bachelor's students,

Specialty 016 – Special Education,

educational degree: Bachelor's degree

E-mail: buchmei.daria@student.uzhnu.edu.ua

ivancho.myroslava@student.uzhnu.edu.ua

Scientific Mentor: Klyap Marianna

Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor

^{1,2} Uzhhorod National University (Ukraine)

Key words: games, game techniques, children with intellectual disabilities, adaptation, socialization, didactic game, innovative methods.

Abstract. The article explores scientific approaches to the application of games and game-based techniques in the education of primary schoolchildren with intellectual disabilities. It analyzes the structural components of games, their classification and their impact on the learning process. Specific examples of didactic games that foster cognitive activity, develop learning skills and support the socialization of students with special educational needs are provided. The key principles of implementing game-based methods and their role in optimizing the educational process are outlined. The advantages and challenges of using games in education are highlighted, particularly the need to adapt methods to the individual abilities of students. The effectiveness of both traditional and modern game-based approaches is examined, including interactive platforms (LearningApps) and didactic materials (LEGO, Cuisenaire rods, etc.). Special attention is given to the organization of game-based activities, including the gradual increase in task complexity, the creation of a supportive learning environment and the consideration of children's developmental characteristics.

Бучмей Дар'я, Мулеса Мирослава

студентки 4 курсу

спеціальності 016 Спеціальна освіта

освітній ступінь: бакалавр

Електронна адреса: buchmei.daria@student.uzhnu.edu.ua

ivancho.myroslava@student.uzhnu.edu.ua

Науковий керівник: Кляп Маріанна,

кандидат педагогічних наук, доцент

Ужгородський національний університет

ІГРИ Й ІГРОВІ ПРИЙОМИ ЯК НЕВІД'ЄМНИЙ КОМПОНЕНТ НАВЧАННЯ УЧНІВ ПОЧАТКОВИХ КЛАСІВ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Анотація. У статті досліджено наукові підходи до застосування ігор та ігрових прийомів у навчанні молодших школярів з інтелектуальними порушеннями. Проаналізовано структурні компоненти гри, її класифікацію та особливості впливу на навчальний процес. Наведено конкретні приклади дидактичних ігор, що сприяють розвитку пізнавальної активності, формуванню навчальних навичок і соціалізації учнів з особливими освітніми потребами. Окреслено основні принципи впровадження ігрових методів та їхню роль в оптимізації навчального процесу. Висвітлено ключові переваги та виклики використання гри у навчанні, зокрема необхідність адаптації методів відповідно до індивідуальних можливостей учнів. Проаналізовано ефективність використання традиційних і сучасних ігрових методів, зокрема інтерактивних платформ (LearningApps) та дидактичних матеріалів (LEGO, палички Кюізенера тощо). Особливу увагу приділено аспектам організації ігрової діяльності, серед яких поступове ускладнення завдань, створення довірчої атмосфери та врахування особливостей розвитку дітей.

Ключові слова: ігри, ігрові прийоми, діти з інтелектуальними порушеннями, адаптація, соціалізація, дидактична гра, інноваційні методи.

Постановка проблеми. Сучасний освітній простір потребує нових підходів до навчання дітей з особливими освітніми потребами, зокрема учнів з інтелектуальними порушеннями. Формування якісного та доступного освітнього середовища для цієї категорії дітей є вкрай важливим завданням, що сприяє їхній соціалізації, розвитку пізнавальних процесів і підготовці до самостійного життя. Особливої уваги потребує пошук ефективних методів навчання, які б відповідали їхнім особливим освітнім потребам та забезпечували ефективність процесу навчання.

Розглядаючи дану тему у контексті навчання учнів з інтелектуальними порушеннями спеціальних шкіл важливим завданням є пошук ефективних методів навчання, які б відповідали їхнім особливим освітнім потребам і забезпечували ефективність навчального процесу. Адже успішна реалізація навчальної діяльності для цієї категорії учнів вимагає спеціального підходу, що враховує їхні індивідуальні можливості, темп сприйняття інформації та особливості когнітивного розвитку.

Однак, традиційні методи навчання часто виявляються недостатньо ефективними для учнів з інтелектуальними порушеннями, оскільки не враховують їхніх когнітивних особливостей, зниженої концентрації уваги та обмежених можливостей до абстрактного мислення. Важливим завданням є впровадження інноваційних підходів, які допоможуть зробити навчальний процес більш доступним і цікавим.

Одним із таких підходів є використання ігрових методів і прийомів, які сприяють підвищенню ефективності навчання, мотивації учнів до навчальної діяльності, вдосконалення освітнього середовища та його урізноманітнення. Проте питання ефективності впровадження ігрових прийомів у систему навчання учнів з порушеннями інтелекту на сучасному етапі залишається недостатньо дослідженим.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання використання ігор та ігрових прийомів у навчальному процесі досліджували як українські, так і зарубіжні науковці. Класики педагогіки приділяли значну увагу грі як важливому елементу навчальної діяльності. Так, видатний педагог Я. А. Коменський наголошував, що гра є природним способом пізнання світу дитиною та може служити ефективним інструментом навчання [6].

У свою чергу, М. Монтесорі у своїй методиці розглядала гру як один із ключових засобів розвитку інтелектуальних, сенсорних та практичних навичок дитини. Вона вважала, що саме у грі дитина може найефективніше оволодіти знаннями, розвивати логічне мислення та самостійність у роботі, вдосконалювати дрібну моторику [1].

Значний внесок у дослідження ролі гри у навчальному процесі зробив український педагог В. О. Сухомлинський, який підкреслював її важливість для розвитку мислення, творчості та пізнавального інтересу дитини [3].

Окрему увагу питанням використання гри в навчанні приділили й сучасні українські дослідники. У своїх роботах такі вчені, як А. Й. Капська, В.В. Войтко, Н.М. Бібік, О.Б. Нагорна, О. Я. Савченко, С. П. Миронова, розглядали гру як один із провідних методів навчання учнів з порушеннями інтелектуального розвитку. Вони зазначили, що завдяки ігровим прийомам навчання стає доступнішим, оскільки гра компенсує когнітивні труднощі, полегшує запам'ятовування, сприяє розвитку комунікативних навичок і створює позитивну атмосферу під час освітнього процесу.

Однак, проблема ролі ігор й ігрових прийомів та їх ефективного впровадження у процес навчання молодших школярів зазначеної категорії ще й досі є недостатньо розкритою. Необхідність подальшого вивчення цієї теми визначається її значенням для створення ефективного освітнього середовища та підвищення мотивації учнів з інтелектуальними порушеннями до навчальної діяльності.

Мета статті - теоретичне обґрунтування значення ігор й ігрових прийомів у освітньому процесі, можливості їх ефективного впровадження у процес навчання школярів початкових класів з інтелектуальними порушеннями.

Методи дослідження: *теоретичні:* вивчення та аналіз психолого-педагогічної літератури, для зіставлення різних поглядів на досліджувану проблему, зокрема при розгляді сутності основних категорій та понять; синтез, узагальнення, класифікація при формулюванні висновків.

Виклад основного матеріалу дослідження. На думку О.В. Чеботарьової, головною метою початкової освіти учнів із інтелектуальними порушеннями є всебічний розвиток та виховання школярів шляхом формування в учнів загальнонавчальних, життєво необхідних умінь та навичок, адаптація та соціалізація даної категорії школярів у суспільство [8, с.23].

Однак, в сучасному освітньому середовищі (як інклюзивному, так і спеціальному) нагальною постає проблема зацікавлення даної групи учнів у навчальному процесі. Адже питання формування інтересу до навчання в школярів початкових класів з порушеннями інтелекту є вкрай складним та водночас важливим завданням педагога.

У зв'язку з цим, перед педагогами постає виклик у розробці та застосуванні у навчальному процесі тих методів та прийомів, які б сприяли залученню кожного учня з

інтелектуальними порушеннями до навчальної діяльності, яка не примушувала б опановувати навчальний матеріал у тій формі, що не викликає в учнів стійкий інтерес. Відомий педагог Я. А. Коменський, підкреслював: "Погану турботу про дітей виявляють ті, хто насильно примушує їх навчатися. Усіма можливими способами потрібно запалювати в дітях спрямованість до знань та до навчання!" [2, с.38]. Тому для підвищення ефективності навчання учнів з порушеннями інтелекту, посилення їх мотивації до учіння потрібні нетрадиційні методи, зокрема ігри та ігрові прийоми, які роблять процес цікавим і захоплюючим.

Проте слід зауважити, що як показали дослідження українських та зарубіжних вчених-психологів (Ж. Піаже, Т. Рібо, Е. Клапаред тощо) і педагогів (А.А. Колупаєва, В.І. Войтко, О.Я. Савченко тощо), гра не забезпечує стійкого позитивного ставлення молодших школярів з порушеннями інтелекту до навчального процесу, якщо її використовується епізодично [1]. Ігри та ігрові прийоми можна і треба включати у систему уроків систематично.

Чому ж елементи гри на уроці так подобаються учням з інтелектуальними порушеннями? А все тому, що гра викликає у них неабиякий інтерес, а сам процес навчання за допомогою гри сповнений несподіванок та викликає бажання дізнатись нове. Так і В.О. Сухомлинський закликав педагогів: "Навчайте граючись, а граючи навчайте!" [3, с.111]. Здавалося б, такий простий вислів, але містить у собі неабияку таємницю, яку педагог пропонує розкрити перед дітьми.

Крім того, варто зауважити, що гра - відіграє не тільки освітню, але й корекційну та виховну функції. Зокрема:

- гра слугує ефективним засобом корекції та розвитку пізнавальних функцій;
- за допомогою гри стимулюється психічна і фізична активність учнів;
- формується впевненість у собі;
- розвиваються моральні якості;
- елементи гри дають змогу залучити до пізнавальної діяльності навіть найпасивнішого учня;
- засвоюючи або узагальнюючи в грі той або інший навчальний матеріал, учні одночасно спостерігають, порівнюють, класифікують предмети за різними ознаками [1].

Зважаючи на перераховані функції ігор й ігрових прийомів, варто зауважити, що потенціал гри та її застосування у навчальній діяльності допомагає підвищити ефективність даного процесу, одночасно забезпечуючи не лише освітні, а й корекційні можливості, а це у свою чергу сприяє підвищенню результативності навчального процесу даної категорії учнів.

Однак, звертаємо увагу, що як підкреслювала О. Я. Савченко, застосовуючи ігрові прийоми, педагогу варто звернути увагу на структуру розгорнутої ігрової діяльності, яка повинна включати взаємопов'язані між собою компоненти [6] (Рис.1).



Рис.1. Структурні компоненти ігрової діяльності

При цьому, **спонукальний компонент** - включає потреби, мотиви, інтереси та бажання, які спонукають молодшого школяра з інтелектуальною недостатністю брати участь у грі.

-орієнтувальний - передбачає вибір педагогом інструментів і методів для організації ігрової діяльності;

-виконавський компонент - охоплює дії та операції, необхідні для досягнення мети гри.

-контрольно-оцінний - стосується корекції та стимулювання активності учнів під час ігрової діяльності [6, с.192].

На наш погляд, дотримання поданої структури у впровадженні ігрових прийомів на уроках з молодшими школярами з порушенням інтелекту сприятиме забезпеченню комплексного підходу до проведення гри.

Варто зазначити, що класифікація ігор та ігрових прийомів багатогранна. Розглянемо деякі з них:

Так, науковицею О.А. Сорокіною була запропонована класифікація, яка включає наступні елементи:

1. Ігри-доручення - мають на меті виконання завдання, яке базується на певній дії, наприклад, наприклад, “ Знайди овальні фігури в мішечку”.

2. Ігри-припущення - містять запитання на зразок: Що якби...?; чи Що б я зробив(ла), якщо...?. Вони заохочують до роздумів над можливими діями, вимагаючи від них встановлювати причинно-наслідкові зв'язки та розвивають уяву учнів.

3. Ігри-загадки - сприяють розвитку аналітичних здібностей, здатності до узагальнення, формують вміння міркувати і робити висновки. Цей прийом можна застосовувати на всіх уроках у початковій ланці, задля того, щоб урізноманітнити навчальний процес та зробити його цікавим для учнів.

4. Ігри-бесіди, які базуються на діалозі між вчителем і учнями або між самими учнями, де розмова стає частиною гри. Цінність таких ігор полягає в стимулюванні емоційно-інтелектуальних процесів, об'єднуючи слова, дії, думки та уяву.

5. Ігри-подорожі - зображають реальні події та факти у незвичному контексті: просте стає таємничим, складне перетворюється на вирішуване, а необхідне виглядає захопливо. Вони створюють яскраві враження, надаючи пригодницький відтінок і залучаючи увагу учнів до тих аспектів, які зазвичай залишаються непоміченими. Такий ігровий прийом може бути використаним у формі уроку-подорожі (зокрема й віртуальної) [1].

Цікавою є також класифікація, яку подає сучасна американська дослідниця К. Гарвей. Так, дослідницею було виділено наступний поділ ігор:

- ігри з рухами і взаємодією (відображають емоційний стан молодших школярів з ІІІ);

- мовні ігри (створення учнями римованих творів, які не мають точного смислового змісту, пісень, лічилок, приказок, тощо);

- ігри із соціальним матеріалом («драматичні» або «тематичні»). Організують їх учні самостійно, розвивають за власним задумом.

- ігри за правилами, заданими педагогом [5].

На наш погляд, дана класифікація є цікавим підходом до розуміння різноманітності ігор у навчальному процесі. Вона дозволяє систематизувати ігрові активності відповідно до їхнього характеру та спрямування. Водночас, кожен із зазначених типів ігор має свої особливості і може відігравати важливу роль у підтримці розвитку різних аспектів дитячої особистості.

Серед великої різноманітності ігор та ігрових прийомів сучасна концепція Нової української школи включає використання інноваційних матеріалів, таких як LEGO, у навчанні учнів початкових класів. У зв'язку з цим, впровадження дидактичних ігор з використанням шести цеглинок LEGO є цілком доцільним і в сучасному освітньому середовищі (інклюзивному або спеціальному).

Правильно організована гра включає кілька послідовних етапів, які забезпечують її ефективність та позитивний вплив на навчальний процес. Виділяють такі етапи:

1. Підготовчий етап. На цьому етапі педагог визначає мету, завдання та обирає тему гри.

Основні дії:

- аналіз змісту навчального матеріалу;
- формування мети та завдань гри (освітніх, виховних, корекційних);
- добір наочного матеріалу, ігрових атрибутів та допоміжних засобів;
- адаптація гри відповідно до вікових та індивідуальних особливостей учнів;
- підготовка простору для проведення гри (зручне розташування меблів, відсутність перешкод тощо).

2. Організаційний етап (вступна частина). Педагог вводить дітей у тему гри, пояснює правила та мотивує учнів до активної участі.

Основні дії:

- повідомлення теми та мети гри;
- мотивація учнів через створення цікавої ситуації або історії;
- ознайомлення з правилами гри, демонстрація елементів гри;
- перевірка розуміння правил (можна поставити кілька запитань або провести коротку пробну гру).

3. Основний етап (проведення гри). Це центральна частина гри, де діти виконують ігрові завдання відповідно до правил.

Основні дії:

- організація ігрової діяльності;
- підтримка активної участі учнів;
- спостереження за діями учнів, надання індивідуальної допомоги за потреби;

- можливе коригування гри, якщо учні стикаються з труднощами або втрачають інтерес;
- заохочення до співпраці та взаємодії.

4. Підбиття підсумків (рефлексія) На цьому етапі педагог аналізує результати гри разом з учнями, виділяє позитивні моменти та обговорює труднощі.

Основні дії:

- обговорення вражень учнів від гри;
- аналіз помилок та досягнень;
- наголошення на позитивних результатах кожного учасника;
- формування висновків щодо навчального матеріалу, який опрацьовувався під час гри;
- заохочення учнів за активність і співпрацю.

5. Рефлексивно-корекційний етап. Після завершення гри педагог аналізує її ефективність та планує корекції для майбутніх ігор.

Основні дії:

- аналіз поведінки та реакцій учнів;
- визначення сильних та слабких сторін проведеної гри;
- оцінка досягнення поставлених цілей;
- внесення змін до правил або формату гри за потреби [4].

Дотримання перерахованих етапів дасть змогу ретельно підготувати школярів з порушення інтелекту до проведення гри та забезпечить підвищення ефективності навчального процесу.

Завдяки поетапній підготовці школярі отримають можливість краще зрозуміти правила гри, розвинути навички співпраці, логічного мислення та самоконтролю. Участь у грі сприятиме не лише закріпленню навчального матеріалу, але й формуванню соціальних та комунікативних умінь, що є важливими для всебічного розвитку дітей з порушеннями інтелекту.

Слід зазначити, що застосування ігор з цеглинками LEGO можуть ефективно застосовуватися під час вивчення різних тем. Наведемо приклад такої гри на уроці української мови під час закріплення голосних і приголосних звуків.

Принцип виконання гри: Вчитель називає або показує певну літеру, а учні мають підняти цеглинку відповідного кольору (*голосний* - зелена цеглинка, *приголосний* - червона цеглина).

Для закріплення різноманітних умінь і навичок слід застосовувати й інтелектуальні ігри, однією з яких є «Чарівний мішечок». Цікавим у грі є те, що кількість предметів у мішечку не випадкова. Щоразу вона змінюється залежно від цілей навчання, зокрема від того, які характеристики предметів необхідно розпізнати: форму, розмір, фактуру або інші ознаки.

Також варто підкреслити, що для підвищення інтересу до навчання молодших школярів з інтелектуальними порушеннями потрібно включати інтелектуальні ігри, де бажаний результат досягається творчим мисленням. Прикладом такої гри може бути «Лабіринт ідей», у якій бере участь увесь клас або значна частина дітей, а решта контролює хід гри, спостерігаючи за виконанням завдань і підтримуючи своїх однокласників.

Не менш ефективними та важливими є застосування ігор та ігрових прийомів з інноваційним матеріалом LEGO і на уроках математики. Як відомо, математика є одним із найскладніших предметів для засвоєння учнями з порушеннями інтелекту. Тому впровадження ігор з LEGO у навчальний процес допомагає підвищити зацікавленість цієї категорії учнів завдяки доступній і наочній подачі матеріалу та закріпити математичні знання і навички через практичні та ігрові вправи.

Одним із прикладів є гра з цеглинками LEGO **“Яка башта вища”**, яка дозволяє вчити учнів розрізняти поняття «більше», «менше», «порівну», порівнювати кількість предметів за висотою та числом, вміти використовувати знаки («>», «<», «=») для порівняння кількості (Рис.2).

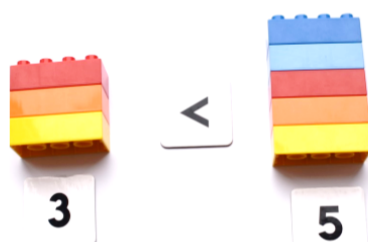


Рис. 2. Наочність до гри «Яка башта вища»

Зазначимо, що у випадках, якщо учням важко з рахунком, вчителю слід надати їм спеціальні підказки: наприклад, показати цифри та дозволити пальцями «доторкнутися» до цеглинок.

Неможливо не згадати і про дидактичні ігри на уроках математики з кольоровими паличками Кюізенера. Адже, цей дидактичний матеріал дасть змогу закріпити знання про склад числа, вивчити операції додавання та віднімання, а також навчаються орієнтуватися у просторі, що не менш важливо для учнів з порушеннями інтелекту.

При цьому, ігрові завдання, що допомагають реалізувати мету гри, можуть бути різноманітними: наприклад, скласти потяг з паличок-вагонів від найкоротшої до найдовшої (дидактична гра «Подорож на поїзді»); побудувати будиночки для іграшок за «планом», використовуючи картки з числами, які вказують кількість поверхів та довжину (дидактична гра «Будівельники»).

Важливо зазначити, що кількість ігор, їхній зміст, методика проведення та час, відведений для ігор на уроках математики, повинні визначатися з урахуванням навчально-виховних завдань, які необхідно вирішити для певної теми або уроку.

Застосування педагогом ігрових прийомів є також дуже ефективним підходом для формування читацьких умінь учнів з інтелектуальними порушеннями, роблячи цей процес захопливим та емоційно забарвленим. Так, одним з ігрових прийомів є вправа **“Дощик”**, що допомагає учням опанувати навички інтонаційного читання. **Розглянемо цей прийом:**

- Спочатку накрапає дощик – учні починають читати тихо, майже пошепки.
- Потім дощ посилюється – читання стає голоснішим.
- Далі починається злива – учні читають голосно й енергійно.
- Поступово злива слабшає – читання стає тихішим.
- І нарешті, дощ припиняється – учні зупиняють читання.

Такий ігровий прийом на уроках літературного читання не лише тренує вміння варіювати гучність голосу під час читання, але й додає елемент гри, що формує інтерес школярів з порушеннями інтелекту до уроку. Учні із задоволенням відчують себе частиною “природного явища”, водночас засвоюючи важливі читацькі навички.

Потрібно зазначити, що ігрові прийоми ефективні не лише на уроках літературного читання, а й у процесі вивчення інших предметів, зокрема інтегрованого курсу “Я досліджую світ”. Вони дозволяють адаптувати навчальний матеріал до інтересів і можливостей учнів з інтелектуальною недостатністю, сприяючи розвитку не лише читацьких умінь, але й логічного мислення та зв’язного мовлення.

Так, під час вивчення розділу “Пізнаю природу” чудовим прикладом слугує гра “Відгадай, хто це”, в якій один учень (ведучий) описує тварину, описуючи її зовнішній вигляд, звички та раціон, не називаючи її безпосередньо. Інші учні мають вгадати, про яку тварину йдеться. Наприклад, ведучий може сказати: “Вона маленька, сіра, з гострим хвостиком, живе в норі, любить сир...” (це миша).

З власного досвіду хочемо зазначити, що важливого значення у сучасному освітньому середовищі надається й інтерактивним іграм на сучасних платформах, однією з яких є “LearningApps”. Цей онлайн-ресурс є зручним інструментом для підтримки освітнього процесу, оскільки дозволяє створювати власні ігрові завдання або використовувати вже готові матеріали за будь-якою тематикою. Нижче розглянемо основні переваги використання LearningApps у роботі з даною категорією учнів:

1. Диференціація завдань: платформа дозволяє легко налаштовувати рівень складності завдань відповідно до індивідуальних можливостей кожного учня. Це дає змогу забезпечити принцип індивідуального підходу.

2. Розвиток когнітивних навичок: інтерактивні ігри сприяють розвитку уваги, пам’яті, логічного мислення та мовлення. Завдяки використанню яскравих візуальних елементів і звукових сигналів платформа допомагає залучити навіть тих дітей, яким складно зосередитися на традиційних навчальних заняттях.

3. Мотиваційний компонент: інтерактивний формат ігор стимулює учнів з порушеннями інтелекту до активної участі у навчальному процесі. Завдання, які мають ігровий характер, викликають у дітей більше зацікавлення та позитивну емоційну реакцію порівняно зі звичайними вправами.

4. Формування комунікативних навичок: платформа може використовуватися для групових завдань, що сприяє розвитку навичок взаємодії, командної роботи та комунікації серед учнів.

5. Автоматизована перевірка завдань: дозволяє автоматично перевіряти правильність виконання завдань, що суттєво економить час педагога. Це особливо важливо під час роботи з великими групами дітей або в умовах інклюзивного навчання. Однак використовуючи такого роду ігри педагогу слід усвідомлювати, що «навчання через гру» - це значить забезпечення умов того, щоб учні грали (не грались!) у навчанні, і щоб гра як природня діяльність забезпечувала розвиток їх когнітивних та творчих навичок, спонукала до вивчення нового матеріалу. Таким чином, така гра буде ефективною за умови врахування педагогом наступних аспектів:

1. Поступове ускладнення гри. Якщо гра є складною, її слід проводити поетапно, починаючи з окремих дій або елементів. Лише після засвоєння цих етапів можна пропонувати учням гру в повному обсязі або в її різних варіаціях.

2. Активна роль педагога. Учитель повинен брати участь у грі не лише як керівник, але й як активний учасник. Його завдання – забезпечити поступальний розвиток гри, спрямовуючи її відповідно до навчальних і виховних завдань.

3. Чітка мета гри. Основною метою гри є досягнення конкретного результату, а не лише процес забави. Гра має допомагати учням у прийнятті оптимальних рішень, засвоєнні навчальної інформації та розвитку взаємодії з іншими дітьми.

4. Оцінка готовності учнів до гри. Учитель має враховувати готовність учнів до гри, особливо тих, які потребують самостійності та ініціативності. Педагог повинен оцінити рівень навичок взаємодії, соціалізації, здатність учнів до самоконтролю та адаптації.

5. Контроль і корекція дій. Кожен крок школярів має контролюватися педагогом, а за необхідності – коригуватися. Це дозволяє дотримуватись цілей уроку, уникати небажаних ситуацій та надавати учням своєчасну підтримку. Вчитель також має уважно спостерігати за реакцією дітей на ігрові елементи, щоб оцінити рівень їхнього комфорту.

6. Атмосфера довіри та співпраці. У процесі гри між учителем і учнями повинна панувати атмосфера взаємоповаги, довіри та співпереживання. Це створює комфортні умови для навчання та розвиває в учнів впевненість у своїх силах.

7. Уникнення надмірних зауважень. Довгі зауваження під час гри можуть погіршити настрій учнів, знизити їхній інтерес до гри або навіть викликати агресію. Педагог має заохочувати дітей і надавати підтримку у позитивному ключі.

8. Поєднання дидактичних і корекційних цілей. Гра повинна не лише виконувати навчальну функцію, але й мати корекційну мету, спрямовану на розвиток пізнавальних, емоційних і соціальних навичок учнів [4].

Зауважимо, що ігрова діяльність має бути регулярною та послідовною. Починаючи з простих завдань, ігри поступово ускладнюються і урізноманітнюються залежно від рівня знань і навичок учнів. Систематичне використання ігор сприяє розвитку пам'яті, логічного мислення, самостійності, наполегливості та вихованню кмітливості.

Дидактичні ігри можна використовувати як для ознайомлення з новим матеріалом, так і для його закріплення. Вони ефективні під час повторення та глибшого осмислення вивченого, формування навичок і розвитку мислення. Регулярне впровадження таких ігор значно підвищує ефективність навчання, сприяючи формуванню позитивного ставлення до навчального процесу.

На нашу думку, дотримання наведеного вище алгоритму дасть змогу забезпечити ефективність у застосування ігор й ігрових прийомів для засвоєння навчального матеріалу учнями з інтелектуальними порушеннями.

Висновки. Ігрові методи та прийоми є потужним інструментом у навчанні школярів початкових класів з інтелектуальними порушеннями, сприяючи не тільки засвоєнню навчального матеріалу, але й розвитку пізнавальних, соціальних та емоційних навичок. Гра наповнює навчальний процес емоційним забарвленням, створює мотивацію та успішність учнів, робить складні теми доступними й цікавими. Особливо ефективним у

сучасному інклюзивному середовищі є використання інноваційних матеріалів, таких як LEGO та палички Кюізенера, які допомагають учням закріпити знання через практичну та наочну діяльність.

Однак для досягнення високих результатів необхідно враховувати індивідуальні особливості учнів з інтелектуальними порушеннями та організувати ігрову діяльність відповідно до їхніх можливостей. Ключовими аспектами є поступове ускладнення ігор, активна роль педагога, створення атмосфери довіри, а також чітка мета гри, що сприяє дидактичним та корекційним цілям.

Таким чином, впровадження ігрових прийомів у навчання учнів з порушеннями інтелекту не лише забезпечує ефективність освітнього процесу, але й сприяє їх соціалізації та адаптації у суспільстві.

Перспектива подальших досліджень: У подальших дослідженнях ми розглядатимемо удосконалення ігрових технологій в умовах інклюзивного навчання шляхом розробки ефективних засобів їхньої адаптації та модифікації, а також визначення відповідних вимог до їхнього використання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бібік Н. М. Гра в навчанні молодших школярів: варіативність підходів до застосування. URL: <https://uej.undip.org.ua/index.php/journal/article/view/692/79>
2. Копосов П. Г. Нова українська школа: дидактичні особливості організації навчально-ігрової діяльності учнів 1-2 класів: навчально-методичний посібник / П. Г. Копосов. – Харків : Фабула, 2021. – 160 с.
3. Лапшина І. М. Реалізація ідей В.О. Сухомлинського в практиці роботи сучасних освітніх закладів: збірник матеріалів регіональних педагогічних читань / І. М. Лапшина. – Вип. 14. – Вінниця : "Ландо ЛТД", 2018. – 268 с.
4. Матвеєнко Я.В. Ігрові методи навчання з дітьми з ООП. URL: <https://naurok.com.ua/igrovi-metodi-navchannya-z-ditmi-z-ooop-prikladi-igor-dlya-ditey-iz-zatrimkoyu-psihichnogo-rozvitku-366752.html>
5. Мачинська Н. І., Оприск, М. А. Теоретичні аспекти використання ігрових технологій на уроках у початковій школі з учнями з ООП. URL: <https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/1715/1681>
6. Савченко О. Я. Дидактика початкової школи: Підручник для студентів педагогічних факультетів / О. Я. Савченко. – Київ : Генеза, 2002. – 368 с.
7. Чеботарьова О. В. Учні початкових класів із порушеннями інтелектуального розвитку: навчання та розвиток : навчально-методичний посібник / О. В. Чеботарьова, І. В. Гладченко. – Харків: Ранок, 2020. – 128 с.

ІСТОРИЧНИЙ РОЗВИТОК І СУЧАСНІ ПІДХОДИ АНІМАЛОТЕРАПІЇ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

HISTORICAL DEVELOPMENT AND MODERN APPROACHES OF ANIMAL-ASSISTED THERAPY IN PHYSICAL REHABILITATION

Djuhovanets Erika¹

²*Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine*

E-mail: diuhovanets.erika@student.uzhnu.edu.ua

Školitel'/scientific adviser: Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor

Анотація

Анімалотерапія є сучасним напрямом у фізичній терапії, який ґрунтується на терапевтичній взаємодії пацієнтів із тваринами. Цей метод реабілітації використовується для оптимізації фізичного та психоемоційного стану пацієнтів, включаючи відновлення рухових функцій, покращення когнітивних здібностей, зниження рівня стресу і тривожності.

Анімалотерапія особливо ефективна у реабілітації пацієнтів із неврологічними, психіатричними та соматичними розладами, включаючи дитячий церебральний параліч, аутизм, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також при реабілітації після травм та захворювань опорно-рухового апарату. Біомеханічний та психосоціальний вплив тварин на організм сприяє активації нервово-м'язового апарату, покращенню координації рухів та загальної адаптації до фізичних навантажень.

Подальший розвиток анімалотерапії, її інтеграція в міждисциплінарні програми та використання в реабілітаційних центрах відкриває нові перспективи в сучасній фізичній терапії.

Ключові слова:

Анімалотерапія; фізична терапія; реабілітація.

Abstract

Animal-assisted therapy is a modern trend in physical therapy based on therapeutic interaction between patients and animals. This method of rehabilitation optimizes patients' physical and psycho-emotional state, including restoration of motor functions, improvement of cognitive abilities, and reduction of stress and anxiety.

Animal-assisted therapy is especially effective in the rehabilitation of patients with neurological, psychiatric, and somatic disorders, including cerebral palsy, autism, and post-traumatic stress disorder (PTSD), as well as in the rehabilitation of injuries and diseases of the musculoskeletal system. The biomechanical and psychosocial impact of animals on the body helps to activate the neuromuscular system and improve the coordination of movements and overall adaptation to physical activity.

The further development of animal-assisted therapy, its integration into interdisciplinary programs, and its use in rehabilitation centers open up new perspectives in modern physical therapy.

Keywords:

Animal-assisted therapy; physical therapy; rehabilitation.

Вступ

Анімалотерапія, або терапія із залученням тварин, є одним із перспективних напрямів фізичної терапії, який поєднує медичний, психотерапевтичний та соціальний підходи до реабілітації пацієнтів. Цей метод базується на унікальних властивостях взаємодії між людиною і тваринами, що сприяють покращенню фізичного, психічного та емоційного здоров'я. Використання анімалотерапії в лікуванні має доведену ефективність і продовжує розвиватися в різних галузях медицини та реабілітації. У цій статті розглядається історичний розвиток анімалотерапії, її основні види, специфіка застосування при різних захворюваннях, її розвиток в Україні та роль у реабілітації військовослужбовців.

Історичний огляд

Ідея використання тварин у лікуванні бере свій початок із давніх часів. У первісному суспільстві взаємодія з тваринами була частиною релігійних і лікувальних ритуалів. У єгиптян тварини виступали як божества, а їхні зображення використовувалися в обрядах і мистецтві. Давні греки та римляни вважали, що спостереження за тваринами та їхнє оточення сприяє фізичному й психічному здоров'ю. Наприклад, у римських термах часто утримували птахів і дрібних тварин для створення заспокійливої атмосфери.

Вперше документальне використання тварин для лікування зафіксовано в 1792 році в психіатричній лікарні Йорка (Англія), де взаємодія з тваринами позитивно впливала на емоційний стан і поведінку пацієнтів. Вони стали частиною терапевтичного середовища, допомагаючи покращити соціальні навички пацієнтів і сприяти їхній адаптації до зовнішнього світу.

У XIX столітті Флоренс Найтінгейл, піонерка медсестринства, зазначала, що домашні тварини сприяють зниженню тривожності та поліпшенню настрою у хворих. Наприклад, у військових шпиталях використовували собак і кішок, щоб покращити емоційний стан солдатів. Дослідження того часу свідчили, що взаємодія з тваринами сприяла прискоренню процесу одужання.

У XX столітті дитячий психіатр Борис Левінсон започаткував сучасний підхід до анімалотерапії, використовуючи собак у терапії дітей із психоемоційними розладами. У 1970-х роках у США були проведені дослідження, що підтвердили позитивний вплив взаємодії з тваринами на когнітивні функції, соціалізацію та психоемоційний стан пацієнтів.

З другої половини XX століття анімалотерапія почала активно інтегруватися в програми реабілітації літніх людей, осіб із психічними розладами та пацієнтів із травмами опорно-рухового апарату. Поступово цей метод став невід'ємною частиною фізичної терапії. Сьогодні анімалотерапія використовується в багатьох країнах світу, включаючи США, Великобританію, Канаду, Німеччину та Францію.

Основні види анімалотерапії

Анімалотерапія включає кілька основних напрямів, кожен із яких має специфічні методики та завдання:

1. Каністерапія (терапія за допомогою собак)

Каністерапія – це вид анімалотерапії, що використовує спеціально навчених собак для покращення фізичного, психоемоційного та соціального стану пацієнтів. Основні механізми впливу каністерапії базуються на розвитку моторної активності, покращенні когнітивних функцій, стимуляції комунікативних навичок та створенні емоційної підтримки.

Основні напрями каністерапії:

- **Активна взаємодія:** пацієнт доглядає за собакою, вигулює її, грається, що сприяє покращенню моторики та розвитку фізичних функцій.
- **Пасивна взаємодія:** контакт із собакою шляхом тактильного спілкування (погладжування, обійми), що сприяє зниженню тривожності, нормалізації серцевого ритму та покращенню емоційного стану.
- **Терапевтична взаємодія:** собаки залучаються до реабілітаційних програм для людей із порушеннями опорно-рухового апарату, неврологічними та психічними розладами.

Каністерапія активно використовується при лікуванні дітей із аутизмом, ДЦП, розладами мовлення, порушеннями координації та неврологічними захворюваннями. У військових реабілітаційних центрах цей метод застосовується для допомоги ветеранам, які страждають на посттравматичний стресовий розлад.

2. Іпотерапія (терапія за допомогою коней)

Іпотерапія – це метод реабілітації, що базується на використанні верхової їзди як засобу для відновлення функцій опорно-рухового апарату та психоемоційного стану пацієнта. Унікальність іпотерапії полягає в тому, що рухи коня імітують природну людську ходу, що допомагає пацієнтам із порушеннями рухової функції покращити баланс, зміцнити м'язи та відновити навички ходьби.

Основні механізми впливу іпотерапії:

- **Біомеханічний вплив:** під час верхової їзди задіяні практично всі групи м'язів, що сприяє зміцненню опорно-рухового апарату.
- **Сенсорний вплив:** температура тіла коня вища за людську, що сприяє розслабленню м'язів та зниженню спазмів.
- **Психотерапевтичний ефект:** взаємодія з конем розвиває почуття відповідальності, впевненості у власних силах та покращує емоційний стан пацієнта.

Іпотерапія ефективно застосовується при реабілітації пацієнтів із ДЦП, розсіяним склерозом, після інсультів та травм хребта. Крім того, цей метод використовується у програмах відновлення військовослужбовців.

3. Дельфінотерапія

Дельфінотерапія – це метод реабілітації, що використовує взаємодію пацієнта з дельфінами у водному середовищі. Доведено, що ультразвукові хвилі, які випромінюють дельфіни, мають позитивний фізіологічний вплив на організм людини.

Основні механізми впливу дельфінотерапії:

- **Гідротерапевтичний ефект:** плавання з дельфінами сприяє зміцненню м'язів, розвитку координації та покращенню витривалості організму.

- **Акустичний вплив:** ультразвукові сигнали дельфінів покращують нервову регуляцію, стимулюють мозкову діяльність та сприяють відновленню когнітивних функцій.

- **Психотерапевтичний ефект:** спілкування з дельфінами знижує рівень стресу, покращує емоційний стан та сприяє розвитку комунікативних навичок.

Дельфінотерапія активно застосовується у реабілітації дітей з аутизмом, синдромом Дауна, неврологічними захворюваннями, а також для осіб, які пережили психотравматичні події.

4. Фелінотерапія (терапія за допомогою котів)

Фелінотерапія передбачає використання взаємодії з кішками для покращення фізичного та психоемоційного стану людини.

Основні ефекти фелінотерапії:

- **Релаксаційний вплив:** муркотіння котів сприяє зниженню рівня тривожності, нормалізує артеріальний тиск та покращує якість сну.

- **Фізіотерапевтичний ефект:** контакт із котами сприяє розслабленню м'язів, що корисно для людей із захворюваннями суглобів та м'язового апарату.

- **Соціальна адаптація:** взаємодія з котами допомагає людям, які пережили стрес, депресію або соціальну ізоляцію.

Фелінотерапія використовується у роботі з пацієнтами, які мають психоемоційні розлади, зокрема депресію, тривожні стани, розлади сну та хронічний стрес.

Застосування при різних захворюваннях

Анімалотерапія використовується для реабілітації пацієнтів із широким спектром захворювань:

Неврологічні захворювання

1. Іпотерапія

➤ Іпотерапія є одним із найбільш ефективних методів реабілітації пацієнтів із дитячим церебральним паралічем (ДЦП). Завдяки біомеханіці руху коня, що імітує людську ходу, пацієнти отримують постійне тренування м'язів, покращують координацію рухів і рівновагу. Окрім того, тепло тіла коня сприяє розслабленню м'язів і зменшенню спазмів, що особливо важливо для пацієнтів із гіпертонусом м'язів.

➤ При розсіяному склерозі іпотерапія допомагає покращити баланс, м'язову силу та гнучкість, а також запобігти атрофії м'язів. Крім того, взаємодія з конем сприяє емоційному піднесенню та покращенню психологічного стану пацієнтів.

➤ Травми спинного мозку часто призводять до значних обмежень у русі, і іпотерапія є важливим компонентом реабілітаційної програми. Вона допомагає пацієнтам відновити рухові навички, зменшити больовий синдром та стимулює нейропластичність мозку, що сприяє кращій адаптації до життя після травми.

2. Дельфінотерапія

➤ Для пацієнтів із аутизмом дельфінотерапія є унікальним методом стимуляції комунікативних навичок. Дельфіни створюють природну мотивацію до спілкування, допомагаючи дітям покращити концентрацію уваги, зменшити агресивну поведінку та розвинути соціальні навички.

➤ У випадку синдрому Дауна взаємодія з дельфінами стимулює сенсорну інтеграцію, покращує когнітивні здібності та зменшує рівень тривожності. Гра з дельфінами сприяє моторному розвитку та координації рухів.

➤ Постінсультна реабілітація за допомогою дельфінотерапії включає роботу над відновленням рухових функцій, покращенням мовлення та когнітивних процесів. Звукові коливання, які випромінюють дельфіни, позитивно впливають на мозкову активність та сприяють відновленню нейронних зв'язків.

Психічні та емоційні розлади

1. Каністерапія

➤ Взаємодія із собаками сприяє зниженню рівня стресу та тривожності, що особливо важливо для пацієнтів із депресією. Спілкування з собакою стимулює вироблення ендорфінів і серотоніну, що позитивно впливає на емоційний стан.

➤ Для осіб, які пережили психотравматичні події (наприклад, військовослужбовці з посттравматичним стресовим розладом – ПТСР), каністерапія допомагає покращити адаптацію до соціального життя, відновити відчуття безпеки та довіри.

➤ У дітей з аутизмом каністерапія сприяє розвитку комунікативних навичок і покращує здатність до взаємодії із зовнішнім середовищем.

2. **Фелінотерапія**

➤ Спілкування з кішками має заспокійливий ефект, що допомагає при лікуванні тривожних розладів та депресії. Муркотіння кішки діє як природний антистресовий механізм, сприяючи релаксації та зниженню рівня кортизолу.

➤ Покращення якості сну також є одним із позитивних ефектів фелінотерапії. Люди, які страждають на безсоння, відзначають, що контакт із котами сприяє швидшому засинанню та глибшому сну.

Опорно-руховий апарат

1. Іпотерапія

➤ Використовується для лікування та корекції порушень постави, таких як сколіоз, особливо в дітей та підлітків. Рухи коня змушують вершника постійно утримувати рівновагу, що сприяє зміцненню м'язів спини та покращенню постави.

➤ Після травм опорно-рухового апарату іпотерапія допомагає відновити координацію рухів, покращити м'язову силу та сприяти реабілітації після оперативних втручань.

➤ Для пацієнтів із поліомієлітом іпотерапія є одним із ефективних методів відновлення функцій м'язів та координації рухів.

Розвиток анімалотерапії в Україні

Анімалотерапія в Україні активно розвивається як науковий та практичний напрям. З кожним роком зростає кількість спеціалізованих центрів, які використовують методи взаємодії з тваринами для реабілітації пацієнтів. В Україні впроваджено програми анімалотерапії для дітей з особливими потребами, пацієнтів із неврологічними та психічними розладами, а також для військовослужбовців, які повернулися з бойових дій. Одним із провідних центрів, де впроваджують іпотерапію, є реабілітаційний центр "Тріумф" на Житомирщині. У центрі працюють спеціально навчені коні, які допомагають дітям із ДЦП, аутизмом та іншими порушеннями опорно-рухового апарату розвивати координацію, зміцнювати м'язи та покращувати психоемоційний стан. У Києві активно функціонує "Іпотерапевтичний центр Спіріт", який спеціалізується на відновленні моторних навичок та адаптації пацієнтів після травм.

Дельфінотерапія в Україні також набирає популярності. В Одесі та Трускавці діють спеціалізовані дельфінарії, де проводять реабілітаційні програми для дітей із неврологічними захворюваннями та психічними розладами. Взаємодія з дельфінами сприяє покращенню когнітивних здібностей, нормалізації емоційного стану та розвитку комунікативних навичок.

Каністерапія в Україні розвивається переважно у спеціалізованих освітніх та реабілітаційних закладах. Собаки допомагають дітям із синдромом Дауна, аутизмом, розладами поведінки та після травм головного мозку. У багатьох містах країни створено волонтерські організації, які проводять заняття з каністерапії в лікарнях, дитячих будинках та центрах соціальної реабілітації.

Фелінотерапія також знаходить своє місце в українських реабілітаційних програмах. Спілкування з кішками сприяє нормалізації серцевого ритму, зниженню рівня стресу та підвищенню загальної стійкості організму до стресових факторів. У деяких реабілітаційних центрах кішки використовуються як допоміжний терапевтичний засіб для пацієнтів із депресією та невротичними розладами.

Важливо відзначити, що Україна активно впроваджує міжнародний досвід у галузі анімалотерапії, співпрацюючи з європейськими країнами та США. Медичні заклади та реабілітаційні центри проводять дослідження ефективності анімалотерапії, що дозволяє інтегрувати цей метод у систему охорони здоров'я на офіційному рівні.

Анімалотерапія для військовослужбовців

Окрему увагу заслуговує використання анімалотерапії у реабілітації військовослужбовців, особливо тих, хто отримав поранення або страждає на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). В Україні діють спеціалізовані програми для військових, які повернулися з війни, де залучають собак, коней та дельфінів для відновлення фізичного та емоційного стану бійців.

Каністерапія для військових. У реабілітаційних центрах використовують спеціально навчених собак для зниження рівня тривожності, стабілізації емоційного стану та покращення соціальної адаптації ветеранів. Дослідження показують, що контакт із собакою допомагає зменшити рівень кортизолу – гормону стресу, підвищити рівень окситоцину та відновити здатність до соціальної взаємодії. Собака стає своєрідним містком між пацієнтом і суспільством, сприяючи зниженню ізоляції та депресивних станів.

Іпотерапія для військових. Іпотерапія є одним із найефективніших методів реабілітації військових після травм опорно-рухового апарату. Верховна їзда допомагає відновити координацію рухів, покращити рівновагу та сприяє відновленню функцій м'язів. Крім того, спілкування з конем допомагає відновити емоційну рівновагу, знизити рівень агресії та тривожності/

Дельфінотерапія для військових. Плавання з дельфінами сприяє розслабленню, покращує емоційний стан та знижує рівень нервової напруги. Дельфіни допомагають подолати психологічні травми, сприяючи відновленню довіри до оточуючих. У деяких реабілітаційних програмах використовується поєднання дельфінотерапії з психотерапевтичними методиками, що дає високі результати у відновленні психічного здоров'я військових.

Анімалотерапія для військовослужбовців в Україні є перспективним напрямом, який продовжує активно розвиватися. Урядові та громадські ініціативи сприяють впровадженню нових програм, що допомагають адаптувати бійців до цивільного життя та покращити їхній психоемоційний стан. Подальше фінансування та підтримка цього напрямку дозволять розширити можливості реабілітаційної допомоги для військових і зробити її доступною для більшої кількості пацієнтів.

Висновки

Анімалотерапія є перспективним напрямом у фізичній терапії, що поєднує біомеханічні, сенсорні та психоемоційні механізми впливу на організм пацієнта. Основні її напрями, зокрема іпотерапія, каністерапія, дельфінотерапія та фелінотерапія, мають науково підтверджену ефективність у відновленні рухових функцій, покращенні координації та моторного контролю, а також у зниженні рівня стресу і тривожності.

Особливо значущою є роль анімалотерапії у реабілітації пацієнтів із неврологічними та ортопедичними порушеннями. Іпотерапія, завдяки унікальним біомеханічним властивостям руху коня, є ефективним методом для покращення балансу, стабілізації постави та стимуляції м'язової активності, що робить її важливою складовою програм відновлення при дитячому церебральному паралічі, розсіяному склерозі, постінсультних станах і травмах спинного мозку.

Каністерапія відіграє ключову роль у розвитку моторики, покращенні дрібної та загальної моторики у дітей, а також у прискоренні адаптаційних процесів у пацієнтів після травм та хірургічних втручань. Дельфінотерапія, використовуючи гідродинамічний ефект та ультразвукові хвилі, сприяє стимуляції нейропластичності та покращенню рухових і когнітивних функцій.

Зростаючий інтерес до анімалотерапії, її активне впровадження в реабілітаційних центрах та клініках, а також інтеграція з іншими методами фізичної терапії відкривають нові можливості для покращення якості життя пацієнтів. Подальший розвиток цього

напряму, стандартизація методик та їх адаптація до потреб конкретних клінічних випадків сприятимуть підвищенню ефективності фізичної реабілітації та розширенню її терапевтичного потенціалу.

Література

Гасило Д. Д. Анімалотерапія як засіб соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців /Д. Д. Гасило, Л. В. Доценко // Київський національний лінгвістичний університет. – 2024. – С. 36–39.

URL:<https://psy.knlu.edu.ua/wpcontent/uploads/2024/11/%D0%9C%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%96%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%86%D1%96%D1%97-2024.pdf#page=36>.

Гончаренко І. В. Фелінотерапія: особливості впливу котів на стан здоров'я людини. /І. В. Гончаренко, А. В. Лобас // Національний університет біоресурсів і природокористування України, Київ, Україна. – 2023. – С. 209.

URL: <http://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-34.pdf#page=209>.

Грибок Н. Іпотерапія в системі фізичної реабілітації /Н. Грибок, О. Гладка // Дрогобич, Україна. – 2019. – С. 190–191.

URL: https://eprints.mdu.edu.ua/id/eprint/10746/1/Rozwoj_April_23.4.2019.pdf#page=190.

Дубенська О. Ю. Анімалотерапія як напрямок психотерапевтичної допомоги під час пандемії COVID-19: кваліфікаційна робота. // Міністерство внутрішніх справ України, Львівський державний університет внутрішніх справ, Центр післядипломної освіти, заочного та дистанційного навчання, Кафедра теоретичної психології. – Львів, 2022. – С. 5–8.

Олійник А. В. Анімалотерапія в контексті сучасної медицини/ А.В.Олійник, К. Ю. Петрова // Національний фармацевтичний університет. – 2021. – С. 346–347.

URL: <https://dspace.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/33915/1/346-347.pdf>.

Орлова Т. Д. Анімалотерапія як перспективний напрямок реабілітаційного лікування людини / Орлова Т. Д., Краснов С. П., Швець О. А. // Науковий вісник ЛНУ ветеринарної медицини та біотехнологій. Серія Економічні науки. - 2021 (92), - С. 160-164.
<https://doi.org/10.32718/nvlvet-e9227>

Пантелєєв В.О. Сучасна наука та освіта Волині. // Збірник матеріалів науково-практичної онлайн-конференції «Сучасна наука та освіта Волині». – Луцьк: Вежа-Друк, 2020. – С. 188–189.

URL:<https://lib.lntu.edu.ua/sites/default/files/202103/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20ISBN.pdf#page=188>.

Сучасні технології в оздоровчій діяльності. // Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти та молодих вчених «Сучасні технології в оздоровчій діяльності». – Запоріжжя: НУ «Запорізька політехніка», 2024. – С. 41–45. – URL:https://zp.edu.ua/uploads/dept_s&r/2024/conf/5.1/Suchasni_tekhnologiyi_v_ozdorovchiy_diyalnosti_II_-_conf_proc.pdf#page=41.

Шевирьова Г. Г. Зоотерапія в житті дітей з особливими потребами. // Система надання освіти дітям з особливими освітніми потребами в умовах сучасного закладу: Збірник за матеріалами VII Всеукр. наук.-практ. конф. (11 грудня 2019 року). – Лисичанськ: ВП «Лисичанський педагогічний коледж Луганського національного університету імені Тараса Шевченка» – Лисичанськ: ФОП Єгорова О. Є. – 2019. 1 – С. 187–188.

EXPERIENCE OF EARLY CORRECTIVE ASSISTANCE TO CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITIES IN UKRAINE

Kyrlyk Kamila¹, Korkh Oleksandra²

4th year students specialty 016 Special education.

educational level bachelor

e-mail: kyrlyk.kamila@student.uzhnu.edu.ua

korkh.oleksandra@student.uzhnu.edu.ua

Scientific Mentor: Klyap Marianna,

Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor

^{1,2} Uzhhorod National University (Ukraine)

Abstract. This article examines the issue of early corrective assistance for children with intellectual disabilities in Ukraine. Modern scientific approaches to early intervention are analyzed, and the main challenges and prospects in this field are identified. Particular attention is given to innovative correctional methods, such as art therapy, music therapy, fairy tale therapy, sand therapy, aromatherapy, chromotherapy and sensory integration. The importance of an interdisciplinary approach in working with young children is emphasized, aiming to create optimal conditions for their socialization and harmonious development. The international experience of early intervention is also explored, along with opportunities for its adaptation to the Ukrainian educational and healthcare system.

The purpose of the article: to analyze the concept of early corrective assistance for children with intellectual disabilities, as well as to review innovative methods used in the correction of the development of children with intellectual disabilities in Ukraine.

Materials and methods: theoretical research methods - analysis, comparison, systematization of information from scientific and methodological publications and synthesis, generalization of scientific research results.

Key words: early corrective assistance, intellectual disabilities, innovative methods, socialization, psychophysical development, inclusive education, special pedagogy, correctional and developmental methods.

Анотація. У статті розглядається проблема ранньої корекційної допомоги дітям із порушеннями інтелектуального розвитку в Україні. Проаналізовано сучасні наукові підходи до ранньої корекції, визначено основні виклики та перспективи цієї галузі. Значну увагу приділено аналізу інноваційних методів корекційної роботи, таких як арт-терапія, музична терапія, казкотерапія, пісочна терапія, ароматерапія, хромотерапія та сенсорна інтеграція. Розкрито важливість міждисциплінарного підходу у роботі з дітьми раннього віку, що має на меті створення оптимальних умов для їхньої соціалізації та гармонійного розвитку. Досліджено міжнародний досвід раннього втручання та можливості його адаптації до української освітньої та медичної системи.

Постановка проблеми: На сьогоднішній день проблема своєчасного надання ранньої корекційної допомоги дітям з інтелектуальними порушеннями набуває особливої актуальності. Кількість дітей з подібними порушеннями зростає, і для покращення їх психофізичного стану важливо організувати якісну корекційну роботу. Однак, одним із

ключових викликів є несвоєчасне звернення батьків до фахівців, що значно ускладнює процес корекції. Виявлення відхилень від нормотипового розвитку на ранніх етапах та своєчасна взаємодія з корекційними установами здатні запобігти розвитку вторинних і супутніх ускладнень та сприяти соціалізації дітей.

На жаль, в Україні досвід надання ранньої корекційної допомоги базується на обмеженій кількості теоретичних і практичних досліджень. Корекційна робота здебільшого проводиться в інклюзивно-ресурсних центрах, і лише в окремих випадках із залученням спеціальних груп фахівців у приватних та благодійних організаціях або в дошкільних закладах. Такий стан речей зумовлює необхідність більш глибокого дослідження організації ранньої допомоги та її впровадження у практику.

Аналіз останніх досліджень і публікацій: Ефективність ранньої корекційної допомоги для дітей з інтелектуальними порушеннями підкреслюється у працях багатьох вітчизняних та закордонних вчених. Наприклад, Марія Монтессорі та Масару Ібука акцентували увагу на важливості створення умов для розвитку дітей на ранніх етапах. Українські науковці Л.В. Костюк, Г.М. Кукуруза та С.П. Миронова висвітлювали значущість ранньої корекції для запобігання вторинних ускладнень та сприяння соціальній інтеграції. Зокрема, С.П. Миронова зазначала, що своєчасне створення спеціальних умов для виховання дітей з психофізичними порушеннями дозволяє значно спростити їхню соціалізацію [9].

Незважаючи на широкий спектр наукових досліджень у цій сфері, практичний досвід ранньої корекційної допомоги в Україні залишається недостатньо розвиненим. Це зумовлює необхідність подальшого вивчення даної тематики для вдосконалення методик і програм, а також розробки рекомендацій для їх впровадження в роботу інклюзивно-ресурсних центрів і закладів дошкільної освіти. Таким чином, проведення дослідження, спрямованого на аналіз досвіду реалізації ранньої корекційної допомоги в Україні, є вкрай актуальним і важливим для розвитку цієї галузі.

Мета статті: проаналізувати поняття ранньої корекційної допомоги дітям з інтелектуальними порушеннями, а також здійснити огляд інноваційних методів, що використовуються в корекції розвитку дітей з порушеннями інтелекту в Україні.

Матеріали та методи: теоретичні методи дослідження – аналіз, порівняння, систематизація інформації з науково-методичних видань та синтез, узагальнення результатів наукових досліджень.

Ключові слова: рання корекційна допомога, інтелектуальні порушення, психофізичний розвиток, соціалізація, інклюзивно-ресурсні центри, дошкільна освіта, інноваційні методи корекції.

Виклад основного матеріалу дослідження. Порівняно з іншими країнами Україна досить пізно почала проводити ранню корекційну допомогу дітям з порушеннями психофізичного розвитку, в тому числі з інтелектуальними порушеннями. Варто зауважити, що робота щодо впровадження ранньої корекційної допомоги почалась уже в кінці ХХ ст. Саме в цей період раннє виявлення та корекція відхилень у розвитку стали запроваджуватися в українській спеціальній педагогіці.

Проте в зазначений період дана робота відносилась до сфери охорони здоров'я, проблемою порушень психофізичного розвитку дітей раннього та дошкільного віку, в тому числі з порушеннями інтелектуального розвитку, займались у пологових будинках,

дитячих лікарнях, санаторіях, поліклініках, дитячих будинках. Корекційна спрямованість роботи у психолого-педагогічному вимірі у той час вважалася менш значущою, увага приділялась більше медичній стороні відхилення, і вважали, що інтелектуальні порушення потребують саме медичного втручання. Проте варто зазначити, що проводилася й певна педагогічна робота. З дітьми намагалися налагодити контакт, здійснювали перші спроби проведення ранніх корекційних занять. У той час було доведено, що ефективність педагогічних корекційних занять існує, і тому досвід такої роботи варто поширювати. Зокрема, Міністерством охорони здоров'я України вперше було розроблено єдину систему раннього виявлення дітей із порушенням слухом, яку впроваджено в країні як обов'язкову [10].

Проте варто зазначити, що всі теоретичні та практичні роботи, які стосувались корекції розвитку дітей раннього віку, які були здійсненні в кінці ХХ ст., стали базовим у становленні ранньої корекційної допомоги на початку ХХІ століття. У 2001-2010 роках вивчення можливостей надання ранньої корекційної допомоги дітям з порушеннями психофізичного розвитку розширювалось і розвивалось. Зокрема, у цей час науковці обґрунтовували важливість якомога швидшої корекційної допомоги дітям, у яких наявні інтелектуальні порушення, з метою їх більш успішної соціалізації. Активно стала впроваджуватися рання корекційна допомога для дітей зазначеної категорії, для цього почали створюватися центри раннього втручання як осередки міждисциплінарної сімейно-центрованої допомоги [6].

У подальший період система ранньої допомоги дітям з порушеннями інтелекту в Україні дедалі масштабується, одночасно з цим також починає реалізовуватися право дітей із інтелектуальними порушеннями на освіту разом із своїми здоровими однолітками. При цьому велика увага приділяється індивідуальним можливостям дитини у сфері навчальної та пізнавальної діяльності.

С. Хоменко вважає, що сучасна система раннього втручання вирішує такі завдання:

- раннє виявлення дітей з проблемами розвитку або їх загрози;
- забезпечення міждисциплінарної комплексної оцінки стану здоров'я і розвитку дитини, психолого-педагогічних здібностей і можливостей батьків та інших членів сім'ї;
- визначення потреб дитини і сім'ї на основі виявлених діагностичних показників та розробка індивідуальної програми їх корекції;
- організація процесу надання ранньої допомоги дитині й підтримки членам сім'ї;
- забезпечення співпраці між установами охорони здоров'я і освіти та сім'єю [10].

Отже, у цей період і по сьогодні відбувається активний розвиток системи ранньої корекційної допомоги, розробляються й затверджуються нормативно-правові документи, науково-теоретична база щодо створення системи раннього втручання в Україні.

Рання корекція в загальній та корекційній педагогіці базується на розумінні важливості раннього втручання для оптимального розвитку дітей.

Професор С. Миронова вважає важливим у наданні ранньої корекційної допомоги врахування онтогенетичного розвитку психофізичних функцій. Динаміка розвитку здорової та дитини з інтелектуальними порушеннями підпорядковується єдиним загальним закономірностям [7, с.44]. Тобто, вся корекційна робота з дитиною з інтелектуальними порушеннями має бути спланована так, щоб у дитини відкоригувалися

порушені пізнавальні можливості. І вся дана робота має бути спланована відповідно до наявних у дитини відхилень розвитку, а також потрібно зважати на можливості дитини. Г. Кукурудза стверджує, що принцип раннього виявлення, є одним із провідних принципів [6]. Основою цього принципу є систематичне спостереження за розвитком дітей ще на ранніх етапах їхнього життя. І при виявленні будь-яких відхилень в розвитку, батьки мають негайно звернутись до провідних фахівців, які вчасно почнуть проводити корекційну роботу, що допоможе досягти ефективних результатів у розвитку пізнавальних можливостей дитини.

На думку професора С. Миронової, важливо організувати ранню корекційну допомогу через діяльність [7, с.44]. Взагалі вся корекційна робота, яка проводиться з дітьми з інтелектуальними порушеннями, має базуватись на відповідній для вікового періоду дитини діяльності. Саме за допомогою провідної діяльності, притаманної віковому періоду, можна досягти зацікавленості дитини та ефективно проводити корекційні заняття. Для дітей раннього та дошкільного віку провідною діяльністю є гра. І вся подальша корекційна робота має будуватись з урахуванням даної особливості. Тобто вся корекційна робота має бути побудована в ігровій формі та за допомогою іграшок. З використанням ігор можна відкоригувати у дитини ті сфери пізнавальної активності, які відповідають її віку. Також під час гри отриманні знання і навички у дитини з інтелектуальними порушеннями закріплюються набагато краще та набагато швидше.

Ще одним принципом ранньої корекційної допомоги Г. Кукурудза вважає комплексність у корекційній роботі [6]. Для ефективної комплексної допомоги потрібно пам'ятати про основні складові: психологічну, педагогічну, соціальну і, звичайно, лікувальну допомогу. Всі ці складові не працюють відокремлено, їх варто застосовувати у комплексі. Адже тільки у співпраці фахівців можна досягти позитивних результатів. А для проведення комплексної роботи мають бути задіяні відповідні фахівці-професіонали, а саме корекційні педагоги, психологи, логопеди, вихователі, педагоги, соціальні педагоги, соціальні працівники та лікарі. Робота з дитиною з інтелектуальними порушеннями має плануватися заздалегідь і разом у співпраці даних фахівців. Звичайно ця робота має проводитись на систематичній основі задля досягнення спільної мети.

Дослідниця Г. Соколова звертає увагу на те, що для ефективної корекційної роботи обов'язково мають бути залучені батьки дитини. Батькам надається пріоритетна значимість у корекційній роботі з дитиною з інтелектуальними порушеннями, адже саме батьки найкраще знають свою дитину і несуть відповідальність за життя та здоров'я дитини. Батьки відіграють важливу роль у всій корекційній роботі, адже у ранньому віці дитина дуже тісно прив'язана до батьків. Та й взагалі більшість часу дитина проводить саме з ними, тому без їх активного залучення досягнути позитивного результату буде складно. Тільки на основі партнерства фахівців та батьків дитини з порушеннями інтелекту можна буде говорити про ефективність результатів корекційних занять. І варто зауважити, що без безпосередньої активності батьків у корекційному процесі вся корекційна допомога може вважатися недоцільною [7, с.61].

На думку С. Миронової важливо не забувати про психолого-педагогічний супровід родини [7, с.45]. Родина, в якій виховується дитина з інтелектуальними порушеннями, потребує підтримки, адже жодна родина не готова до тієї реальності, з якою вона зіткнулася. Відповідні фахівці мають надавати всім членам родини необхідну допомогу

і знання, які потребує родина для гармонійного розвитку дитини з інтелектуальними порушеннями. Саме від настрою родини та кола найближчих людей дитини з порушеннями інтелекту, буде залежати загальний настрій цієї дитини.

Дослідниця І. Бугайова зауважує, що не менш важливим є індивідуальний підхід до дитини. Під час планування змісту корекційної роботи фахівці підбирають різні методи та прийоми, які будуть застосовуватись на майбутніх корекційних заняттях, враховуючи індивідуальні особливості даної дитини. Обов'язково береться до уваги діагноз дитини, її особливості, можливості, враховується загальний розвиток дитини, її поведінкові особливості, бажання йти на контакт з людьми [11, с.203].

Також при ранній корекційній допомозі важливо підготувати та залучити дитину до соціальної інтеграції чи інклюзії. С. Миронова наголошує, що важливо вже з раннього віку не ізолювати дитину з інтелектуальними порушеннями, а адаптувати її до умов нормального життя [7, с.45]. Для цього дитина повинна соціалізуватись з ровесниками, а також і з дорослими людьми, які її оточують. Важливо навчити дитину знаходитись у соціальному середовищі і взаємодіяти з ним. Не варто оточувати дитину з інтелектуальними порушеннями тільки дітьми, які мають таке саме порушення розвитку. Потрібно показати дитині однолітків з тим рівнем розвитку, до якого прагнуть довести дитину. Адже коли дитина буде бачити перед собою приклад дітей з нормотиповим розвитком, вона буде намагатися наслідувати їх, тим самим вона буде розвиватись. За допомогою цього принципу буде розвиватись і адаптуватись у соціум не тільки дитина з порушеннями інтелекту, а таким чином і ціла родина дитини буде адаптуватись під звичайні умови існування повноцінної родини [6].

І. Гевал обґрунтовує важливість принципу широкого спектру втручань [2], доводячи, що при ранній корекційній допомозі фахівці застосовують різні стратегії та методики роботи, які допоможуть покращити пізнавальні можливості дитини з інтелектуальною недостатністю.

В цілому, рання корекція в педагогіці ставить перед собою завдання не лише виправити виявлені відхилення у розвитку, а й створити оптимальні умови для повноцінного розвитку кожної дитини в майбутньому.

У теперішній час в Україні започатковано корекцію розвитку дітей із особливостями розвитку або їх загрозою раннього та дошкільного віку силами команд раннього втручання. Члени цих команд практикують сучасні інноваційні методики та напрацьовують власні підходи до роботи з дітьми з інтелектуальними порушеннями. У своїй роботі команди спираються на досвід закордонних колег, зокрема ізраїльських, зважаючи на те, що вони вже давно практикують ранню корекцію. Українські фахівці хочуть не тільки працювати з дітьми, у яких підтверджений діагноз, а прагнуть починати корекційну роботу якнайраніше, коли дитина потрапляє до групи ризику розвитку порушення. Стручек Н., директор київського дитячого садка «Дитина з майбутнім», наголошує, що такий підхід вкрай важливий, щоб виявити якомога раніше потенційні розлади і вчасно підтримати дитину, щоб пізніше не зіткнутися зі словом «діагноз» [9]. Також з метою поширення послуги ранньої корекційно-розвиткової роботи з дітьми з інтелектуальними порушеннями в Україні було створено Програму розвитку дітей раннього та дошкільного віку з інтелектуальними порушеннями [11]. Вона затверджена

у 2023 році, відповідає сучасним тенденціям і має на меті покращити загальний розвиток дітей з порушеннями інтелекту вже з раннього віку.

У різних містах України відкривається нові інклюзивно-ресурсні центри, які надають послуги ранньої корекційної допомоги, команди фахівців раннього втручання створюються при медико-соціальних центрах, відкриваються дошкільні заклади з інклюзивним навчанням. У цих закладах працюють професіонали, які надають допомогу дітям з інтелектуальними порушеннями раннього та дошкільного віку, а також їхнім сім'ям.

У країні також готують кваліфікованих фахівців, які в майбутньому зможуть допомогти дітям. Для цього в університетах для студентів – майбутніх фахівців зі спеціальної освіти окремо відводиться час на вивчення особливостей надання ранньої корекційної допомоги. Молоді фахівці здатні планувати корекційні заходи, які вони будуть проводити з дітьми, що потребуватимуть цієї допомоги.

У цілому в Україні реалізуються потрібні умови для створення команд ранньої корекційної допомоги, вся ця робота здійснюється з урахуванням досвіду закордонних колег та адаптується під необхідні потреби.

При проведенні ранньої корекційної допомоги з дітьми, що мають порушення інтелекту, використовуються традиційні та інноваційні технології.

Л. Галенко стверджує, що інновації в корекційній педагогіці мають на меті розробку та впровадження нових форм, методів і засобів підвищення ефективності корекційно-педагогічно-розвивального та реабілітаційного процесів і сприяють оптимізації використання особистісно орієнтованих, нейропсихологічних, арт-терапевтичних, інформаційних технологій [1, с.9].

На основі аналізу психолого-педагогічної та наукової літератури можна зробити висновок, що при роботі з дітьми раннього віку використовують різноманітні технології. Т. Крижанівська вказує, що одним із цікавих методів у ранній корекційній роботі вважається метод *арт-терапії*. Загалом арт-терапія має «лікувальну» мету, спрямовану на корекцію різноманітних порушень та відхилень особистісного розвитку людини, проте, коли мова йде про арт-терапію з дітьми раннього віку, мета застосування цього методу більш сконцентрована на профілактичному та навчальному ефекті [5].

Найчастіше під арт-терапією розуміють терапію образотворчим мистецтвом, якщо ж мова йде про дітей раннього віку, то це будуть малюнки, метою яких є вплив на психоемоційний стан дитини. За допомогою арт-терапії можна вплинути на емоційний розвиток дитини, зменшити агресію, стрес, депресію. За допомогою арт-терапії можна підвищити настрій дитини, урівноважити емоційну нестійкість, імпульсивність емоційних реакцій, позбутися у дитини почуття самотності. Арт-терапія допоможе подолати міжособистісні конфлікти у дитини, за допомогою цієї методики можна зменшити тривожність, страхи, а також підняти самооцінку у дитини.

Для роботи з дітьми раннього віку фахівці застосовують арт-терапію малюнком. У дітей дошкільного віку найчастіше виникає велике бажання малювати. Дітям взагалі не важливо, чим малювати, будуть це кольорові олівці чи фарби, ручка чи крейда. Для них важливий сам процес малювання.

Для ефективного результату процес арт-терапії має бути чітко спланованим, у дитини мають бути необхідні матеріали, середовище має бути сприятливим для праці, малювання має відбуватися у тиші або під спокійну мелодію.

Фахівцями Т. Крижанівською та І. Гевал було доведено, що арт-терапія допомагає при проведенні ранньої корекційної допомоги дітям з інтелектуальними порушеннями. За допомогою застосування даної методики можна сформувати у дитини вираження емоцій, розвивати спілкування, творчість. Уся робота спрямовується таким чином, щоб вона позитивно вплинула на розвиток особистості дитини.

І. Гевал вважає, що ще одним ефективним методом, який використовують у ранній корекційній роботі, є *музична терапія*. Музична терапія – це простір, в якому діти з порушеннями психофізичного розвитку вчаться володіти основними рухами відповідно до звучання музики, розвивати слухові відчуття, виховувати культуру поведінки. Музика позитивно впливає на вегетативну нервову систему дитини, є стимулятором мисленнєвих процесів і стабілізатором комунікативних взаємин між дорослими та дітьми [2].

Доведено, що музика здатна змінити стан дитини, як фізичний так і психічний. Якщо дитина чує приємну музику, вона відчуває емоційне збудження, яке посилює увагу, тонізує центральну нервову систему. У роботі з дітьми з інтелектуальними порушеннями потрібно використовувати спеціально підбрану музику. За допомогою музичної терапії у дитини буде розвиватись почуття темпу, ритму, часу. Також у дитини відбувається розвиток розумових здібностей і фантазії, розвивається моторика. Формуються вербальні і невербальні комунікативні навички. Розвиваються вольові якості, такі як витримки спостережливості та кмітливості [4].

Г. Ройко зазначає, що при роботі з дітьми раннього віку часто використовують метод *казкотерапії*. Казкотерапія – це терапія середовищем, особливою казковою атмосферою, в якій можуть виявитися потенційні риси особистості, щось нереалізоване; може матеріалізуватися мрія. а головне – виникає відчуття захищеності та смак таємниці; казкотерапія також сприяє формуванню зв'язку між казковими подіями та поведінкою в реальному житті, перенесенню казкових смислів у реальність [2].

Для використання даного методу найчастіше використовують народні чи авторські казки, або спеціально придумані історії. Проте, в роботі з дітьми, що мають інтелектуальні порушення, слід враховувати особливості такої дитини, а саме особливості мислення та його процесів, варто зважати, що такі діти не розуміють причинно-наслідковий зв'язок. Такі діти часто не розуміють переносного значення слова, яке часто є в казці, вони не вміють переносити казкові ситуації у свій досвід тощо. При роботі з казкою доцільно буде провести аналіз казки, де будуть виділені основні її елементи і сформується у дитини правильні поняття. Можна придумовувати з дитиною казку, тим самим у дитину буде розвиватись уява. Доцільним буде малювання казок, за допомогою цього буде розвиватись і уява, і дрібна моторика.

Казкотерапія використовується для розвитку творчих здібностей дітей, вдосконалення їх взаємодій з навколишнім світом. За допомогою цього методу можна утворити зв'язки між казковими подіями і поведінкою в реальному житті. Казкова терапія характеризується, особливою казковою атмосферою, в якій можуть проявитися потенційні можливості дитини з порушеннями інтелекту.

Казкотерапія показує високі результати у ранній корекційній допомозі дітям з порушеннями інтелекту. Дітям цікава дана методика корекції, і вони із задоволенням відвідують такі заняття.

І. Зеленюк відзначає, що найчастіше у роботі з дітьми з інтелектуальними порушеннями використовують метод *ігротерапії*. Отже, ігротерапія є провідним засобом профілактики і корекції розладів поведінки дітей з порушеннями інтелекту завдяки тому, що гра, на відміну від діяльності неігрового типу, активніше впливає на процеси становлення особистості дитини, сильніше зачіпає її глибинні емоційні переживання [3].

Саме у грі діти можуть поводити себе природно і гра не має вікових обмежень. Взагалі гра зорієнтована на особистість дитини, а допомагають дитині проживати різні життєві ситуації, саме різні предмети та іграшки. За допомогою гри можна розвивати у дітей навички спілкування, відбувається загальний розвиток дитини, а також саморозвиток.

Через ігрову діяльність дитина може вільно висловлюватись без негативних наслідків, дитина може проявляти свою цікавість та емоції. За допомогою гри у дитини розвивається бажання досліджувати навколишнє середовище, дитина прагне з'ясувати причинно-наслідкові зв'язки між подіями та явищами.

Гра є помічником у спілкуванні, розумінні та освоєнні соціальних ролей, соціальних навичок. Тому корекційні педагоги використовують гру з різними цілями залежно від завдань корекційної роботи.

Гра є найкращим засобом формування стосунків з дитиною, що має інтелектуальні порушення. Це доведено багатьма дослідниками, що вивчали питання впливу гри на розвиток і формування особистості у дитячому віці [7, с.57]. Дитина не здатна виразити свої почуття відкрито, тому свої емоції вона відтворює на іграшках. Діти з інтелектуальними порушеннями уже в ранньому віці стикаються з рядом труднощів, тому саме ігрові ситуації виявляють й розвивають різні сторони особистості, задовольняють різні інтелектуальні й емоційні потреби, в ній формується характер особистості, здатної до самореалізації. За допомогою ігрової терапії дитина може навчитись самостійно діяти у різних ситуаціях, вона навчитись самостійно приймати рішення, також дитина почне взаємодіяти з іншими людьми.

Також під час гри дитина сама в змозі перевірити свої сили, тобто таким чином здійснюється самодіагностика. У грі дитина отримує можливість у вільних діях, дитина може самовиражатись і самостверджуватись. За допомогою гри у дитини розвиваються навички самопізнання, що позитивно впливає на розвиток дитини.

Отже, гру розглядають, як необхідну складову корекційної роботи з дитиною з інтелектуальними порушеннями, тому варто приділити увагу впровадження такої методики, як ігрова терапія.

І. Гевал зазначає, що в ранній корекційній роботі з дітьми з інтелектуальними порушеннями, доцільно буде застосовувати методику *ароматерапії*. Ароматотерапія – це лікування запахом. У 1939 р. фізіолог Д. І. Шатенштейн вперше науково обґрунтував і експериментально довів, що деякі нюхові подразники впливають на функції людини і особливо на її працездатність [2]. Задля цього ароматерапію часто використовують у роботі з дітьми з інтелектуальними порушеннями. Вона допомагає зняти напругу чи втому, ефективно впливає на підвищення настрою і працездатності у дітей.

Дана методика ефективно працює в поєднанні з іншими методиками та показує високі результати.

Також позитивні результати, на думку І. Гевал, показує така методика корекційної роботи, як *хромотерапія*. Хромотерапія (лікування кольором) – давній природний метод лікування, заснований на використанні монохроматичних випромінювань оптичного діапазону хвиль [2]. Заняття з використанням хромотерапії покращує здоров'я дітей з інтелектуальними порушеннями, нормалізує їхні емоції. За допомогою оточення дитини якимись відповідними кольорами можна вплинути на її емоційний стан. За допомогою різних кольорів можна зняти рівень тривожності у дитини, заспокоїти її, налаштувати на заняття тощо.

За допомогою червоного кольору можна емоційно зігріти дитину, наповнити її енергією, підвищити відчуття безпеки і впевненості в собі. За допомогою помаранчевого кольору можна надати дитині бадьорість, він допоможе підняти настрій дитині, наповнити її енергією. Даний колір виводить з депресії, а також сприяє правильному розумовому розвитку.

Жовтий колір безпосередньо впливає на психіку дитини, цей колір покращує пам'ять та активізує інтелект дитини, а також цей колір здатний урівноважувати нервову систему. За допомогою цього кольору можна збільшити витривалість у дитини.

Зелений колір відповідає за заспокоєння, допомагає структурувати думки, також він допомагає підвищити імунітет.

За допомогою синього кольору можна заспокоїти дитину, проте цей колір викликає бажання спати. Його ефективно використовувати як допомогу при головних болях.

Важливу роль відіграє білий колір, адже він контролює більшість фізіологічних і психологічних процесів дитини. При використанні цього кольору можна зменшити стрес, в цілому цей колір діє як система ініціації всіх фізіологічних функцій дитячого організму. Зважаючи на це, корекційним педагогам варто будувати свою роботу уникаючи агресивних кольорів, які негативно впливають на емоційний стан дитини.

І. Гевал також стверджує, що при корекційній роботі, доречно поєднувати хромотерапію з елементами пісочної терапії. Адже піску можна дати кольорове забарвлення, яке можна змінювати відповідно до стану емоційно-вольової сфери дитини. Пісочна терапія – це ключ до внутрішнього світу дитини, один з засобів виразити переживання, досліджувати світ, побудувати стосунки. Пісок – ідеальне розвиваюче середовище, де можна творити без страху, що-небудь зламати або зіпсувати. Основоположна ідея пісочної терапії полягає в тому, що дитина, переносячи на площину пісочниці свої фантазії і переживання, може контролювати самотійно свої спонукання, виражаючи їх в символічній формі [8].

Під час заняття можна використати кольорову баночку (пофарбувавши її у потрібний колір), у яку можна помістити свічку на батарейках чи гірлянду на батарейках (забезпечення безпечного середовища для дитини) і дати дитині змогу пофантазувати самотійно чи релаксувати разом.

Пісочна терапія показує високі результати у ранній корекційній допомозі дітям з інтелектуальними порушеннями. Діти цікавляться даною методикою і із задоволенням відвідують заняття.

Сенсорна інтеграція відіграє критично важливу роль у розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями, оскільки вони часто мають труднощі з обробкою сенсорної інформації. Діти з порушеннями психофізичного розвитку, зокрема з аутизмом або порушенням інтелекту, можуть проявляти гіперчутливість або, навпаки, знижену чутливість до звуків, світла, дотиків, що впливає на їхню поведінку, навчання та соціальну взаємодію. Відсутність адекватної сенсорної інтеграції може призводити до труднощів у концентрації, моторному розвитку, мовленні та навіть емоційній регуляції. Польський вчений Тадеус Василевський стверджує, що порушення сенсорної інтеграції можуть викликати труднощі у спілкуванні, навчанні та соціальній адаптації. У роботі розглядаються методи терапії, спрямовані на покращення сенсорної інтеграції, включаючи спеціальні вправи та терапевтичні техніки [12]. Василевський зазначає, що корекційна робота з дітьми має включати багатоканальне сенсорне стимулювання, яке допомагає нормалізувати їхню реакцію на подразники.

Сенсорна інтеграція є критично важливою для розвитку мовлення, координації рухів, концентрації уваги та соціальної взаємодії. Діти з порушеннями сенсорної інтеграції можуть відчувати гіпер- або гіпочутливість до звуків, дотиків, світла, що впливає на їхню поведінку та навчання. Спеціальні сенсорні вправи допомагають їм краще адаптуватися до навколишнього середовища та розвивати необхідні навички. Тому вчасна діагностика та терапія сенсорних порушень мають ключове значення для всебічного розвитку дитини.

Польський вчений Тадеус Василевський стверджує, що для покращення сенсорної інтеграції використовують спеціальні вправи, що спрямовані на стимуляцію сенсорних систем, зокрема:

- Пропріоцептивні вправи (тактильні масажі, натискання, обійми) для покращення усвідомлення власного тіла.
- Вестибулярні активності (гойдання, катання на гойдалках, балансування) для розвитку рівноваги та координації.
- Аудіовізуальна стимуляція (музика, кольорові візуальні ефекти) для підтримки когнітивного розвитку та уваги [12].

Важливо, щоб заняття були регулярними та відповідали індивідуальним особливостям дитини. Комплексний підхід до сенсорної інтеграції допомагає дітям з ІІ краще сприймати навколишній світ, розвивати комунікативні навички та адаптуватися до соціального середовища.

Також хочеться зазначити, що в роботі з дітьми, що мають інтелектуальні порушення, використовуються фізкультхвилинки. Їх застосовують на корекційних заняттях, щоб покращити у дитини роботу мозку, фізкультхвилинки знімають напругу з органів слуху і зору, а також покращується функціонування дрібної моторики. Фізкультхвилинки дуже гармонійно можуть поєднуватись з музичною терапією та ритмікою.

Отже, при ранній корекційній роботі використовується велика кількість різноманітних методик, проте потрібно пам'ятати, що до кожної дитини потрібно шукати індивідуальний підхід, поєднувати ці методики і досягати ефективних результатів.

Висновки: Рання корекційна допомога дітям з інтелектуальними порушеннями є ключовою для їхнього розвитку та соціалізації. Ранній вік дитини характеризується високою пластичністю її мозку, що дозволяє досягти значних успіхів у компенсації

пошкоджених функцій і зменшенні вторинних ускладнень. Доведено, що своєчасна корекційна робота, яка враховує індивідуальні потреби дитини, сприяє її адаптації та полегшує інтеграцію в суспільство. В Україні система ранньої корекції тільки розвивається, але вже створюються спеціальні команди фахівців, які забезпечують індивідуальний підхід, використовують сучасні методики (арт-терапія, музична терапія тощо) і працюють із дітьми, що мають інтелектуальні порушення, спираючись на співпрацю з батьками.

Перспектива досліджень: Перспективи досліджень ранньої корекційної допомоги дітям з інтелектуальними порушеннями в Україні є вивчення потреб сімей, де виховуються діти з порушеннями інтелекту, для налагодження ефективної підтримки батьків та розроблення інструментів для оцінки ефективності програм корекції та їх довгострокового впливу на розвиток дітей через онлайн консультування в зв'язку з військовим станом в Україні. Це дозволить удосконалити систему ранньої допомоги та забезпечити її доступність у всій країні, не зважаючи на об'єктивні проблеми та труднощі.

Список використаних джерел:

1. Галенко Л. Інноваційні технології в корекційній роботі з дітьми з особливими освітніми потребами: навч.-метод. посібник. Харків: «Друкарня Мадрид», 2018. 110 с.
2. Гевал І. В. Методи корекційно-розвиткової роботи практичного психолога ІРЦ з дітьми, які мають інтелектуальні порушення легкого ступеня. URL: <https://vseosvita.ua/library/metodi-korekcijno-rozvitkovo-roboti-prakticnogo-psihologa-irc-z-ditmi-aki-maut-intelektualni-porusenna-legkogo-stupena-435342.html> (дата звернення: 03.11.2024 р.)
3. Зеленюк І. Реалізація методу ігротерапії, як засобу психокорекції та соціальної реабілітації для дітей з вадами психофізичного розвитку URL: <https://naub.oa.edu.ua/realizatsiya-metodu-ihroterapiji-yak-zasobu-psyhokorektsiji-ta-sotsialnoji-reabilitatsiji-dlya-ditej-z-vadamy-psyhofizychnoho-rozvytku/> (дата звернення: 03.11.2024 р.)
4. Ільєнко Г. Музична терапія URL: <https://palace.kyiv.ua/inklyuziya-muzykoterapiya/> (дата звернення: 10.11.2024 р.)
5. Крижанівська Т. А. Використання методів арт-терапії в роботі з дітьми раннього віку URL: <https://vseosvita.ua/library/vikoristanna-metodiv-art-terapii-v-roboti-z-ditmi-rannogo-viku-277745.html> (дата звернення: 10.11.2024 р.)
6. Кукурудза Г. В., Кравцова А. М. Раннє втручання як система фасилітації розвитку дитини з психомоторними порушеннями URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Mpsl_2017_12_3_12 (дата звернення: 18.02.2025 р.)
7. Миронова С.П. Методика корекційної роботи при порушеннях пізнавальної діяльності: підручник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2014. 260 с.

8. Пісочна терапія: веб-сайт. URL: http://dnz355.edu.kh.ua/psihologichna_sluzhba/storinka_praktichnogo_psihologa/poradi_ta_rekomendacii_vid_praktichnogo_psihologa/pisochna_terapiya/ (дата звернення: 10.11.2024 р.)
9. Трошанін О. Рання корекція розвитку дітей з особливостями – від 1 року URL: <https://naiu.org.ua/rannya-korektsiya-rozvytku-ditej-z-osoblyvostyamy-vid-1-roku/> (дата звернення: 26.11.2024 р.)
10. Хоменко С. Етапність розвитку системи ранньої допомоги в Україні URL: <https://pedscience.sspu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/06/11.pdf> (дата звернення: 20.11.2024 р.)
11. Чеботарьова О.В. , Блеч Г.О., Гладченко І.В., Бобренко І.В., Трикоз С.В., Мякушко О.І., Сухіна І.В., Бабій Н.С., Цимбалюк Н.П., Лукачук І.Д Програма розвитку дітей раннього та дошкільного віку з інтелектуальними порушеннями: К., ІСПП імені Миколи Яремченка НАПН України, 2023. 438 с.
12. Tadeusz Paweł Wasilewski Integracja sensoryczna i jej znaczenie dla funkcjonowania i rozwoju mowy dziecka URL: <https://bibliotekanauki.pl/articles/1035006.pdf> (дата звернення: 18.02.2025 р.)

ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ВІРТУАЛЬНОЇ РЕАЛЬНОСТІ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

THE USE OF VIRTUAL REALITY TECHNOLOGIES IN DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM

Matiko Alina¹

¹*Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine*

E-mail: matiko.alina@student.uzhnu.edu.ua

Školitel'/scientific adviser: Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor

Анотація

Віртуальна реальність (VR) стає важливим інструментом у фізичній реабілітації пацієнтів із неврологічними порушеннями, зокрема після інсульту. Використання VR сприяє відновленню рухових функцій, покращенню координації та мотивації пацієнтів, забезпечуючи інтерактивне та контрольоване середовище для терапії. Основні переваги VR включають надання зворотного зв'язку в реальному часі, можливість багаторазового повторення вправ та адаптацію до потреб конкретного пацієнта. Водночас існують певні обмеження, такі як висока вартість, необхідність спеціального обладнання та можливі фізіологічні реакції (запаморочення, нудота). Дослідження підтверджують ефективність VR у нейропластичності та відновленні моторних функцій, що робить його перспективним методом реабілітації.

Ключові слова:

Віртуальна реальність, фізична реабілітація, інсульт, моторика, нейропластичність

Abstract

Virtual reality (VR) is becoming an important tool in the physical rehabilitation of patients with neurological disorders, including stroke. The use of VR helps to restore motor functions, improve coordination and motivation of patients, providing an interactive and controlled environment for therapy. The main advantages of VR include providing real-time feedback, the ability to repeat exercises multiple times, and adaptation to the needs of a particular patient. At the same time, there are certain limitations, such as high cost, the need for special equipment, and possible physiological reactions (dizziness, nausea). Research confirms the effectiveness of VR in neuroplasticity and motor function recovery, making it a promising rehabilitation method.

Keywords

Virtual reality, physical rehabilitation, stroke, motor skills, neuroplasticity.

Вступ.

Інсульт є другою за поширеністю причиною смертності та інвалідності у світі, поступаючись лише ішемічній хворобі серця. Щороку від цієї патології помирає близько 6,5 мільйонів людей. В Україні ситуація залишається складною: країна займає лідируючі

позиції в Європі за рівнем захворюваності та смертності від інсульту. Щорічно реєструється приблизно 100-110 тисяч нових випадків (у 2017 році, згідно з даними Центру медичної статистики МОЗ України, зафіксовано 96 978 випадків). Статистика свідчить про високу летальність: 30-40% хворих помирають у перший місяць після інсульту, до 50% – протягом року. Приблизно 20-40% пацієнтів потребують постійного догляду, з яких 12,5% стають інвалідами, і лише 10% повністю повертаються до звичного життя. Повторні інсульти значно ускладнюють стан хворих і негативно впливають на перебіг супутніх захворювань.

Мета реабілітації після інсульту полягає в тому, щоб відновити функціональні можливості пацієнтів і запобігти розвитку ускладнень. Цей процес є складним і тривалим, вимагаючи впровадження інноваційних методів для досягнення максимальної ефективності.

Інсульт є однією з найпоширеніших причин інвалідності в індустріально розвинених країнах, суттєво впливаючи на якість життя не лише самих пацієнтів, а й їхніх родичів. Це захворювання має значний вплив не тільки на здоров'я окремих осіб, а й на суспільство загалом.

Інсульт – це гостре порушення кровообігу в головному мозку, що виникає внаслідок блокування або розриву кровоносної судини. При цьому постраждала ділянка мозку не отримує достатньої кількості кисню та поживних речовин, що призводить до загибелі нервових клітин.

Існує два основні типи інсульту: ішемічний і геморагічний.

Ішемічний інсульт розвивається через закупорку артерії, що постачає кров до мозку. Це може відбуватися через утворення тромбу (церебральний тромбоз), найчастішою причиною якого є атеросклероз – накопичення жирових відкладень у судинах. Ішемічні інсульти становлять приблизно 85% усіх випадків захворювання.

Геморагічний інсульт настає тоді, коли ослаблена кровоносна судина розривається, і кров виливається в мозок. Кров накопичується і створює тиск на навколишні тканини мозку. Ці кровотечі можуть бути спричинені анеризмою або артеріовенозною мальформацією (АВМ). Популяційне дослідження INTERSTROKE показало, що найбільш значимими факторами ризику ішемічного інсульту після артеріальної гіпертензії (35 %) є відсутність регулярного фізичного навантаження, ожиріння (26 %), співвідношення аполіпопротеїну В і А1 (25 %), тютюнопаління (19 %), нездорова дієта (19 %), кардіологічні чинники (7 %), цукровий діабет, депресія, психосоціальний стрес (5 %).

В умовах бойових дій стрес набуває особливого значення, а його травматичний характер викликає ризик мозкових інсультів. Основними факторами ризику серед військових залишаються артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, порушення ліпідного обміну, серцево-судинні патології, цукровий діабет та ожиріння. Додатковими тригерами є хронічний бойовий стрес, куріння, вживання алкоголю та психоемоційне визнавання.

Дослідження військовослужбовців, евакуйованих із зони бойових дій, показало, що ішемічні та геморагічні інсульти зустрічаються однаково часто (1:1), тоді як загальне населення переважають ішемічні (5:1). У 78,3 % військових спостерігався депресивний

синдром, у 87,0 % — тривожний, що може прискорити прогресування хронічної ішемії мозку та сприяти розвитку гострих мозкових катастроф.

Необхідна комплексна профілактика серед військових, що включає контроль судинних факторів ризику, психоемоційну підтримку та реабілітаційні заходи для зменшення впливу бойового стресу. Постійне перебування в умовах бойового навантаження призводить до порушення активації симпато-адреналової системи, що сприяє підвищенню артеріального тиску, порушення серцевого ритму та прогресуванню атеросклеротичних змін у судинах. Це значно ймовірність розвитку як гострих судинних подій (інсульту, інфаркту), так і запалення цереброваскулярних порушень.

Крім того, бойовий стрес часто супроводжується порушеннями сну, депресивними та тривожними розладами, які впливають на загальний стан здоров'я та відновлення необхідних після навантаження. Відсутність належної психологічної підтримки та реабілітації може призвести до прискореного розвитку судинних патологій навіть у молодих військовослужбовців. Тому ефективна система профілактики повинна включати не лише медикаментозний контроль факторів ризику, а й заходи щодо стабілізації психоемоційного стану: регулярні психологічні консультації, програми зниження стресу, фізичну активність та моніторинг серцево-судинного здоров'я.

Інсульт розвивається раптово та супроводжується тяжкими порушеннями, зокрема втратою свідомості, розладами серцевої та дихальної діяльності, порушенням мовлення і паралічами. Рухові розлади залежать від місця та обсягу ураження мозку й зазвичай проявляються на протилежному боці тіла через перетин пірамідних шляхів.

Найчастіше виникає геміплегія, яка спочатку проявляється сповільненням рухів, а потім переходить у спастичний параліч із характерними згинальними контрактурами рук і розгинальними порушеннями ніг. Важкий випадок — поза Верніке-Манна, коли рука приведена до тулуба, зігнута в лікті та пронована, а пальці стиснуті в кулак.

Лікування інсульту є комплексним і включає невідкладні заходи для стабілізації стану пацієнта, усунення причини порушення кровообігу, боротьбу з ускладненнями та підтримку процесу відновлення. Використовують медикаментозну терапію, ортопедичні та нейрохірургічні методи, корекцію харчування, психотерапію та фізичну реабілітацію. Одним із ключових методів відновлення після інсульту є лікувальна фізична культура (ЛФК), яка сприяє покращенню рухових функцій і прискорює реабілітацію.

Реабілітація пацієнтів після інсульту проходить у три етапи:

1. **Раннє відновлення (до 3 місяців):** цей етап проводиться в стаціонарі під час реабілітаційного періоду.
2. **Пізнє відновлення (до 1 року):** цей етап починається після виписки зі стаціонару.
3. **Залишкові рухові порушення:** остання стадія, яка включає залишкові рухові порушення.

Тривалість цих фаз, як і період відновлення загалом, залежить від клінічного перебігу захворювання та ступеня рухових порушень. Розрізняють п'ять ступенів рухових порушень:

- 1 — легкий парез
- 2 — помірний парез
- 3 — парез
- 4 — глибокий парез

- 5 – плегія або параліч

Від першої доби після ураження, за умови, що м'язовий тонус кінцівок не знижується і не переходить у спастичний стан, розпочинається лікування з метою профілактики контрактур рук і ніг. Паралізованій кінцівці надається положення, протилежне до пози Верніке-Манна, використовуючи валики та лонгету для фіксації. Уражену кінцівку розміщують у положенні лежачи на спині або на здоровому боці, змінюючи її розгиначне положення на згиначне і навпаки кожні 1,5–2 години. Лікування положенням переривається під час прийому їжі, сну, масажу та лікувальних процедур. Якщо виникає посилений біль або м'язові спазми, цей метод припиняють.

На третю-четверту добу розпочинають заняття лікувальною фізкультурою, які включають лікувальну гімнастику, дихальні вправи та пасивні рухи кінцівками. Наприкінці першого місяця і на початку другого додаються пасивні, активно-пасивні та активні вправи. Фізичні терапевти відзначають навіть найменші покращення рухових здібностей пацієнта, що позитивно впливає на його психоемоційний стан і мотивує до подальшого відновлення.

Підготовка до ходьби починається з простих рухів у положенні лежачи, коли пацієнт згинає ноги в колінах і притискає стопи до поверхні ліжка. Час перебування у сидючому положенні поступово збільшують, навчають вставати, розподіляти вагу на ноги та стояти на одній нозі. Через три тижні додають активні вправи для підготовки до сидіння та стояння, а наприкінці першого місяця переходять до ходьби.

Спочатку пацієнт пересувається за підтримки фізичного терапевта, використовуючи підтримуючі пов'язки та ортопедичне взуття, а згодом поступово переходить до самостійної ходьби. На всіх етапах реабілітації паралізовану руку підтримують пов'язкою, утримуючи передпліччя у положенні супінації, з випрямленими кистю та пальцями. Для корекції положення стопи застосовують еластичну тягу або ортопедичне взуття. Навчання ходьбі починається за допомогою фізичного терапевта, потім із підтримкою милиць або ходунків. На завершальному етапі реабілітації вводиться вільний режим, що триває 2–5 тижнів і включає лікувальну гімнастику, самостійні заняття, ходьбу, а також вправи для тулуба та кінцівок у різних положеннях. Комплексний підхід сприяє поступовому поверненню пацієнта до активного способу життя.

Віртуальна реальність (англ. virtual reality) - це комп'ютерна симуляція реального середовища, відтворення будь-якої ситуації через відчуття (зорові, слухові, нюхові, дотикові та ін) з метою здійснення реакцій у відповідь. Вперше поняття штучної реальності запровадив американський комп'ютерний художник Майрон Крюгер наприкінці 1960-х років. Технології VR використовують інтерактивні симулятори за допомогою шоломів або окулярів VR, проекторів та рукавичок із сенсорами. При цьому відбувається мультисенсорна (візуальна, звукова або тактильна) стимуляція в різних варіантах: пасивному (у вигляді перегляду відеороликів) або активному (коли людина маніпулює образом власного тіла - "аватаром" або конкретними об'єктами всередині віртуального сценарію) з використанням зворотного зв'язку від комп'ютера, що обчислює результати його дій. Вона може бути використана для тренування координації, відновлення здатності до ходьби та покращення балансу.

Ця технологія створює безпечний простір під наглядом, який можна адаптувати до індивідуальних потреб пацієнта, що сприяє розвитку рухових навичок (Aida et al., 2018). Завдяки здатності VR забезпечувати реалістичний і значущий досвід, він відповідає основним принципам реабілітації та покращує її результати (Levin, 2011).

Ефективність навчання підвищується, коли завдання є важливими, конкретними та регулярно повторюваними, а їхня складність поступово збільшується (Kleim and Jones, 2008; Levin, 2011). VR дозволяє гнучко змінювати кількість стимулів та рівень складності відповідно до індивідуальних потреб пацієнтів (Maier et al., 2019a; Rizzo and Koenig, 2017).

Крім того, VR-системи здатні забезпечувати цілеспрямований зворотний зв'язок у режимі реального часу, що відіграє ключову роль у формуванні рухових навичок і сприяє їх оперативному коригуванню (Ferreira et al., 2020; Pedreira et al., 2017).

Для відновлення моторних функцій поясу верхніх та нижніх кінцівок після перенесеного інсульту, як правило, використовують фізіотерапію та фізичну терапію: пацієнтам призначаються комплекси фізичної терапії, кінцева мета яких – відновлення втраченого зв'язку між моторними відділами головного мозку та відповідними кінцівками. Команда вчених з Бергенського університету (Норвегія) перевірили ефективність застосування VR технологій на 120 пацієнтах, які перенесли інсульт. Після проведення експерименту з'ясувалося, що моторні функції верхніх та нижніх кінцівок значно поліпшилися в усіх учасників експерименту.

Ефективність віртуальної реальності у фізичній реабілітації оцінюється за кількома ключовими аспектами:

1.Відновлення функцій. VR може значно поліпшити моторні функції у пацієнтів, які проходять реабілітацію після інсульту, травм або хвороб опорно-рухового апарату. Виконання завдань у віртуальному середовищі стимулює нейропластичність, що сприяє відновленню рухових навичок. VR-терапії часто включають вправи на поліпшення показників координаційних здібностей, що можуть бути особливо корисними для пацієнтів з порушеннями руху. Це може сприяти зменшенню ризику падінь і підвищенню фізичної активності. VR дозволяє створювати індивідуальні програми реабілітації, адаптуючи їх до потреб конкретного пацієнта, що сприяє підвищенню ефективності лікування.

2.Мотивація пацієнтів. VR-терапія робить вправи менш нудними і більш захоплюючими, що може значно підвищити мотивацію пацієнтів до занять. VR-системи часто включають елементи гейміфікації, що дозволяє пацієнтам бачити свій прогрес і досягнення. Це може підвищити впевненість у собі та стимулювати до подальших зусиль. Деякі VR-програми дозволяють пацієнтам взаємодіяти один із одним або з терапевтами в віртуальному середовищі, що може поліпшити соціальну підтримку та мотивацію.

3.Участь у реабілітаційних процесах. Використання VR стимулює пацієнтів активно залучатися до процесу реабілітації, оскільки вони можуть виконувати вправи у власному темпі та самостійно обирати рівень складності. Віртуальні середовища дозволяють поступово адаптувати пацієнтів до ситуацій, що викликають страх або тривогу (наприклад, ходьба по нерівній поверхні), що сприяє подоланню цих бар'єрів.

Пацієнти, які проходять VR-терапію, частіше дотримуються рекомендацій лікарів і терапевтів, оскільки процес стає більш захопливим та мотивуючим.

Занурення у віртуальну реальність має розважальний ефект, що відволікає пацієнтів від болісних процедур, знижує рівень тривожності, дискомфорту та незадоволеності лікуванням. Ідея мультисенсорного тренування у віртуальному середовищі для фізичної реабілітації була запропонована австралійськими фізіотерапевтами у 1982 році.

Дослідження 2022 року підтвердило, що VR-терапія не лише покращує рухові функції, а й сприяє зниженню рівня тривоги та депресії у пацієнтів після інсульту, що позитивно впливає на загальний реабілітаційний процес.

Перспективним напрямком у подоланні рухових розладів є тренування у віртуальному середовищі, яке створює сприятливі умови для освоєння рухових навичок. Комплекс VR-терапії включає комп'ютер, численні датчики руху та положення, а також окуляри з рідкокристалічним дисплеєм, на який передається зображення. Вправи виконуються у спеціально обладнаних приміщеннях, найчастіше у змодельованих кімнатах з побутовою обстановкою або коридорах для пересування. Використання VR-технологій є ефективним для покращення рухових функцій, особливо грубої моторики, оскільки сприяє розвитку координації та моторних навичок.

VR надає доступ до терапевтичних вправ, створюючи реалістичне середовище для інтерактивної взаємодії та відпрацювання завдань, які можуть бути недоступними у реальному житті через брак ресурсів або питання безпеки.

VR забезпечує візуальний, слуховий і тактильний зворотний зв'язок, що допомагає контролювати правильність виконання завдань, а позитивний зворотний зв'язок додатково мотивує пацієнтів до участі в терапії. Технологія дозволяє багаторазово повторювати вправи, що сприяє скороченню м'язів, розвитку координації та зміцненню нейронних зв'язків, активізуючи реорганізацію кори головного мозку. VR може включати ігрові елементи, які адаптуються до рівня пацієнта, допомагаючи уникнути нудьги та підтримувати мотивацію. Це сприяє підвищеній концентрації, інтенсивності занять і прихильності до реабілітації.

Порушення ходи спостерігається у понад 80% людей, які перенесли інсульт. Це зумовлено пошкодженням нейронних мереж у моторній корі, порушенням їхнього зв'язку зі стовбуром мозку, низхідними шляхами та спинномозковою локомоторною мережею. Внаслідок цього у пацієнтів формуються аномальні моделі ходи, що супроводжуються ослабленням м'язів, зміною м'язового тону та нетиповими руховими патернами. Додаткові труднощі можуть виникати через вторинні порушення серцево-судинної та опорно-рухової систем, спричинені недостатньою фізичною активністю. Після інсульту пацієнти часто розвивають компенсаторні рухові стратегії, які поєднуються з патологічними моделями ходи. Близько 25% пацієнтів потребують повної фізичної підтримки для пересування навіть при проходженні реабілітації.

Через порушення ходи пацієнти стикаються з труднощами у виконанні повсякденних завдань, що обмежує їхню мобільність. Сучасні методи реабілітації включають тренування на біговій доріжці з підтримкою ваги, роботизовану терапію, кругові тренування, самостійну реабілітацію та використання віртуальної реальності (VR). У систематичному огляді Д. Хао зі співавт. (2022) вивчено сучасні літературні дані щодо

впливу реабілітації на основі VR на зміни нейропластичності у людей з ішемічним порушенням мозкового кровообігу.

Основні нейрофізіологічні результати, отримані після втручання з використанням віртуальної реальності, включають покращення міжпівкульного балансу, посилення кортикального зв'язку, кортикального картування уражених м'язів кінцівок, а також підвищення активації ділянок у лобовій корі. Дослідження показали, що покращення показників нейронної пластичності корелює з позитивною динамікою відновлення рухових функцій. Встановлено можливе залучення системи дзеркальних нейронів, що пояснює механізми терапевтичних ефектів VR у реабілітації після інсульту.

Було доведено, що VR є ефективним методом для полегшення моторного навчання у сфері рівноваги та реабілітації ходи. Тренування ходи на основі VR варіювалося від неімерсивного до імерсивного, здебільшого проводилося на біговій доріжці і зазвичай поєднувалося зі стандартною фізіотерапією. Тривалість програм становила від 10 до 60 хвилин, а кількість сеансів – від 9 до 30. Реабілітація ходи за допомогою VR позитивно впливає на здатність пересуватися та загальний рівень функціональної незалежності пацієнтів.

Використання VR у фізичній реабілітації має багато переваг, але також супроводжується певними викликами та обмеженнями:

Висока вартість. VR-системи можуть бути фінансово недоступними для деяких клінік і пацієнтів, оскільки потребують значних витрат на обладнання, програмне забезпечення та його оновлення. Крім того, медичний персонал потребує додаткового навчання для ефективного використання VR у терапії, що також потребує інвестицій.

Технічні труднощі. VR-системи можуть виходити з ладу або потребувати регулярного обслуговування, що може переривати реабілітаційний процес. Інтеграція VR у вже існуючі методики реабілітації може бути складною, особливо якщо використовуються різні технологічні платформи.

Фізіологічні обмеження. Деякі пацієнти можуть відчувати дискомфорт, нудоту або запаморочення під час використання VR, особливо якщо не звикли до такого формату терапії. Для людей із серйозними фізичними або когнітивними порушеннями VR може бути недостатньо ефективним або складним у використанні.

Психологічні аспекти. У частини пацієнтів новітні технології можуть викликати страх або тривогу, що знижує мотивацію до терапії. Хоча VR дозволяє створювати персоналізовані реабілітаційні програми, не всі пацієнти отримують належну адаптацію та підтримку.

Недостатньо вивчений аспект. Попри численні позитивні результати, необхідні додаткові дослідження для оцінки довгострокової ефективності VR у різних сферах реабілітації. Відсутність загальноприйнятих стандартів впровадження VR може впливати на якість терапії.

Соціальні фактори. Надмірне використання VR може спричиняти відчуття ізоляції у пацієнтів, якщо воно замінює взаємодію з терапевтами чи іншими людьми. Крім того, захоплення віртуальними тренуваннями може зменшити фізичну активність у реальному житті, що є важливим для ефективної реабілітації.

Попри ці виклики, VR дає змогу адаптувати рівень складності завдань до потреб пацієнтів, забезпечує зворотний зв'язок у режимі реального часу та сприяє швидшій

корекції рухових навичок, що робить його перспективним інструментом у реабілітації[7].

На сьогодні в Україні використовують VR терапію в таких закладах:

- Реабілітаційні центри Recoveru
- 4help
- Платформа “RGS” використовується в реабілітації пацієнтів у 20 лікарнях України. Вона дозволяє пацієнтам проходити реабілітацію як у лікарні, так і вдома, використовуючи гаджет з доступом до інтернету. Система побудована за принципом гри, де за коректно виконані вправи пацієнт отримує бали для доступу до наступних етапів.

Висновки. На основі наукових досліджень можна зробити висновок, що використання віртуальної реальності (VR) є перспективним методом реабілітації пацієнтів після інсульту, особливо при відновленні ходи та моторних функцій. VR-технології сприяють нейропластичності, покращенню координації рухів, зниженню рівня тривожності та підвищенню мотивації пацієнтів до терапії. Завдяки інтерактивності, можливості індивідуального налаштування навантаження та використанню мультисенсорного зворотного зв'язку VR забезпечує ефективний контроль над процесом відновлення. Дослідження підтверджують, що VR-реабілітація може бути важливим доповненням до традиційних методів фізичної терапії, підвищуючи її ефективність і якість життя пацієнтів.

Література

- Баннікова Р., Магнушевський Ю. Modern state of the problem of physical rehabilitation of patients with motor disorders. Theory and Methods of Physical Education and Sports. 2014. No. 2. P. 44–48. URL: <https://doi.org/10.32652/tmfvs.2014.2.44-48>
- Горопашна С., Горошко В. Сучасні підходи відновної терапії після інсульту // Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. – 2022. – Т.7, №1. – С. 34-37.
- Корота М. В. Застосування віртуальної реальності в програмах фізичної реабілітації. – 2024. [Інтернет ресурс: URL: https://dspace.library.khai.edu/xmlui/bitstream/handle/123456789/8513/Korota_Zastosuvannya.pdf?sequence=1]
- Хандюк К. Фізична реабілітація пацієнтів, які перенесли інсульт: можливості та перспективи роботизованої терапії / Кирило Хандюк // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт : журнал – Луцьк, 2019. – Вип. 34. – С. 115–121. <https://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/23603>
- Levach DE, Svejstrup H. Motor learning and virtual reality for physical and motor rehabilitation. Virtual reality technologies for healthcare and clinical applications - New York: Springer., 2014. – DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0968-1_3.
- Saiko O. V. Clinical and neurological features of vascular pathology of the brain in military personnel evacuated from the area of the Joint Forces Operation // Emergency Medicine. – 2019. – Т. 8, №103. – С. 85-90.DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0586.8.103.2019.192377>.

KOMUNIKAČNÉ BARIÉRY V PRÁCI SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA S KLIENTOM

COMMUNICATION BARRIERS IN THE WORK OF THE SOCIAL WORKER WITH THE CLIENT

Gribová Malvína¹

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.*

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: malvinuska5@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: Dr. h. c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Abstrakt: Táto práca sa zameriava na komunikačné bariéry v práci sociálnych pracovníkov s klientmi, ktoré predstavujú významnú výzvu v oblasti poskytovania sociálnych služieb. Cieľom práce je identifikovať najčastejšie prekážky v efektívnej komunikácii medzi sociálnymi pracovníkmi a ich klientmi, a navrhnúť riešenia na ich odstránenie. Výskum sa zameriava na verbálnu a neverbálnu komunikáciu, pričom vychádza z analýzy odpovedí 123 respondentov, z toho 32 mužov a 91 žien, prevažne zo seniorskej populácie (65+). Výskumné otázky sa sústreďujú na rôzne aspekty komunikácie, jasnosť a zrozumiteľnosť reči, tempo komunikácie, ochota vysvetliť nejasnosti, používanie odborných termínov, a schopnosť sociálnych pracovníkov vypočuť si klienta. Výsledky ukazujú, že ženy častejšie pociťujú problémy s komunikáciou, ťažkosti spôsobujú nezrozumiteľné odborné výrazy či neprimerané tempo reči, zatiaľ čo muži tieto problémy vnímajú menej výrazne. V oblasti neverbálnej komunikácie boli zistené problémy s očným kontaktom, úprimnosťou sociálnych pracovníkov a vhodnou vzdialenosťou pri komunikácii. Zistenia naznačujú potrebu zlepšiť flexibilitu a prístup sociálnych pracovníkov k rôznym potrebám klientov, čo prispeje k vyššej spokojnosti a efektívnosti poskytovaných služieb.

Metódy: Kvantitatívne výskumné metódy sa zameriavajú na zber a analýzu číselných dát, ktoré umožňujú identifikovať vzory, vzťahy a štatistické trendy v skúmaných javoch. Tieto metódy zahŕňajú najmä dotazník, ktorý poskytuje objektívne, merateľné a porovnateľné výsledky. Výsledky sa analyzujú pomocou deskriptívnych štatistických nástrojov. Kvantitatívny výskum je obzvlášť užitočný pri skúmaní veľkých vzoriek, kde je potrebná presnosť, spoľahlivosť a validita dát pre vyvodenie záverov.

Výsledky: Dotazník, ktorý sa zameriava na hodnotenie kvality komunikácie medzi pracovníkmi a klientmi v oblasti sociálnych služieb. Dotazník bol navrhnutý s cieľom analyzovať verbálne a neverbálne komunikačné aspekty, spokojnosť klientov s vedením rozhovorov a prístupom pracovníkov. Výsledky umožňujú identifikovať silné stránky a oblasti na zlepšenie v komunikácii, čo môže prispieť k zvyšovaniu kvality poskytovaných služieb. Anonymné odpovede respondentov boli spracované štatisticky a ich analýza poskytuje ucelený prehľad o skúsenostiach klientov a ich spokojnosti s komunikačnými praktikami pracovníkov sociálnych služieb.

Záver: Po analýze získaných dát a vyhodnotení zistení môžeme konštatovať, že komunikačné prekážky sa prejavujú na viacerých úrovniach a ovplyvňujú kvalitu vzťahu medzi sociálnym pracovníkom a klientom. V oblasti verbálnej komunikácie a najčastejších komunikačných bariér pri analýze sme zistili, že najväčšie problémy spočívajú v používaní odborných termínov,

ktorým klienti často nerozumejú. Tieto zistenia ukazujú, že je potrebné prispôbiť jazyk sociálneho pracovníka potrebám a úrovni porozumenia klienta. Najlepšie hodnotené aspekty sú jasnosť vyjadrovania a primerané tempo reči. Zároveň bolo potvrdené, že jasná a zrozumiteľná komunikácia zvyšuje klientovu spokojnosť a porozumenie, čo je dôležité pre efektívnosť sociálnej práce.

Pri neverbálnej komunikácii sme zistili, že jedným z najväčších problémov je nedostatočný očný kontakt a nevhodná telesná pozícia zo strany sociálnych pracovníkov. Nedostatočné alebo neúplné neverbálne signály, postoj tela alebo gestá, negatívne ovplyvňujú efektívnosť komunikácie a spôsobujú, že klient sa cíti ignorovaný alebo zle pochopený. Z hľadiska spokojnosti klientov s vedením rozhovoru výskum ukázal, že väčšina klientov je relatívne spokojná s priebehom rozhovoru so sociálnym pracovníkom, pričom najviac oceňujú schopnosť pracovníka počúvať a nechať klienta vyjadriť sa.

Na základe týchto zistení možno konštatovať, že komunikačné prekážky medzi sociálnym pracovníkom a klientom sú rôzne a líšia sa v závislosti od individuálnych potrieb a situácií klientov. Preto je nevyhnutné, aby sociálni pracovníci venovali väčšiu pozornosť prispôbeniu svojich komunikačných zručností potrebám klientov a snažili sa vytvoriť prostredie dôvery a rešpektu. Výskum ukazuje, že zlepšenie komunikácie v sociálnej práci môže viesť k lepším výsledkom pre klientov a ich väčšej spokojnosti s poskytnutými službami.

Kľúčové slová: Komunikačné bariéry, Sociálni pracovníci, Klienti, Verbálna komunikácia, Neverbálna komunikácia, Efektivita komunikácie, Spokojnosť klientov

Abstract: This diploma thesis focuses on communication barriers in the work of social workers with clients, which represent a significant challenge in the field of social service provision. The aim of the thesis is to identify the most common obstacles to effective communication between social workers and their clients, and to propose solutions to eliminate them. The research focuses on verbal and non-verbal communication, and is based on the analysis of the responses of 123 respondents, of whom 32 were men and 91 were women, mostly from the senior population (65+). The research questions focus on various aspects of communication, clarity and intelligibility of speech, pace of communication, willingness to explain ambiguities, use of professional terms, and the ability of social workers to listen to the client. The results show that women more often experience communication problems, difficulties are caused by incomprehensible professional terms or inappropriate pace of speech, while men perceive these problems less significantly. In the area of non-verbal communication, problems with eye contact, sincerity of social workers, and appropriate distance during communication were found. The findings indicate the need to improve the flexibility and approach of social workers to the diverse needs of clients, which will contribute to higher satisfaction and effectiveness of the services provided.

Methods: Quantitative research methods focus on the collection and analysis of numerical data, which make it possible to identify patterns, relationships and statistical trends in the investigated phenomena.

These methods mainly include a questionnaire that provides objective, measurable and comparable results. The results are analyzed using descriptive statistical tools. Quantitative

research is particularly useful when examining large samples where accuracy, reliability, and validity of the data are needed to draw conclusions.

Results: A questionnaire that focuses on evaluating the quality of communication between workers and clients in the field of social services. The questionnaire was designed with the aim of analyzing verbal and non-verbal communication aspects, clients' satisfaction with conducting interviews and staff's approach. The results make it possible to identify strengths and areas for improvement in communication, which can contribute to improving the quality of services provided. The anonymous answers of the respondents were processed statistically and their analysis provides a comprehensive overview of the clients' experiences and their satisfaction with the communication practices of social service workers.

Conclusion: The goal of this research was to identify the most common communication barriers between social workers and clients in practice and to determine the impact of these barriers on communication and client satisfaction. After analyzing the obtained data and evaluating the findings, we can state that communication obstacles are manifested on several levels and affect the quality of the relationship between the social worker and the client.

The research provided insight into various aspects of communication, including verbal and non-verbal communication, as well as client perceptions after the interview.

In the area of verbal communication and the most common communication barriers during the analysis, we found that the biggest problems lie in the use of professional terms, which clients often do not understand. These terms create a barrier between the client and the social worker because the client feels that the worker has not understood him or that his experience and level of education are not taken into account. These findings show the need to adapt the social worker's language to the client's needs and level of understanding. The best rated aspects are clarity of expression and appropriate pace of speech. In non-verbal communication, we found that one of the biggest problems is insufficient eye contact and inappropriate body position on the part of social workers.

If the worker maintains eye contact, the client feels that he is valued and his words are important. On the contrary, if eye contact is missing or too strong, it causes discomfort or a feeling of disrespect in the client. In addition, insufficient or incomplete non-verbal signals, body posture or gestures negatively affect the effectiveness of communication and make the client feel ignored or misunderstood. Therefore, it is essential that social workers emphasize the correct use of non-verbal means of communication in practice.

In terms of client satisfaction with conducting the interview, research has shown that most clients are relatively satisfied with the course of the interview with the social worker, while they most appreciate the worker's ability to listen and let the client express himself.

It is important for social workers in practice to constantly evaluate their communication and see how they can improve their skills in active listening and empathic approach.

Based on these findings, it can be concluded that the communication barriers between the social worker and the client are different and vary depending on the individual needs and situations of the clients.

Therefore, it is imperative that social workers pay more attention to adapting their communication skills to the needs of clients and strive to create an environment of trust and respect. In addition, it is important to ensure that social workers have sufficient education and training to enable them to develop their verbal and non-verbal communication skills.

Keywords: Communication barriers, Social workers, Clients, Verbal communication, Non Verbal communication, Communication effectiveness, Client satisfaction

Úvod

Táto práca sa zaoberá problematikou komunikačných bariér v práci sociálnych pracovníkov s klientmi, čím reaguje na jednu z najväčších výziev, ktorým sociálni pracovníci čelia v praxi. Komunikácia predstavuje základný nástroj pre poskytovanie sociálnych služieb, keďže jej prostredníctvom sa zabezpečuje identifikácia potrieb klientov, ponuka adekvátnych riešení a poskytovanie podpory. Barkasi (2016, s. 43) tvrdí, že komunikácia je základ interakcie medzi ľuďmi, prostredníctvom ktorej sa budujú vzájomné vzťahy. Nevyhnutnosťou osobnostnej a profesionálnej výbavy pomáhajúceho pracovníka je celoživotné vzdelávanie, ku ktorému patrí okrem odborných vedomostí aj komunikačná schopnosť, závisiaca od vedomostí o fungovaní komunikácie a schopnosti ju aj efektívne využiť v každodennej praxi. Avšak, v mnohých situáciách môžu rôzne formy komunikačných bariér výrazne narušiť efektívnosť tejto komunikácie. S uvedeným úzko súvisí aj skutočnosť, že efektívnosť komunikácie ovplyvňujú nielen verbálne a neverbálne prejavy, ale aj viaceré zručnosti, ako sú asertivita, empatia, persúázia a schopnosť poskytovať spätnú väzbu. Tieto zručnosti je možné do určitej miery rozvíjať v závislosti od osobnostných predpokladov a schopností jednotlivca. Komunikačné kompetencie vychádzajú z vrodenej dispozície, ktoré sa v priebehu života formujú a zdokonaľujú prostredníctvom sociálnych interakcií (Popovičová, 2024). Preto je dôležité túto problematiku dôkladne preskúmať a navrhnúť riešenia, ktoré by pomohli sociálnym pracovníkom zlepšiť kvalitu svojej práce a zvýšiť spokojnosť klientov. Neoddeliteľnou súčasťou mravnej a morálnej stránky ľudského bytia je pravda a omyl, sloboda a nutnosť, možnosť a voľba. V konečnom dôsledku je to rozhodnutie každého človeka od ktorého závisí kvalita jeho života, kvalita jeho rozhodnutí a činnosti (Kenderešová, 2016).

Cieľom práce je zistiť komunikačné bariéry, s ktorými sa stretávajú sociálni pracovníci pri práci s klientmi, identifikovať najčastejšie prekážky v efektívnej komunikácii, a navrhnúť riešenia na ich prekonanie. Práca sa zameria na to, ako tieto bariéry ovplyvňujú kvalitu sociálnych služieb, vzťah medzi pracovníkom a klientom, a ako je možné prostredníctvom rozvoja komunikačných zručností a aplikácie vhodných stratégií zvýšiť efektívnosť sociálnej práce.

Okrem identifikácie a analýzy rôznych druhov komunikačných bariér sa táto práca zameriava aj na možnosti ich prekonania. V súčasnosti existuje celý rad metód a nástrojov, ktoré môžu sociálni pracovníci využívať na zlepšenie komunikácie s klientmi. Tieto zahŕňajú napríklad využívanie tlmočníkov, použitie jednoduchého a zrozumiteľného jazyka, aktívne počúvanie, neverbálnu komunikáciu či špecializované technológie pre klientov so zdravotnými postihnutiami. Tieto metódy sú dôležitou súčasťou profesionálnej výbavy sociálnych pracovníkov a ich správne uplatňovanie môže výrazne zlepšiť kvalitu poskytovaných služieb. Zámerom tejto práce je teda nielen podrobne preskúmať tému komunikačných bariér, ale aj poskytnúť praktický prínos pre odborníkov v tejto oblasti. Kvalitná a efektívna komunikácia je základným pilierom úspešnej sociálnej práce a prekonávanie komunikačných bariér je neoddeliteľnou súčasťou profesionálneho výkonu sociálneho pracovníka.

Ciele nášho výskumu je zistiť, aké druhy komunikačných prekážok sú v praxi najčastejšie medzi sociálnym pracovníkom a klientom.

Na základe hlavného cieľa boli stanovené nasledujúce 4 čiastkové ciele:

Identifikovať najčastejšie komunikačné bariéry, s ktorými sa klienti stretávajú pri verbálnej komunikácii so sociálnym pracovníkom.

Identifikovať najčastejšie komunikačné bariéry, s ktorými sa klienti stretávajú pri neverbálnej komunikácii so sociálnymi pracovníkmi.

Zistiť úroveň spokojnosti klienta s vedením rozhovoru so sociálnym pracovníkom.

Zistiť úroveň percepcie (vnímania) klienta po ukončení rozhovoru so sociálnym pracovníkom.

Charakteristika súboru a metodika

Základný súbor nášho výskumu predstavujú všetci klienti sociálnych pracovníkov, ktorí sú v rámci poskytovania sociálnych služieb. Zahŕňa všetky osoby, ktoré využívajú služby sociálnych pracovníkov a môžu sa zúčastniť na výskume. Kritéria pre výberový súbor zahŕňajú rozmanitosť, ktorá zabezpečuje zahrnutie rôznych vekových skupín, úrovni vzdelania, rodinného stavu, počtu detí, náboženského presvedčenia a frekvenciu stretávania sa s príbuznými...

Hlavným nástrojom pre zber dát pre nás predstavuje dotazník, ktorý nám poskytuje objektívne, merateľné a porovnateľné výsledky. Dotazník je zložený z demografických údajov, problémov týkajúcich sa verbálnej a neverbálnej komunikácie, spokojnosti s komunikáciou, spokojnosť s prístupom sociálneho pracovníka.

Kvantitatívne metódy použité v práci sa zameriavajú na zber a analýzu číselných dát, ktoré nám umožňujú identifikovať vzory, vzťahy a štatistické trendy v skúmaných javoch, ako je dotazník.

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

Výsledky podľa výskumných otázok.

1. S akými komunikačnými bariérami sa klienti najčastejšie stretávajú pri verbálnej komunikácii so sociálnym pracovníkom?

Otázky zamerané na zrozumiteľnosť, hlasitosť, tempo reči, schopnosť vysvetľovať nejasnosti, používanie odborných či nezrozumiteľných výrazov a ochotu neprerušovať klienta, umožňujú identifikovať faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu rozhovoru. Jasná a empatická komunikácia vytvára dôveru a zlepšuje spoluprácu. Odhalenie slabých miest pomáha vytvárať školenia a odporúčania pre pracovníkov, ktoré podporia zrozumiteľnosť a prispôbenie komunikácie individuálnym potrebám klientov. Tým sa zvyšuje spokojnosť klientov a efektívnosť poskytovaných služieb. Výsledky dotazníka ukazujú, že verbálna komunikácia medzi pracovníkmi sociálnych služieb a klientmi je vo všeobecnosti hodnotená pozitívne. Používanie odborných či nezrozumiteľných slov bolo ďalšou oblasťou zisťovania. nezrozumiteľné slová, ktoré môžu ovplyvniť zrozumiteľnosť komunikácie. Porovnanie týchto zistení potvrdzuje, že ženy častejšie považujú používanie odborných alebo nezrozumiteľných slov za problém. Tento fakt poukazuje na to, že niektorí klienti majú ťažkosti s pochopením vyjadrení pracovníkov, čo negatívne ovplyvňuje ich schopnosť porozumieť informáciám alebo zapojiť sa do komunikácie. Hoci väčšina pracovníkov dokáže tieto pojmy následne vysvetliť, samotné používanie zložitých výrazov zvyšuje pocit bariéry v komunikácii. Najlepšie hodnotené aspekty sú hlasitosť reči a schopnosť vysvetliť nezrozumiteľné pojmy. Pracovníci dodržiavajú primerané tempo reči, nezasahujú do prejavu klientov a ich komunikácia je jasná a pochopiteľná.

Zistené nedostatky poukazujú na potrebu zlepšiť používanie jednoduchšieho jazyka, venovať pozornosť tempu reči a dôslednejšie umožňovať klientom dokončiť svoje vyjadrenia bez prerušenia. Tieto zlepšenia prispievajú k vyššej spokojnosti a efektívnejšej komunikácii.

2. S akými komunikačnými bariérami sa klienti najčastejšie stretávajú pri neverbálnej komunikácii so sociálnym pracovníkom?

Otázky týkajúce sa prejavov úprimnosti, vhodnej vzdialenosti, očného kontaktu, upravenosti pracovníka, používania nezrozumiteľných gest a odborných výrazov či dodržiavania sľubov odhaľujú aspekty, ktoré môžu posilniť alebo narušiť dôveru. Identifikácia problémov v neverbálnej komunikácii pomáha zlepšovať vzájomné porozumenie a vytvára priaznivejšie podmienky pre budovanie kvalitného vzťahu. Výsledky môžu byť využité na zvyšovanie profesionality pracovníkov, školenia zamerané na odstránenie bariér a zlepšenie služieb, čím sa podporí spokojnosť klientov a účinnosť poskytovanej pomoci. Približne štvrtina respondentov nie je presvedčená, či pracovník vždy vyjadruje svoje skutočné pocity. Tieto nejasnosti poukazujú na to, že pracovníci nie vždy vedia alebo sa nevyjadrujú tak otvorene, ako by bolo vhodné. Tento problém môže byť spôsobený nedostatočnou sebareflexiou alebo snahou skrývať skutočné pocity, čo vedie k nedostatočnému vytváraniu dôvery medzi pracovníkom a respondentom. Nesprávne dodržiavanie osobných hraníc negatívne ovplyvňuje vnímanie profesionality a dôveryhodnosti pracovníkov. Z výsledkov možno vyvodit', že prevažná väčšina respondentov považuje neverbálnu komunikáciu pracovníkov za adekvátnu, pokiaľ ide o vyjadrovanie emócií a udržiavanie vhodnej vzdialenosti. Avšak existujú určité oblasti, kde sa objavuje nejednoznačnosť, ktorá je vnímaná ako bariéra v komunikácii. Negatívne správanie, ako je nejednoznačné vyjadrovanie emócií a nevhodná vzdialenosť, ovplyvňuje celkové vnímanie komunikácie a vzťah medzi pracovníkom a respondentom. Pozeranie sa do očí pri rozhovore je vyjadrením akceptácie účastníkov rozhovoru, vyjadruje záujem, pozornosť a úctu k druhému človeku. Oči sú tiež dôležité pre vyjadrenie emócií a pre udržanie dôvery medzi účastníkmi rozhovoru. Zisťované boli názory na upravenosť pracovníka počas stretnutia. Ženy častejšie považujú pracovníka za upraveného počas stretnutia než muži, pričom najväčší podiel žien (38,2 %) odpovedal „áno“, v porovnaní s mužmi. Na základe zistení môžeme konštatovať, že pre ženy je vzhľad pracovníka dôležitejší faktor pri hodnotení stretnutia než pre mužov. Tento aspekt je dôležitý, pretože vizuálna úprava pôsobí na dôveru a celkový dojem zo stretnutia. Vhodné oblečenie, čistota a upravený vzhľad sú niekedy vnímané ako indikátor rešpektu k osobe, s ktorou pracovník komunikuje, a tiež zrkadlí profesionálny prístup k práci.

3. Aké faktory (napr. prístup pracovníka, frekvencia a dĺžka stretnutí) najviac ovplyvňujú spokojnosť komunikácie medzi sociálnym pracovníkom a klientom?

Výskum spokojnosti s vedením rozhovorov je kľúčový pre pochopenie kvality interakcií medzi pracovníkmi a klientmi, čo má zásadný vplyv na efektívnosť poskytovaných služieb. Hodnotenie oblastí, ako dostatočná dĺžka rozhovorov, dodržiavanie harmonogramu, venovanie pozornosti, vytváranie príjemnej atmosféry a spôsob vedenia konverzácie, umožňuje identifikovať silné stránky i slabiny komunikácie. Výsledky môžu pomôcť zlepšiť prístup pracovníkov, posilniť dôveru klientov a zvýšiť celkovú spokojnosť. Takéto poznatky sú dôležité aj pre vytváranie štandardov kvality a odbornú prípravu pracovníkov, čím prispievajú k lepším výsledkom v oblasti sociálnych služieb a podpory.

Tabuľka 10 Spokojnosť s vedením rozhovorov

Otázky		Muži/n	Podiel v %	Ženy/n	Podiel v %
20.	Áno	7	5,7	18	14,6

	Skôr áno	20	16,3	61	49,6
	Neviem	4	3,3	10	8,1
	Skôr nie	1	0,8	2	1,6
	Nie	0	0,0	0	0,0
	Spolu	32	26,1	91	73,9
21.	Áno	16	13,2	38	31,4
	Skôr áno	13	10,7	50	41,3
	Neviem	2	1,7	3	2,4
	Skôr nie	1	0,8	0	0,0
	Nie	0	0,0	0	0,0
	Spolu	32	26,5	91	73,9
22.	Áno	11	8,9	34	27,6
	Skôr áno	18	14,6	53	43,1
	Neviem	2	1,6	3	2,4
	Skôr nie	1	0,8	1	0,8
	Nie	0	0,0	0	0,0
	Spolu	32	26,0	91	74,0
23.	Áno	16	13,0	41	33,3
	Skôr áno	12	9,8	50	40,7
	Neviem	4	3,3	0	0,0
	Skôr nie	0	0,0	0	0,0
	Nie	0	0,0	0	0,0
	Spolu	32	26,1	91	73,9
24.	Áno	16	13,0	34	27,6
	Skôr áno	13	10,6	56	45,5
	Neviem	2	1,6	1	0,8
	Skôr nie	1	0,8	0	0,0
	Nie	0	0,0	0	0,0
	Spolu	32	26,1	91	73,9

Zdroj: Vlastné spracovanie

n: početnosť

Pri otázke č. 21 sme zisťovali, či respondenti vnímajú, že pracovník dodržiava dohodnutý harmonogram stretnutí. Výsledky ukázali, že 13 (10,7 %) mužov a 50 (41,3 %) žien odpovedali „skôr áno“, teda zhodnotili, že pracovník dodržiava dohodnutý harmonogram. Porovnanie týchto zistení ukazuje, že ženy častejšie hodnotia pracovníka ako dodržiavajúceho dohodnutý harmonogram stretnutí v porovnaní s mužmi. Na základe týchto výsledkov možno konštatovať, že ženy sú citlivejšie na dodržiavanie harmonogramu stretnutí, čo súvisí s ich potrebou organizačnej istoty a efektívnejšieho riadenia času. Tento faktor má vplyv na celkový dojem zo stretnutí a úroveň spokojnosti s poskytovanou službou. Výsledky potvrdzujú, že väčšina respondentov považuje dodržiavanie harmonogramu za pozitívny faktor v komunikácii s pracovníkom. Názory na venovanie pozornosti počas stretnutí boli rozdielne. Tieto výsledky potvrdzujú, že pre kvalitnú komunikáciu je dôležité, aby pracovník venoval dostatočnú

pozornosť každému stretnutiu. Úplná pozornosť pracovníka je kľúčová pre efektívne a kvalitné vedenie rozhovorov, najmä v oblasti sociálnej práce, kde je interakcia s klientmi osobná a citlivá. Venovanie plnej pozornosti počas stretnutí zaručuje, že pracovník správne chápe potreby a obavy klienta, čo je zásadné pre poskytovanie adekvátnej pomoci. Nedostatok pozornosti vedie k nepochopeniu informácií, čo znižuje kvalitu poskytovaných služieb a má negatívny dopad na vzťah medzi pracovníkom a klientom. Na dosiahnutie profesionálneho a dôveryhodného prístupu je nevyhnutné, aby pracovník počas každého stretnutia udržiaval úplnú koncentráciu. To tiež prispieva k zlepšeniu spokojnosti klientov a efektívnosti celkového procesu pomoci.

Dohodnutie termínov stretnutí medzi klientmi a pracovníkmi zvyčajne prebieha v rôznych formách, pričom najčastejšie je to spoločne, čo umožňuje flexibilitu a prispôbenie sa potrebám oboch strán. Výsledky v Tabuľke č. 11 potvrdzujú, že 70 (56,9 %) respondentov sa dohodne na termínoch stretnutí vždy spoločne s pracovníkom, čo naznačuje flexibilitu v plánovaní. Celkovo výsledky ukazujú rôzne prístupy k dohadovaniu termínov, pričom väčšina preferuje flexibilné riešenie v spolupráci s pracovníkom.

Tabuľka 11 Dohodnutie termínov

25. Ako sa dohadujete na termínoch stretnutí?	počet	podiel %
vždy spoločne s pracovníkom	70	56,9
pracovník navrhne viacero termínov a ja si vyberiem	14	11,4
pracovník ponúkne iba jeden termín	39	31,7
spolu	123	0,0

Zdroj: vlastné spracovanie

Dostatočnosť frekvencie stretnutí je kľúčová pre efektívnu spoluprácu medzi pracovníkom a klientom. Pravidelná, no nie príliš časté stretnutia umožňujú udržať kontinuitu v komunikácii a zabezpečiť potrebnú podporu. Na druhej strane, príliš časté stretnutia môžu byť náročné na čas a môžu viesť k únave alebo strate záujmu. Je dôležité, aby frekvencia stretnutí bola prispôbená individuálnym potrebám a preferenciám klientov. Optimálny počet stretnutí podporuje produktívny rozvoj vzťahu, pričom neprekračuje komfortnú hranicu pre všetky zúčastnené strany.

Tabuľka 12 Dostatočnosť frekvencie stretnutí

26. Ako vám vyhovuje frekvencia stretnutí?	počet	podiel %
úplne vyhovuje	78	63,4
vyhovuje, ale uvítal/a by som viac stretnutí	41	33,3
vyhovuje, ale preferoval/a by som menej stretnutí	4	3,3
spolu	123	0,0

Zdroj: vlastné spracovanie

4. Aká je úroveň percepcie (vnímania) klienta po ukončení rozhovoru so sociálnym pracovníkom?

Pocity po ukončení stretnutí sú dôležitým ukazovateľom účinnosti a kvality komunikácie medzi pracovníkom a klientom. Ideálne by stretnutie malo mať pozitívny dopad na klientov, zanechať

ich v lepšej emocionálnej kondícii a s pocitom pokoja. Výsledky ukazujú, že 94 (76,4 %) respondentov sa po ukončení stretnutia cíti lepšie a pokojnejšie, čo naznačuje, že väčšina klientov vníma stretnutia ako efektívne a prínosné pre ich psychickú pohodu. Žiadny respondent neuviedol, že by sa cítil horšie ako pred stretnutím, čo naznačuje, že samotný proces stretnutia má zvyčajne pozitívny vplyv na klientov.

Výsledky z otázky „Ako sa zvyčajne cítite po ukončení stretnutia so sociálnym pracovníkom?“ potvrdzujú rozdiely v subjektívnych pocitoch účastníkov podľa rôznych sociodemografických faktorov, podľa pohlavia, veku, rodinného stavu a vzdelania. To naznačuje, že ženy pociťujú väčší úžitok zo stretnutí so sociálnym pracovníkom než muži. Rozdelenie podľa vekových skupín ukazuje, že najväčší podiel ľudí, ktorí sa po stretnutí so sociálnym pracovníkom cítili lepšie a pokojnejšie, je v skupine vo veku 65-69 rokov (19,6 %) a 85-89 rokov (15,4 %). U týchto vekových skupín prevláda pocit zlepšenia, čo súvisí s rôznymi životnými etapami a potrebou emocionálnej podpory. Naopak, v skupinách starších než 90 rokov (90-94) nebol zaznamenaný žiadny zodpovedajúci pocit u respondentov, čo môže byť spôsobené nižšou početnosťou respondentov v tejto vekovej kategórii. Zaujímavým faktom je, že žiadny respondent neuviedol, že by sa po stretnutí cítil horšie. V prípade vzdelania dominujú osoby so stredným vzdelaním bez maturity (33,3 %), ktoré sa po stretnutí cítili lepšie a pokojnejšie. Tento údaj môže naznačovať, že sociálna podpora pre túto skupinu je účinná, možno aj preto, že osoby s nižším vzdelaním častejšie čelia stresovým situáciám, ktoré si vyžadujú pomoc. Celkovo výsledky ukazujú, že najväčší podiel respondentov (76,4 %) uviedol, že sa po stretnutí so sociálnym pracovníkom cítili lepšie a pokojnejšie. Tento pozitívny efekt je výrazný najmä u žien, starších vekových skupín a osôb s nižším vzdelaním a väčšími osobnými stratami (vdovci/vdovy).

Spokojnosť s osobnosťou pracovníka je kľúčovým faktorom ovplyvňujúcim kvalitu služby a vzťah medzi pracovníkom a klientom. Osobnosť pracovníka, vrátane jeho empatie, profesionality, komunikačných schopností a schopnosti vytvárať dôveru, zásadne ovplyvňuje efektívnosť spolupráce. Klienti, ktorí sú spokojní s osobnosťou pracovníka, majú tendenciu otvárať sa, komunikovať otvorene a vyhľadávať pravidelné stretnutia. Naopak, negatívne vnímanie osobnosti pracovníka vedie k obmedzenej komunikácii a nezájmu o ďalšiu spoluprácu. Preto je nevyhnutné, aby pracovníci v sociálnych službách preukazovali osobnú zrelosť, empatiu a profesionalitu, čím podporujú pozitívne výsledky a spokojnosť klientov.

Výskum spokojnosti s osobnosťou pracovníka je dôležitý pre zlepšovanie kvality poskytovaných služieb a budovanie pozitívnych vzťahov medzi pracovníkmi a klientmi. Spokojnosť s osobnosťou pracovníka zahŕňa rôzne faktory, ako empatia, ochota pomôcť, profesionalita a komunikatívnosť. Výsledky tohto výskumu môžu odhaliť, či pracovníci spĺňajú očakávania klientov a identifikovať oblasti, v ktorých je potrebné zlepšenie, čo môže viesť k zvýšeniu efektivity a dôvery medzi stranami. Tento výskum pomáha organizáciám zlepšovať personálnu politiku a prispôbiť školenia potrebám zamestnancov.

Dostatočný priestor na vyjadrenie je nevyhnutný pre vytvorenie otvorenej a dôveryhodnej komunikácie medzi pracovníkom a klientom. Klient by mal mať pocit, že môže vyjadriť svoje názory, obavy a potreby, čo prispieva k efektívnejšiemu riešeniu problémov. Väčšina klientov vníma komunikáciu s pracovníkom ako otvorenú a umožňujúcu im vyjadriť svoje názory a pocity. Nezaznamenali sme žiadne negatívne hodnotenia v tejto oblasti, čo znamená, že pracovníci efektívne podporujú dialóg s klientmi. Tento výsledok naznačuje pozitívny prístup

k klientskym potrebám a otvorenosť pri riešení ich problémov. Sympatia pracovníka má dôležitý vplyv na vytváranie pozitívneho vzťahu s klientom a zvyšuje úroveň dôvery a spolupráce. Výsledky v Tabuľke č. 14 ukazujú, že 67 (54,5 %) respondentov považuje pracovníka za veľmi sympatického, pričom 54 (43,9 %) respondentov vníma pracovníka ako sympatického v prevažnej miere. Iba 1 (0,8 %) respondent uviedol, že pracovník nepôsobí sympaticky, čo naznačuje negatívny dojem z osobnosti pracovníka. Celkovo možno konštatovať, že ženy vnímajú kvalitu práce pracovníka ako vyššiu v porovnaní s mužmi. Tieto výsledky naznačujú, že väčšina klientov je s kvalitou práce pracovníka spokojná, čo podčiarkuje jeho efektívnosť a schopnosť plniť očakávania. Tento vysoký podiel spokojnosti naznačuje, že pracovník vo väčšine prípadov dosahuje požadovanú úroveň výkonu, pričom menší počet klientov vyjadruje potrebu zlepšenia v tejto oblasti.

Diskusia

Analýza a interpretácia výsledkov výskumu v kontexte predchádzajúcich štúdií.

Výskumná otázka č.1: *S akými komunikačnými bariérami sa klienti najčastejšie stretávajú pri verbálnej komunikácii so sociálnym pracovníkom?*

Naše zistenia o výskyte verbálnych bariér v komunikácii sú v súlade s výskumom Rodata (2022), ktorý identifikoval viacero významných bariér v komunikácii medzi sociálnymi pracovníkmi a klientmi. Porovnanie našich výsledkov s Rodatovým (2022) výskumom ukazuje podobnosti v hodnotení pozitívnej verbálnej komunikácie, jasnosti a tempa reči. Obidva výskumy zdôrazňujú dôležitosť aktívneho počúvania a vytvárania otvorenej atmosféry. Naš výskum však viac kladie dôraz na používanie odborných termínov. Rodat (2022) sa zameriava na stimulovanie reflexie a otvorenosti, zatiaľ čo náš výskum poskytuje podrobnejšie analýzy jazykových prístupov a individuálnych potrieb klientov. Medzi najčastejšie patria predpoklady a anticipácia, kedy sociálni pracovníci nesprávne interpretujú význam slov a správ klientov, čo vedie k neefektívnej komunikácii. Výskum tiež poukazuje na negatívne dôsledky moralizovania, ktoré môže klientov frustrovať, vyvolávať pocity viny a znižovať ich sebavedomie. Ďalšou bariérou je príliš skoré poskytovanie rád a riešení bez dostatočného pochopenia kontextu klientovho problému, čo vedie k ich závislosti na sociálnom pracovníkovi. Nevhodné používanie techniky kladenia otázok je podľa Rodata (2022) prekážkou efektívnej komunikácie medzi sociálnymi pracovníkmi a klientmi. Správne tempo, aktívne počúvanie a štruktúrovaný plán rozhovoru zabezpečujú efektívnu komunikáciu a zapojenie klienta. Naše zistenia sú v súlade s týmto výskumom, najmä v otázke predpokladov a selektívneho vnímania, ktoré sa ukázali ako časté problémy pri verbálnej komunikácii.

Naše zistenia o rodových rozdieloch vo verbálnej komunikácii sú v súlade s poznatkami z článku Devkara a Waghmare (2024), ktorí poukazujú na to, že jazykové a kultúrne bariéry sú skutočne jednými z hlavných prekážok, ktoré ovplyvňujú verbálnu komunikáciu medzi sociálnym pracovníkom a klientom, pričom rozdiely v komunikačných štýloch medzi pohlaviami môžu zvyšovať komplexnosť komunikácie. Ženy často inklinujú k empatii a zrozumiteľnosti, čo prispieva k lepšiemu porozumeniu a vytvoreniu dôvery, zatiaľ čo muži preferujú stručnejšie a priamočiarejšie vyjadrovanie, čo je v niektorých prípadoch nepochopené, najmä ak ide o zložitejšie, emocionálne nabité situácie. Tento rozdiel v prístupoch má vplyv na efektívnosť komunikácie a zrozumiteľnosť medzi pohlaviami, čo má priamy dopad na to, ako sa klienti cítia počas a po rozhovore.

Výskum Daniluka a Borkowskej (2020) tiež poukazuje na potrebu prispôsobenia verbálnej komunikácie sociálnych pracovníkov ku klientom. Požiadavka bola vyslovená na základe zistení, ktorými boli zmeny pragmatických aspektov verbálnych komunikačných zručností u starších ľudí, s cieľom definovať faktory, ktoré tieto zmeny ovplyvňujú.. Faktory ovplyvňujúce zmeny v komunikačných schopnostiach zahŕňajú vek, kognitívne funkcie, vyššie vzdelanie a pohlavie. Vek má vplyv na komunikačné zručnosti rôznymi spôsobmi, pričom kognitívne funkcie odzrkadľujú vzťah medzi vekom a pragmatickými aspektmi komunikácie. Jedinci s vyšším vzdelaním dosahovali lepšie výsledky, čo naznačuje, že vzdelanie podporuje schopnosť komunikovať. Ženy vykazovali lepšie výsledky v porovnaní s mužmi, čo ukazuje, že pohlavie môže ovplyvniť komunikačné schopnosti v starobe.

Výskumná otázka č. 2: *S akými komunikačnými bariérami sa klienti najčastejšie stretávajú pri neverbálnej komunikácii so sociálnym pracovníkom?*

Naše zistenia o neverbálnej komunikácii sú v súlade so štúdiou Devkara a Waghmare (2024), ktorá zdôrazňuje, že neverbálne signály, ako mimika, gestá a postoje, hrajú kľúčovú úlohu v komunikácii medzi sociálnym pracovníkom a klientom. Tieto signály môžu byť interpretované rôznymi spôsobmi, najmä v kontexte kultúrnych a rodových rozdielov. Muži a ženy často vnímajú a používajú neverbálnu komunikáciu odlišným spôsobom, čo vedie k nepochopeniam a neefektívnym interakciám. Muži preferujú priame a stručné gestá, zatiaľ čo ženy využívajú empatickejšie a zrozumiteľnejšie signály, čo ovplyvňuje spôsob, akým si navzájom vyjadrujú svoje pocity, potreby alebo názory. V praxi sociálnych pracovníkov je dôležité zohľadniť tieto rozdiely v neverbálnych signáloch, pretože nesprávna interpretácia vedie k zníženej kvalite komunikácie so zákazníkmi. Ak sociálny pracovník nesprávne vyhodnotí neverbálne signály klienta a klient neverbálnu komunikáciu sociálneho pracovníka, môže to ovplyvniť jeho schopnosť reagovať na potreby klienta a poskytovať efektívnu podporu.

Výskum Stárka (2023) tiež zdôrazňuje kľúčovú úlohu komunikácie v práci sociálnych pracovníkov so seniormi trpiacimi demenciou. Štúdia, ktorá zahrnula 262 sociálnych pracovníkov z celej Českej republiky, sa zamerala na pochopenie ich komunikačných stratégií, nástrojov a výziev pri interakcii s osobami trpiacimi demenciou. Kľúčovým zistením je, že väčšina sociálnych pracovníkov (85%) absolvovala špecializované kurzy zamerané na komunikáciu so seniormi trpiacimi demenciou, pričom všeobecne prispôsobujú svoju komunikáciu potrebám a schopnostiam jednotlivcov, o ktorých sa starajú. Často používajú nástroje ako obrázky, piktogramy a pamäťové karty na uľahčenie komunikácie. Napriek týmto snahám interakcie často komplikujú výzvy ako dezorientácia, únava, poruchy reči a sluchové poruchy. Sociálni pracovníci tiež uvádzajú, že niekedy rodinní príslušníci preberajú komunikáciu, čo ešte viac zhoršuje tento proces. Štúdia tiež odhaľuje, že profesijný rozvoj sociálnych pracovníkov v oblasti komunikácie je ovplyvnený ich vzdelaním a školením. Tí, ktorí sa zúčastnili kurzov komunikácie, majú väčšiu pravdepodobnosť efektívneho využívania komunikačných nástrojov, zatiaľ čo tí, ktorí nemali takéto školenie, sa na tieto pomôcky spoliehajú menej. Zistenia zdôrazňujú význam špecializovaného školenia a poukazujú na to, že úspešná komunikácia so seniormi trpiacimi demenciou si vyžaduje kombináciu prispôsobených stratégií, nástrojov a neustáleho profesijného rozvoja.

Výskumná otázka č. 3: *Aké faktory (napr. prístup pracovníka, frekvencia a dĺžka stretnutí) najviac ovplyvňujú spokojnosť komunikácie medzi sociálnym pracovníkom a klientom?*

Naše zistenia v oblasti spokojnosti komunikácie sú v súlade so zisteniami v štúdií Devkara a Waghmare (2024), ktoré potvrdzujú, že faktory ako nedostatok jasných komunikačných kanálov, časové obmedzenia a emocionálne bariéry môžu významne ovplyvniť spokojnosť klientov s vedením rozhovoru so sociálnym pracovníkom. Ak sociálny pracovník nezabezpečí dostatočnú komunikáciu a transparentnosť, komunikácia k nejasnostiam a nedorozumeniam, ktoré negatívne ovplyvnia kvalitu interakcie. Časové obmedzenia, ktoré často obmedzujú možnosť venovať sa všetkým potrebám klienta, tiež znižujú pocit spokojnosti a účinnosti komunikácie. Okrem toho, ak nie je dostatočne vytvorený vzťah dôvery medzi sociálnym pracovníkom a klientom, vzniká nespokojnosť s komunikáciou, najmä ak sú prítomné emocionálne bariéry alebo odpor k zmene. Tieto faktory môžu klienta blokovať v otvorenej výmene informácií, čo vedie k neefektívnej pomoci.

V štúdií Kang a Cho (2019) bolo potvrdené, že vzťahy so sociálnymi pracovníkmi a priateľmi mali zásadný vplyv na spokojnosť starších žien so sociálnou podporou. Podobne z našich zistení vyplýva, že komunikácia medzi sociálnym pracovníkom a klientom môže byť výrazne ovplyvnená priateľským a dôverným vzťahom, čo vedie k lepšej spokojnosti klientov. Kvalitný medziľudský kontakt a podpora zo strany pracovníka sú kľúčové pre efektívnu komunikáciu a celkovú spokojnosť klienta. Ďalším spoločným zistením je význam stabilizácie podmienok. Kým Kang a Cho (2019) zdôrazňujú význam životných a bytových podmienok pre spokojnosť seniorov, v našich zisteniach sa ukazuje, že stabilita a pravidelnosť v komunikácii medzi sociálnym pracovníkom a klientom sú rovnako dôležité pre dosiahnutie spokojnosti. Časté a pravidelné stretnutia so sociálnym pracovníkom môžu pomôcť udržať stabilitu a zabezpečiť efektívnu podporu klientov. Pre zlepšenie spokojnosti seniorov je kľúčové zabezpečiť stabilitu v podmienkach, podporovať kvalitné medziľudské vzťahy a venovať pozornosť spoľahlivosti a efektívnosti poskytovaných služieb.

Výskumná otázka č. 4: *Aká je úroveň percepcie (vnímania) klienta po ukončení rozhovoru so sociálnym pracovníkom?*

Naše zistenia sú v súlade so štúdiou Devkara a Waghmare (2024) týkajúcou sa percepcie po ukončení rozhovoru. Zistenia štúdie naznačujú, že efektívna komunikácia závisí nielen od schopnosti sociálneho pracovníka prispôbiť sa individuálnym potrebám klienta, ale aj od zohľadnenia rodových rozdielov v komunikácii. Klienti, ktorí sa cítia pochopení a rešpektovaní, vykazujú pozitívnejšiu percepciu rozhovoru po jeho ukončení. Tento proces je výrazne ovplyvnený tým, ako sociálny pracovník pristupuje k rôznym potrebám klienta a či si je vedomý rodových nuancií v komunikácii. Podľa štúdie, klienti, ktorí majú pocit, že sociálny pracovník aktívne počúva, vykazuje empatiu a prispôsobuje komunikáciu ich individuálnym potrebám, vyjadrujú vyššiu úroveň spokojnosti po rozhovore. Taktiež sa ukazuje, že rodové rozdiely môžu ovplyvniť, ako klienti vnímajú túto empatiu a aktívne počúvanie – ženy častejšie preferujú empatický a zrozumiteľný prístup. Efektívne prispôsobenie sa týmto rozdielom výrazne zlepšuje vnímanie rozhovoru a jeho výsledky.

Štúdie zamerané na percepciu klientov po rozhovore so sociálnym pracovníkom poukazujú na viacero faktorov ovplyvňujúcich ich vnímanie. Výskum Leshchuka (2018) zdôrazňuje význam fyzického prostredia, konkrétne usporiadania miestnosti, sedenia a telesných pozícií. Zistenia naznačujú, že otvorený a neformálny priestor znižuje úroveň stresu u klientov a podporuje ich dôveru a ochotu spolupracovať, zlepšuje pozitívnu percepciu vnímania klienta. Priamy očný

kontakt a symetrické sedenie napomáhajú väčšiemu zapojeniu a pozitívnejšiemu hodnoteniu interakcie.

Výskum Pazera (2024) potvrdzuje, že empatia sociálneho pracovníka významne ovplyvňuje klientovu spokojnosť a vnímanie rozhovoru. Klienti, ktorí pociťujú empatický prístup, hodnotia interakciu pozitívnejšie a vykazujú väčšiu ochotu dodržiavať odporúčania.

Napokon, štúdia Úradu sociálnej práce v Anglicku z roku 2024 sa zameriava aj na iné aspekty vnímania komunikácie, ktoré ovplyvňujú túto percepciu a poukazuje na to, že verejné vnímanie sociálnej práce môže ovplyvniť aj individuálne skúsenosti klientov. Ak má verejnosť pozitívny obraz o profesii, klienti sú voči sociálnym pracovníkom vnímavejší a dôverčivejší. Rozhovor je najdôležitejšia cesta ku klientovi v rámci expresívnych terapií. Podľa Nogu (2024) Cestu ku klientovi však neotvára len rozhovor, ale aj aktívne počúvanie. Sociálny pracovník má iniciovať intervenciu komunikácie v oblasti spirituality zvlášť v ťažkých kritických chvíľach klienta. V prípade, že sa pracovník necíti kompetentný v niektorých otázkach spirituality napr. v biblioterapii, je namieste zavolať duchovnú osobu, kňaza a pod. Zahnutie týchto terapií z oblasti spirituality do praxe sociálnej a paliatívnej starostlivosti, pomôže klientovi k vzbudeniu nádeje, dosiahnutiu pokoja, istoty, rastu, seba prijatiu, sebahodnote, vyrovnaníu sa s ťažkým osudom, k zmysluplnému prežívaniu každodennosti, k motivácii odpustiť a k celkovej spokojnosti.

Spoločne tieto výskumy ukazujú, že percepcia klientov je komplexný jav ovplyvnený prostredím, vzťahom, empatiou a širším spoločenským kontextom.

Záver

Cieľom tohto výskumu bolo identifikovať najčastejšie komunikačné prekážky medzi sociálnymi pracovníkmi a klientmi v praxi a zistiť vplyv týchto bariér na komunikáciu a spokojnosť klientov. Po analýze získaných dát a vyhodnotení zistení môžeme konštatovať, že komunikačné prekážky sa prejavujú na viacerých úrovniach a ovplyvňujú kvalitu vzťahu medzi sociálnym pracovníkom a klientom. Výskum poskytol pohľad na rôzne aspekty komunikácie, vrátane verbálnej a neverbálnej komunikácie, ako aj vnímania klientov po ukončení rozhovoru. V oblasti verbálnej komunikácie a najčastejších komunikačných bariér pri analýze sme zistili, že najväčšie problémy spočívajú v používaní odborných termínov, ktorým klienti často nerozumejú. Tieto termíny vytvárajú bariéru medzi klientom a sociálnym pracovníkom, pretože klient má pocit, že ho pracovník nepochopil alebo neberie do úvahy jeho skúsenosti a úroveň vzdelania. Na druhej strane, veľmi zjednodušená komunikácia, aj keď uľahčuje pochopenie, pôsobí na klienta ako neúplná alebo povrchná. Tieto zistenia ukazujú, že je potrebné prispôbiť jazyk sociálneho pracovníka potrebám a úrovni porozumenia klienta. Preto je nevyhnutné, aby sociálni pracovníci venovali zvýšenú pozornosť používaniu jednoduchého, no presného jazyka, ktorý by bol zrozumiteľný pre širokú verejnosť. Zistenia výskumu ukazujú, že verbálna komunikácia medzi sociálnym pracovníkom a klientom je prevažne pozitívna, pričom najlepšie hodnotené aspekty sú jasnosť vyjadrovania a primerané tempo reči. Klienti pociťujú, že sociálni pracovníci sa im snažia vysvetliť nezrozumiteľné pojmy a udržiavajú primeranú rýchlosť rozhovoru, čo zlepšuje celkovú komunikáciu. Zároveň bolo potvrdené, že jasná a zrozumiteľná komunikácia zvyšuje klientovu spokojnosť a porozumenie, čo je dôležité pre efektívnosť sociálnej práce.

Pri neverbálnej komunikácii sme zistili, že jedným z najväčších problémov je nedostatočný očný kontakt a nevhodná telesná pozícia zo strany sociálnych pracovníkov. Očný kontakt je kľúčovým prvkom pri budovaní dôvery medzi klientom a sociálnym pracovníkom. Ak pracovník udržiava očný kontakt, klient má pocit, že je vážený a jeho slová sú dôležité. Naopak, ak očný kontakt chýba alebo je príliš silný, vyvoláva u klienta nepohodlie alebo pocit neúcty. Okrem toho, nedostatočné alebo neúplné neverbálne signály, postoj tela alebo gestá, negatívne ovplyvňujú efektívnosť komunikácie a spôsobujú, že klient sa cíti ignorovaný alebo zle pochopený. Preto je nevyhnutné, aby sociálni pracovníci v praxi kládli dôraz na správne využívanie neverbálnych komunikačných prostriedkov.

Z hľadiska spokojnosti klientov s vedením rozhovoru výskum ukázal, že väčšina klientov je relatívne spokojná s priebehom rozhovoru so sociálnym pracovníkom, pričom najviac oceňujú schopnosť pracovníka počúvať a nechať klienta vyjadriť sa. Avšak nie všetci klienti sú rovnakí, a niektorí vyjadrili nespokojnosť s tým, že sa počas rozhovoru necítili dostatočne podporovaní alebo porozumení. Je dôležité, aby sociálni pracovníci v praxi neustále vyhodnocovali svoju komunikáciu a zistili, ako môžu zlepšiť svoje zručnosti v aktívnom počúvaní a empatickom prístupe.

Vnímanie klienta po ukončení rozhovoru bolo rozdielne. Po ukončení rozhovoru sa klienti rôzne vyjadrovali o tom, ako sa cítia. Niektorí uviedli, že sa cítia vypočutí a že rozhovor im pomohol lepšie pochopiť svoju situáciu, zatiaľ čo iní vyjadrili pocity frustrácie a nepochopenia. Tieto pocity môžu byť spôsobené nedostatočnou jasnosťou v komunikácii alebo tým, že niektorí klienti nemali priestor na vyjadrenie všetkých svojich myšlienok. Vnímanie klienta po rozhovore je dôležitým ukazovateľom kvality komunikácie a môže ovplyvniť jeho ochotu pokračovať v spolupráci so sociálnym pracovníkom.

Na základe týchto zistení možno konštatovať, že komunikačné prekážky medzi sociálnym pracovníkom a klientom sú rôzne a líšia sa v závislosti od individuálnych potrieb a situácií klientov. Výskum ukázal, že najčastejšími problémami sú používanie odborných termínov, nedostatok neverbálnej komunikácie a nevyváženosť medzi zjednodušením jazyka a jeho presnosťou. Preto je nevyhnutné, aby sociálni pracovníci venovali väčšiu pozornosť prispôbeniu svojich komunikačných zručností potrebám klientov a snažili sa vytvoriť prostredie dôvery a rešpektu. Okrem toho je dôležité zabezpečiť, aby sociálni pracovníci mali dostatok vzdelania a školení, ktoré im umožnia rozvíjať ich schopnosti v oblasti verbálnej a neverbálnej komunikácie. Na záver, výskum ukazuje, že zlepšenie komunikácie v sociálnej práci môže viesť k lepším výsledkom pre klientov a ich väčšej spokojnosti s poskytnutými službami.

Literatúra

- BARKASI, D. 2016. Rozvíjanie a využívanie komunikačných zručností sociálneho pracovníka. In: ADAM, G., VANSÁČ, P. Komunikácia v prostredí sociálnej práce. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie. Košice : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, Detašované pracovisko bl. Z. G. Mallu, 2016. ISBN: 978-80-8132-162-7, s. 43 - 50.
- DEVKAR, R. S., WAGHMARE, P. D. 2024. Social Workers and Communication Barriers in a Community: The Story so Far. In *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, roč. 18, č. 8.

- DANILUK, B., BORKOWSKA, A. R. 2020. Pragmatic aspects of verbal communication in elderly people: A study of Polish seniors. In *International Journal of Language & Communication Disorders*, ISSN 1360-6743, 2020, roč. 55, č. 4, s. 493-505.
- KANG, T. S., CHO, W. C. 2019. The effect of service quality and social support on the users' satisfaction of senior citizen hall by gender of the senior citizen. In *The Journal of the Korea Contents Association*, ISSN 1598-0296, 2019, roč. 19, č. 9, s. 441-451.
- KENDEREŠOVÁ, E. 2016. *Od identitárnej krízy po „stratenú generáciu“*. In: Medzi jednotlivosťou a pospolitosťou. Kam kráčaš demokracia. Košické politologické dialógy. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2016, s. 451-463. ISBN: 978-80-8152-450-9.
- NOGA, V. 2024. Spiritualita v sociálnej a paliatívnej starostlivosti a faktory, ktoré ju ovplyvňujú, In: VANSÁČ, P. (Ed.) Zborník z X. Medzinárodnej vedeckej konferencie, Aktuálne trendy a výzvy, problémy a dilemy v profesijnej praxi pracovníkov pomáhajúcich profesií, Michalovce 10. november 2023, Wydawnictwo Katedry Filozofii Akademii Ekonomiczno - Humanistycznej w Warszawie, Warszawa 2024, 268 s., ISBN 978-83-61087-89-2.
- PAZER, S. 2024. The Role of Empathy in Social Work: Effects on Job Satisfaction and Client Success. In *SAS Journal of Medicine*, ISSN 2454-5112, 2024, roč. 10, č. 8, s. 164-169.
- POPOVIČOVÁ, M., BUZINKAIOVÁ, J., LACKO, L. 2024. Efektívna komunikácia v zdravotníckych zariadeniach – cesta k úspechu. In: *Zdravotnícke štúdie – vedecký recenzovaný časopis*. roč. XVI, č. 1. 2024. s. 33-38. ISSN 1337-723X.
- RODAT, A. 2020. *The Importance of Verbal Communication in Social Services*. [online]. [cit. 2024.10.19.] Dostupné na internete: http://cilconference.ro/wp-content/uploads/2023/01/CIL-2022_final-B5_5-ian.pdf#page=7.
- STÁREK, L. 2023. The aspects of communication in the social worker profession, who works with seniors living with dementia. In *Military Medical Science Letters/Vojenské zdravotnícké Listy*, ISSN 1210-0036, 2023, roč. 92, č. 4, s. 123-134.

SOCIÁLNY PRACOVNÍK A JEHO POSTAVENIE V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

THE SOCIAL WORKER AND HIS/HER POSITION IN INSTITUTIONS OF SOCIAL SERVICES

František Kmec¹

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.,

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: ferokmec@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: univ. docent PhDr. Richard Bárta, PhD., MPH

Abstrakt

Teoretické východiská: Práca skúma postavenie sociálneho pracovníka v prostredí zariadení poskytujúcich sociálne služby. Detailnejšie sa analyzujú úlohy sociálneho pracovníka pri starostlivosti o klientov v týchto zariadeniach, jeho zodpovednosti, schopnosti a spolupráca s ostatnými odborníkmi v rámci tímov z rôznych odborov. Vo výskumnej časti sa prostredníctvom zisťovania cez dotazníky preskúmava vplyv sociálnej práce na životnú úroveň klientov týchto domovov, ako aj možnosti zlepšenia ich zapojenia do spoločnosti a predchádzanie sociálnej izolácii. V záverečnej časti sa interpretujú výsledky výskumu a formulujú sa odporúčania pre prax a budúci výskum.

Cieľ: Overenie tejto hypotézy v praxi sa uskutočnilo prostredníctvom osobných pološtruktúrovaných rozhovorov. V rámci vybraného odborného zariadenia a zariadenia poskytujúceho sociálne služby sme uskutočnili rozhovory s piatimi sociálnymi pracovníkmi. Tí jednoznačne potvrdili, že práca sociálneho pracovníka je misiou a ich postavenie je mimoriadne dôležité vďaka ich každodenným úlohám a aktivitám. Okrem úloh sociálnych pracovníkov budeme na záver identifikovať odporúčania pre prax aj pre budúcich sociálnych pracovníkov.

Metódy: Bol uplatnený charakter terénneho výskumu, respektíve štúdie, v rámci ktorej boli získavané tzv. surové údaje priamo na mieste, konkrétne v zvolenom dome poskytujúcom sociálne služby. V minulosti bol tento druh štúdie najčastejšie využívaný v sociálnych vedách, no v súčasnosti sa uplatňuje aj v iných oblastiach výskumu (napr. environmentálna veda, geografia, geológia, lingvistika, sociológia a ďalšie). Charakteristickým znakom tohto typu štúdie je jej realizácia in situ (z latinského jazyka), teda priamo na mieste, na rozdiel od laboratórneho výskumu, ktorý sa vykonáva v kontrolovanom prostredí. Medzi najčastejšie metódy terénnej práce patria osobné/telefonické rozhovory, pozorovanie alebo preskúmanie terénu (Čižnár a spol., 2012).

Výsledky: V súčasnosti prebieha výskum, preto nie sme schopní zdieľať aktuálne dosiahnuté výsledky.

Záver: Aj keď konkrétne výsledky výskumu ešte nemáme k dispozícii, môžeme si pozrieť iné zistenia, ktoré môžu poskytnúť hlbší pohľad na to, ako sociálni pracovníci vnímajú svoje postavenie a akým spôsobom prispievajú k fungovaniu zariadení sociálnych služieb. Tieto zistenia by tiež mohli identifikovať oblasti, kde je potrebné ich zlepšiť alebo dodatočne podporiť.

Kľúčové slová: Sociálna práca. Sociálny pracovník. Zariadenie sociálnych služieb.

Abstract

Theoretical background: The thesis examines the position of the social worker in the environment of social service institutions. It analyses in detail the roles of the social worker in the care of clients in these institutions, his/her responsibilities, skills and cooperation with other professionals within teams from different disciplines. In the research part, the impact of social work on the standard of living of the clients of these homes, as well as the possibilities of improving their participation in society and preventing social isolation are examined through questionnaire surveys. The final section interprets the research findings and makes recommendations for practice and future research.

Objective To test this hypothesis in practice, face-to-face semi-structured interviews were conducted. Five social workers were interviewed in a selected professional and social service facility. They clearly confirmed that the work of a social worker is a mission and their position is extremely important due to their daily tasks and activities. In addition to the roles of social workers, we will conclude by identifying recommendations for practice for future social workers.

Methods The nature of field research or study was applied, in which raw data were collected on the spot, namely in the selected social services house. In the past, this type of study was most commonly used in the social sciences, but it is now also being applied in other fields of research (e.g. environmental science, geography, geology, linguistics, sociology, etc.). A characteristic feature of this type of study is that it is carried out in situ (from the Latin), i.e. on-site, as opposed to laboratory research, which is carried out in a controlled environment. The most common methods of fieldwork include face-to-face/telephone interviews, observation or field review (Ciznar et al., 2012).

Results Research is currently ongoing, so we are unable to share the actual results.

Conclusion These findings could also identify areas for improvement or additional support.

Keywords Social work. Social worker. Social service facility.

Úvod

Sociálna práca má v dnešnej dobe na Slovensku významnú úlohu a jej perspektívy do budúcnosti sú taktiež nesmierne dôležité. S rozvojom spoločenských potrieb a meniacej sa sociálnej reality sa význam sociálnej práce neustále prehľbuje. Táto profesia sa čoraz viac uplatňuje v rôznych oblastiach praxe, pričom jej nezastupiteľné miesto je viditeľné najmä v zariadeniach sociálnych služieb (Popovičová, Barkasi, 2024). Sociálni pracovníci zohrávajú kľúčovú úlohu v zariadeniach sociálnych služieb, kde ich úloha presahuje jednoduchú administratívu a zahŕňa komplexnú podporu jednotlivcov a komunít. Ich práca je zameraná na zlepšovanie kvality života klientov, ktorí sa často nachádzajú v zraniteľných životných situáciách. V kontexte zariadení sociálnych služieb sú sociálni pracovníci zodpovední za identifikáciu potrieb klientov, vytváranie individuálnych plánov starostlivosti a koordináciu služieb, ktoré podporujú ich sociálnu integráciu a osobný rozvoj. Ich postavenie je neoddeliteľne spojené s multidisciplinárnym tímom profesionálov, s ktorými spolupracujú na dosiahnutí cieľov klientov. Vďaka svojim odborným znalostiam a empatickému prístupu sú

sociálni pracovníci často prvým kontaktným bodom pre klientov a ich rodiny, čím zohrávajú dôležitú úlohu v budovaní dôvery a zabezpečení kontinuity starostlivosti. Medzi kompetencie sociálneho pracovníka patria sociálne kompetencie, ktorými sú schopnosť porozumieť genéze vzniknutej situácie, schopnosti empatického prístupu, schopnosť identifikovania daného problému (Barkasi, Leczová, 2019, s. 30). Ich práca je nevyhnutná pre fungovanie zariadení sociálnych služieb, pretože prispieva k vytváraniu inkluzívneho prostredia, ktoré rešpektuje dôstojnosť a práva každého jednotlivca.

Práca sociálnych pracovníkov sa má nevyhnutne realizovať podľa etických a morálnych zásad, ktoré majú uplatňovať voči klientom bez akýchkoľvek rozdielov. Z toho dôvodu sa sociálna práca považuje za vysoko humánnu starostlivosť (Barkasi, Kenderešová, 2021).

Cieľ výskumu

Cieľom diplomovej práce je analyzovať postavenie sociálneho pracovníka v zariadení sociálnych služieb (ZSS) so zameraním na jeho úlohu, kompetencie a spoluprácu s multidisciplinárnymi tímami. Výskum sa sústreďí na hodnotenie vplyvu sociálnej práce na kvalitu života klientov ZSS, možnosti zlepšenia ich sociálnej integrácie a prevencie sociálnej izolácie.

Na dosiahnutie tohto cieľa budú preskúmané:

- význam a efektivita spolupráce sociálneho pracovníka s rodinami klientov,
- kvalita a bariéry v spolupráci s multidisciplinárnymi tímami,
- dopad prístupu sociálnych pracovníkov na psychickú pohodu a kvalitu života klientov,
- vplyv nedostatku personálu na sociálnu izoláciu klientov v ZSS.

Na dosiahnutie stanoveného cieľa bude realizovaná empirická analýza založená na dotazníkovom prieskume, ktorý bude zameraný na získanie údajov o skúsenostiach, názoroch a postojoch sociálnych pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb (ZSS). Dotazníkový prieskum umožní identifikovať kľúčové faktory ovplyvňujúce kvalitu sociálnej práce, ako aj hlavné výzvy a bariéry, s ktorými sa sociálni pracovníci stretávajú pri výkone svojej profesie. Výsledky prieskumu budú zároveň slúžiť ako odborný podklad pre návrh systémových riešení, ktoré môžu prispieť k skvalitneniu sociálnej práce a k zefektívneniu poskytovaných služieb v zariadeniach sociálnej starostlivosti.

Charakteristika skúmania

Terénny výskum sa uskutočnil v špeciálnom zariadení poskytujúcom sociálne služby a starostlivosť pre seniorov v meste Košice – VIA LUX. Toto zariadenie ponúka rôzne odborné a servisné služby. Medzi odborné služby patria činnosti podľa Zákona o sociálnych službách, ako je pomoc pri starostlivosti o fyzické osoby, ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná sestrami a opatrovateľmi, sociálne poradenstvo a sociálna rehabilitácia s cieľom podpory nezávislosti a samostatnosti. Servisné činnosti zahŕňajú poskytovanie kvalitného ubytovania s moderným vybavením, ako sú polohovateľné posteľe, vlastné hygienické zariadenia a elektrospotrebiče. Areál sa nachádza v mestskej časti Košice – Barca. Okrem toho sa tu ponúka stravovanie v stravovacej prevádzke s kapacitou až 230 miest pre mobilných klientov. Imobilným klientom sa jedlo podáva priamo na izbách v termo kontajneroch. Okrem toho sú k dispozícii aj služby upratovania, prania, žehlenia a starostlivosti o bielizeň a odevy. K ďalším činnostiam patrí úschova cenných vecí, akvizičná činnosť a rôzne záujmové aktivity, a to napr.:

- akvizičné programy s muzikoterapiou, reminiscenciou a ergoterapiou, tréningy pamäte najmä pre klientov s demenciou,
- tanečno-pohybové akvizície,
- akvizícia pomocou terapeutických bábik,
- canisterapia – terapia pomocou psov,
- spoločenské hry,
- športové aktivity a
- kultúrno-spoločenské podujatia.

Výskumu sa zúčastnili sociálne pracovníčky, pričom zber dát prebiehal počas dvoch výskumných dní. Výber respondentiek bol realizovaný na základe kritéria odbornej praxe v oblasti sociálnej práce a ich špecializácie na rôzne skupiny klientov v rámci zariadenia sociálnych služieb (ZSS). Všetky respondentky majú dlhoročné skúsenosti v oblasti sociálnej starostlivosti a pôsobia na rôznych oddeleniach, pričom pracujú s klientmi s odlišnými potrebami a stupňom závislosti od sociálnej pomoci. Tento výber umožnil získať rôznorodé pohľady na problematiku sociálnej práce v ZSS a jej dopady na kvalitu života klientov. Dôležitým kritériom pri výbere respondentiek bola aj ich aktívna účasť na procesoch spolupráce v rámci multidisciplinárnych tímov, čím sa zabezpečilo, že výpovede poskytujú relevantný pohľad na problematiku tímovej práce v sociálnych službách. Okrem toho boli do výskumu zahrnuté sociálne pracovníčky pôsobiace na oddeleniach so špecifickým zameraním, ako sú oddelenia pre seniorov, špecializované zariadenia pre osoby s psychickými poruchami a oddelenia venujúce sa klientom so závislosťou od alkoholu.

Tabuľka 1 Demografické výsledky participujúcich sociálnych pracovníčok z polo štruktúrovaného rozhovoru

	Otázka	Počet odpovedí
Pohlavie	žena	5
	muž	0
Vek	do 30 rokov	0
	31 – 40 rokov	0
	41 – 50 rokov	0
	51 a viac	5
Vzdelanie	stredoškolské s maturitou	0
	vysokoškolské (bc.)	0
	vysokoškolské (Mgr. a vyššie)	5
	iné	0
Prax	menej ako 1 rok	0
	1 – 5 rokov	0
	6 – 10 rokov	0
	viac ako 10 rokov	5

Zdroj: Vlastné spracovanie autora

Práca v oblasti sociálnej starostlivosti je náročná a vyžaduje si rôzne schopnosti, vlastnosti, zásady a hodnoty, ktoré sú nevyhnutné pre úspešnú prácu odborníkov v tejto oblasti. Tieto charakteristiky umožňujú sociálnym pracovníkom efektívne riešiť potreby jednotlivcov, rodín, komunít a spoločnosti a prispievať k pozitívnym sociálnym zmenám. Práca sociálneho

pracovníka si však vyžaduje kombináciu vzdelania, zručností a osobných kvalít na účinné zvládanie potrieb jednotlivcov, rodín a komunit. (Adams, Payne a Dominelli, 2017).

Aj z tohto dôvodu sme sa respondentiek pýtali:

1. Ktoré z nasledujúcich povinností patria medzi vaše hlavné činnosti?

Hlavné povinnosti sociálnych pracovníkov sa líšia od oddelení, na ktorých sociálni pracovníci pracujú. Sociálne pracovníčky, ktoré pracujú na oddelení zariadenia pre seniorov uviedli, že k hlavným činnostiam v rámci ich profesie patrí:

- individuálna práca s klientmi,
- skupinová práca s klientmi,
- administratíva a dokumentácia,
- spolupráca s rodinami klientov,
- koordinácia s inými odborníkmi v multidisciplinárnom tíme,
- organizácia voľnočasových alebo integračných aktivít pre klientov
- Iné

Sociálne pracovníčky pôsobiace na špecializovaných oddeleniach, ako aj na oddeleniach zameraných na liečbu závislostí od alkoholu a starostlivosť o osoby s psychickými poruchami, uviedli, že ich pracovné kompetencie nezahŕňajú skupinovú prácu s klientmi ani organizáciu voľnočasových či integračných aktivít. Tieto činnosti nie sú súčasťou ich primárnych povinností, pričom ich realizáciu zabezpečujú iné profesijné skupiny alebo externí odborní pracovníci.

2. Ktorú z nasledujúcich povinností považujete v rámci vašej práce za najdôležitejšiu?

- Individuálna práca s klientmi (napr. poradenstvo, plánovanie intervencií)
- Skupinová práca s klientmi (napr. terapeutické alebo vzdelávacie aktivity)
- Administratíva a dokumentácia
- Spolupráca s rodinami klientov
- Koordinácia s inými odborníkmi v multidisciplinárnom tíme
- Organizácia voľnočasových alebo integračných aktivít pre klientov
- Iné

Odpovede respondentiek sa líšili v závislosti od charakteru oddelenia, na ktorom pôsobia, ako aj od ich individuálnych profesijných preferencií. Zatiaľ čo niektoré sociálne pracovníčky zdôraznili, že všetky pracovné povinnosti majú v kontexte poskytovania sociálnych služieb zásadný význam, iné respondentky uprednostňovali najmä individuálnu prácu s klientmi, ktorú považovali za kľúčový aspekt svojej činnosti. Okrem toho bola ako mimoriadne dôležitá vnímaná aj administratívna činnosť a vedenie dokumentácie, ktoré zohrávajú nevyhnutnú úlohu pri zabezpečovaní kontinuity starostlivosti a monitorovaní individuálnych potrieb klientov. Tieto zistenia naznačujú, že vnímanie významu jednotlivých pracovných povinností môže byť ovplyvnené nielen špecifikami konkrétneho pracovného prostredia, ale aj osobným prístupom a skúsenosťami sociálnych pracovníčok v danej oblasti.

3. Ktoré oblasti kompetencií sociálnych pracovníkov by podľa vás bolo potrebné posilniť?

Výsledky odpovedí poukazujú na rozdielne vnímanie profesijných potrieb v rámci sociálnej práce v zariadeniach sociálnych služieb (ZSS).

- Komunikačné zručnosti
- Mediácia konfliktov medzi klientmi alebo ich rodinami
- Znalosti v oblasti zákonov a legislatívy
- Schopnosti plánovať a organizovať voľnočasové aktivity
- Iné

Medzi najdôležitejšie oblasti rozvoja kompetencií sociálnych pracovníkov z pohľadu opýtaných patria mediácia konfliktov a legislatívna znalosť, ktoré označila takmer polovica respondentiek. Naopak, schopnosti organizovať voľnočasové aktivity boli označené najmenej, čo môže naznačovať buď menší dopyt po tejto zručnosti v každodennej praxi sociálnych pracovníkov, alebo prítomnosť iných odborníkov v ZSS, ktorí sa týmito aktivitám venujú.

4. Spolupráca s multidisciplinárnym tímom

- Komunikačné zručnosti
- Mediácia konfliktov medzi klientmi alebo ich rodinami
- Znalosti v oblasti zákonov a legislatívy
- Schopnosti plánovať a organizovať voľnočasové aktivity

Ich odpovede sa líšili, pričom niektoré hodnotili spoluprácu ako výbornú, zatiaľ čo iné ju označili len za priemernú. Tento rozdiel naznačuje rôznorodosť skúseností sociálnych pracovníkov v závislosti od konkrétneho pracovného prostredia, personálneho zloženia tímu a úrovne koordinácie medzi jednotlivými profesiami.

Respondentky, ktoré hodnotili spoluprácu ako výbornú, pravdepodobne pracujú v prostredí, kde je interdisciplinárna spolupráca efektívna, komunikácia medzi odborníkmi prebieha hladko a tímová koordinácia je dobre nastavená. Tie, ktoré označili spoluprácu za priemernú, môžu vnímať určité nedostatky, napríklad obmedzenú komunikáciu medzi profesiami, rozdielne prístupy k práci s klientmi alebo nejednotné kompetencie v tíme.

5. Aké najčastejšie prekážky v spolupráci s multidisciplinárnym tímom pozorujete?

Keďže otázka umožňovala označiť viacero možností, odpovede reflektujú rôznorodosť vnímaných bariér, ktoré ovplyvňujú efektívnosť interdisciplinárnej spolupráce.

- Nedostatočná komunikácia
- Nejasné rozdelenie kompetencií
- Nedostatok času na spoločné stretnutia
- Odlišné pohľady na prácu s klientmi
- Iné

Výsledky naznačujú, že medzi najčastejšie prekážky v spolupráci multidisciplinárnych tímov patria komunikačné problémy, nejasné kompetencie, časové obmedzenia a rozdielne odborné prístupy. Je však nutné uviesť, že v dvoch prípadoch respondentky uviedli, že nevidia žiadnu prekážku v spolupráci v rámci multidisciplinárnych tímov.

6. Ako často sa konajú stretnutia multidisciplinárnych tímov vo vašom ZSS?

- Pravidelne, raz za týždeň
- Pravidelne, raz za mesiac
- Nepravidelne
- Vôbec

Výsledky ukázali výraznú prevahu odpovede „nepravidelne“.

Prevažujúca odpoveď „nepravidelne“ naznačuje, že v zariadení chýba systematická organizácia multidisciplinárnych stretnutí. Tento fakt môže negatívne ovplyvniť koordináciu medzi odborníkmi, výmenu informácií a efektivitu práce s klientmi.

Odpoveď „raz za mesiac“, ktorú označila jedna respondentka, naznačuje, že na niektorých oddeleniach (konkrétne na oddelení pre liečbu závislostí od alkoholu) môže existovať pravidelný režim multidisciplinárnych stretnutí, avšak ide o výnimku, nie o štandardnú prax.

Výsledky poukazujú na absenciu pravidelných multidisciplinárnych stretnutí v ZSS, čo môže mať negatívny dopad na kvalitu spolupráce medzi odborníkmi a na efektivitu poskytovanej starostlivosti.

Ako uvádza Noga (2025) tieto multidisciplinárne tímy prinášajú lepšie výsledky pre pacientov a zvyšujú ich spokojnosť. Môžu poskytovať koordinovanú a komplexnú starostlivosť v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Tento prístup pomáha pri riešení nielen zdravotných problémov, ale aj sociálnych a emocionálnych problémov, čo môže zlepšiť jeho celkový zdravotný stav a kvalitu života i spokojnosť klienta.

7. Ako hodnotíte vplyv sociálnej práce na kvalitu života klientov vo vašom ZSS?

- Veľmi významný
- Skôr významný
- Nevýznamný
- Nedokážem posúdiť

Výsledky ukázali jednoznačnú zhodu, keďže všetky respondentky označili odpoveď „veľmi významný“. Skutočnosť, že všetky respondentky vnímali sociálnu prácu ako veľmi významný faktor ovplyvňujúci kvalitu života klientov, naznačuje jej zásadnú úlohu v procese poskytovania sociálnych služieb. Sociálni pracovníci nielen zabezpečujú základné potreby klientov, ale tiež zohrávajú kľúčovú rolu pri podpore ich psychickej pohody, sociálnych vzťahov a celkového komfortu v ZSS.

Z rozhovorov taktiež vyplynulo, že bez kvalitnej sociálnej práce by mohli byť klienti vystavení:

1. väčšej sociálnej izolácii,
2. nižšej kvalite života a
3. obmedzeným možnostiam rozvoja a integrácie.

Jednohlasné vnímanie vysokého významu sociálnej práce podčiarkuje potrebu ďalšej podpory, rozvoja a zlepšovania podmienok pre sociálnych pracovníkov v ZSS. Posilnenie kompetencií, personálneho zabezpečenia a možností na individuálnu prácu s klientmi môže ešte viac prispieť k zvyšovaniu ich kvality života a sociálnej pohody.

8. Ktoré oblasti života klientov sú podľa vás sociálnou prácou najviac ovplyvnené?

- Sociálna integrácia
- Psychická pohoda
- Fyzická aktivita

- Rozvoj sebaobslužných zručností
- Iné

Výsledky ukázali rôznorodosť v odpovediach, pričom niektoré respondentky sa zamerali len na konkrétne aspekty, zatiaľ čo iné označili všetky možnosti.

- Niektoré respondentky označili iba sociálnu integráciu, čo naznačuje, že vnímajú sociálnu prácu predovšetkým ako nástroj na zlepšenie zapojenia klientov do spoločenského diania, posilnenie ich vzťahov a znižovanie sociálnej izolácie.
- Iné respondentky uviedli psychickú pohodu, čím poukázali na význam sociálnej práce v oblasti emocionálnej stability, prevencie depresie či osamelosti u klientov ZSS.
- Viaceré respondentky označili všetky odpovede, čo naznačuje, že vnímajú sociálnu prácu ako komplexný faktor ovplyvňujúci viaceré aspekty života klientov, vrátane fyzickej aktivity a rozvoja sebaobslužných zručností.

Rôznorodosť odpovedí poukazuje na individuálne vnímanie sociálnej práce medzi respondentkami, ako aj na to, že jej vplyv sa môže líšiť v závislosti od konkrétneho zariadenia, potrieb klientov či pracovného zamerania jednotlivých sociálnych pracovníkov. Výsledky však jednoznačne potvrdzujú, že sociálna práca výrazne prispieva k zlepšeniu kvality života klientov ZSS, a to nielen v oblasti sociálnej integrácie a psychickej pohody, ale aj v podpore ich fyzickej aktivity a samostatnosti.

9. Aké konkrétne aktivity alebo intervencie považujete za najefektívnejšie pri zlepšovaní kvality života klientov

- Individuálne poradenstvo
- Skupinové terapie alebo aktivity
- Voľnočasové a komunitné programy
- Spolupráca s rodinou klientov
- Iné

Výsledky ukázali, že niektoré typy intervencií sú vnímané ako kľúčové pre podporu klientov, pričom dominovali odpovede individuálne poradenstvo a spolupráca s rodinou klientov. Respondentky taktiež uviedli, že pre ďalšie zvyšovanie kvality poskytovanej sociálnej starostlivosti je vhodné kombinovať individuálny a rodinný prístup s komunitnými aktivitami, čím sa maximalizuje podpora klientov v rôznych oblastiach ich života.

10. Aké opatrenia sú vo vašom ZSS realizované na prevenciu sociálnej izolácie klientov?

Výsledky ukázali jednoznačnú zhodu medzi všetkými respondentkami, pričom každá z respondentiek označila všetky ponúkané možnosti. Tento výsledok naznačuje, že v konkrétnom ZSS sú využívané komplexné prístupy na znižovanie sociálnej izolácie klientov.

- Organizovanie spoločenských alebo komunitných podujatí
- Zapájanie klientov do voľnočasových aktivít
- Podpora kontaktu klientov s rodinou alebo priateľmi
- Pravidelné rozhovory s klientmi o ich potrebách a želaniach
- Iné

Skutočnosť, že všetky respondentky označili všetky možnosti, poukazuje na to, že v ZSS sú implementované komplexné a viacúrovňové stratégie na prevenciu sociálnej izolácie. Tento

prístup zabezpečuje, že klienti majú pravidelný sociálny kontakt, aktívne sa zapájajú do komunitného života a majú možnosť vyjadriť svoje potreby. Niektoré respondentky doplnili, že pre ďalšie skvalitnenie prevencie sociálnej izolácie by mohlo byť užitočné rozšíriť možnosti individuálneho prístupu, napríklad zavedením personalizovaných programov pre klientov, ktorí sú menej ochotní zapájať sa do skupinových aktivít.

11. Aké možnosti vidíte na zlepšenie sociálnej integrácie klientov?

- Intenzívnejšia spolupráca s komunitou.
- Väčšie zapojenie rodiny klientov
- Organizácia pravidelných výletov alebo aktivít mimo ZSS
- Zvýšenie počtu odborných pracovníkov na prácu s klientmi
- Iné

Najčastejšie označená možnosť väčšie zapojenie rodiny klientov naznačuje, že sociálna integrácia je najefektívnejšia vtedy, keď klienti majú pravidelný kontakt s rodinou a podporu zo strany svojich blízkych. Ďalšie kľúčové faktory, ako zvýšenie počtu odborného personálu a organizácia výletov či externých aktivít, reflektujú potrebu rozšírenia sociálnych príležitostí klientov a ich častejšieho zapájania do spoločenského diania mimo ZSS. Naopak, spolupráca s komunitou bola označená v menšej miere, čo môže naznačovať, že v tejto oblasti existujú obmedzené možnosti alebo že iné faktory sú vnímané ako prioritnejšie.

12. Ktoré faktory podľa vás najviac prispievajú k sociálnej izolácii klientov v ZSS?

- Nedostatok personálu
- Nedostatok aktivít alebo programov
- Obmedzená mobilita klientov
- Neochota klientov zapájať sa do aktivít
- Iné

Najvýraznejšie faktory prispievajúce k sociálnej izolácii klientov ZSS sú nedostatok personálu a neochota klientov zapájať sa do aktivít, pričom významnú úlohu zohráva aj obmedzená ponuka programov.

13. Čo by ste navrhli na zlepšenie postavenia sociálneho pracovníka v ZSS?

- Vyššie ohodnotenie práce
- Zníženie administratívnej záťaže
- Viac možností odborného vzdelávania
- Zvýšenie počtu sociálnych pracovníkov
- Iné

Výsledky ukazujú, že sociálni pracovníci v ZSS čelia viacerým výzvam, pričom ich postavenie by mohlo byť zlepšené kombináciou finančných, organizačných a odborných opatrení. Respondentky sa zhodli, že je potrebné:

- zvýšiť finančné a morálne ohodnotenie sociálnych pracovníkov,
- redukovať administratívne zaťaženie,
- podporiť odborné vzdelávanie,
- zabezpečiť dostatočný počet kvalifikovaných pracovníkov,

- posilniť postavenie sociálnych inštruktorov ako dôležitých aktérov v ZSS.
- Okrem toho niektoré doplnili aj potrebu morálneho ohodnotenia sociálnych pracovníkov a posilnenie pozície sociálnych inštruktorov.

Na základe polo štruktúrovaného rozhovoru a teoretických poznatkov môžeme zhrnúť nasledujúce úlohy sociálneho pracovníka:

- sociálni pracovníci hodnotia potreby svojich klientov, vedú rozhovory, spracovávajú hodnotenia a zhromažďujú informácie, aby pochopili situáciu svojich klientov,
- poskytujú poradenstvo a emocionálnu podporu klientom, ktorí čelia rôznym problémom (zdravotné ťažkosti, problémy duševného zdravia, závislosť, domáce násilie alebo smútok),
- vypracúvajú a implementujú plány starostlivosti pre klientov, pričom koordinujú služby, ako je zdravotná starostlivosť, ubytovanie alebo rôzne aktivity a intervencie,
- pracujú v zdravotníckych zariadeniach alebo špecializovaných zariadeniach, kde pomáhajú pacientom a ich rodinám vyrovnáť sa so zdravotnými problémami, chronickými chorobami alebo inými problémami či životnými okolnosťami,
- pracujú so staršími dospelými a ich rodinami pri riešení problémov súvisiacich so starnutím a dlhodobou starostlivosťou, avšak výber klientov závisí od zariadenia sociálnych služieb, ktoré sa špecializuje na danú kategóriu klientov,
- vedú podrobné záznamy o interakciách s klientmi, hodnoteniach a zásahoch na sledovanie pokroku a zabezpečenie zodpovednosti.

Celkový pohľad ukazuje, že sociálna práca v zariadení sociálnych služieb je neoddeliteľnou súčasťou kvalitnej starostlivosti o klientov.

Záver

Sociálni pracovníci v zariadeniach sociálnych služieb zohrávajú kľúčovú úlohu pri poskytovaní podpory a starostlivosti pre zraniteľné skupiny obyvateľstva. Ich práca je neoceniteľná, pretože prispievajú k zlepšeniu kvality života klientov a pomáhajú im dosiahnuť väčšiu nezávislosť a integráciu do spoločnosti. Napriek mnohým výzvam, ako sú nedostatok zdrojov a rastúce nároky spojené so starnutím populácie, sociálni pracovníci nachádzajú spôsoby, ako efektívne reagovať na potreby svojich klientov. Dôležitosť ich práce sa prejavuje nielen v individuálnom prístupe ku klientom, ale aj v ich schopnosti koordinovať tímovú spoluprácu s ostatnými odborníkmi. Preto je nevyhnutné, aby sa im poskytovala primeraná podpora, ďalšie vzdelávanie a prístup k novým technológiám, ktoré môžu zefektívniť ich prácu.

V budúcnosti je potrebné zamerať sa na posilnenie pozície sociálnych pracovníkov prostredníctvom lepšej legislatívnej podpory a zvýšenia ich spoločenského uznania. Tým sa zabezpečí, že budú môcť aj naďalej účinne plniť svoje poslanie a prispievať k vytváraniu inkluzívnej a podpornej spoločnosti.

Lieratúra

BARKASI, D., KENDEREŠOVA, E. 2021. *Význam sociálneho pracovníka v zdravotníckom Zariadení/ The Importance of a Social Worker in a Medical Facility*. In: Zdravotnícke štúdie: vedecko-odborný časopis Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku. Fakulta zdravotníctva. Roč. 13, č. 2 (2021), pp. 42-46. ISSN 1337-723X.

- BARKASI, D. – LECZOVÁ, D. 2019. Motivácia k voľbe študijného odboru študentov pomáhajúcich profesií. 1. vyd. Michalovce : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. v Bratislave, Ústav bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach, 2019. 90 s. ISBN: 978-80-8132-210-5.
- BECKETT, CH. a kol. 2017. *Values and Ethics in Social Work*. USA: SAGE Publications, 2017, 200s. ISBN 978-1473974814.
- CARR, H. – GOOSEY, D. 2021. *Law for Social Workers*. UK: Oxford University Press, 2021, 760s. ISBN 978-0198869924.
- ČIŽNÁR, I. a kol. 2012. *Základy vedeckovýskumnej práce*. Bratislava: Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, 2012, 143s. ISBN 978-80-89352-68-5.
- DOMINELLI, L. 2017. *Anti-Racist Social Work*. USA: Red Globe Press, 289s. ISBN 978-1137534194.
- JAŠKOVÁ, A. – SABOLOVÁ-FABIÁNOVÁ, A. 2018. *Sociálna práca ako rizikové povolanie*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2018, 100s. ISBN 978-80-555-1987-6.
- POPOVIČOVÁ, M., BARKASI, D. 2024. *Sociálna práca v zdravotníctve – súčasnosť a perspektíva v Slovenskej republike*. In: VANSÁČ, P. Zborník z X. Medzinárodnej vedeckej konferencie „Aktuálne trendy a výzvy, problémy a dilemy v profesijnej praxi pracovníkov pomáhajúcich profesií“, Michalovce 10. november 2023. Warszawa : Wydawnictwo Katedry Filozofii Akademii Ekonomiczno - Humanistycznej w Warszawie, Polska, 2024. ISBN: 978-83-61087-89-2. s. 172-180.
- RUCH, G. a kol. 2018. *Relationship-Based Social Work*. USA: Jessica Kingsley Publishers, 2018, 320s. ISBN 978-1785922534.
- RUŽIČKA, V. 2010. Sociálny pracovník v zariadení pre seniorov. In: *Aplikovaná etika v sociálnej práci a ďalších pomáhajúcich profesiách*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. 413 s. ISBN 978-80-89271-89-4.
- Časopisy a odborné publikácie**
- ADAMS, R. – PAYNE, M. – DOMINELLI, L. 2017. Social work: Themes, issues and critical debates. In *Social Work*, 2017, s. 1- 416.
- CUEVAS, P. a kol. 2020. Reminiscence therapy for older adults with Alzheimer's disease: A literature review. In *International Journal of Mental Health Nursing*, 2020, roč. 29, č. 3, s. 364-371.
- JANEBOVÁ, R. – TRUHLÁŘOVÁ, Z. 2018. The concept of control from the perspective of social work clients. In *Kontakt*, 2018, roč. 20, č. 1, s. e63-e71.
- KONSTANTINIDOU, H. – EVANS, CH. Pharmacotherapy and psychotherapy: the challenges of integrating two paradigms. In *Psychoanalytic Psychotherapy*, 2015, roč. 29, č. 4, s. 343
- NOGA, V. 2025. Spokojnosť klientov/pacientov ako pozitívny odraz konvergenzie poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti. In: VANSÁČ, P. (Ed.) *Zborník z XI. Medzinárodnej vedeckej konferencie, Konvergencia poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti pre pacientov/klientov*, Michalovce 15. november 2024, Wydawnictwo Katedry Filozofii Akademii Ekonomiczno - Humanistycznej w Warszawie, Warszawa 2025, ISBN 978-83-61087-93-9, s.173-187.
- PARKER, J. 2020. Social work practice: Assessment, planning, intervention and review. In *Social Work Practice*, 2020, s. 1-264.

REAMER, F.G. 2018. Ethical standards for social workers' use of technology: Emerging consensus. In *Journal of Social Work Values and Ethics*, 2018, roč. 15, č. 2, s. 71-80.

VANSÁČ, P.: *Social intervention through ergotherapy in retirement home*, In: Ukraine Nation's Health Scientific-and-practical journal Frequency – quarterly Founded in January, 2007, № 2 (55), 2019, p 145 - 146, ISSN 2077-6594.

ZHAO, K. a kol. 2016. A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression. In *International journal of geriatric psychiatry*, 2016, roč. 31, č. 11, s. 1188-1198.

Zákony a legislatíva

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. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

ADAPTÁCIA RÓMSKYCH SENIOROV NA POBYT V ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

ADAPTATION OF ROMA SENIORS TO A STAY IN A SOCIAL SERVICE FACILITY

Sovjaková Emília¹

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.*

Inštitút tbl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: emiliasovjakova@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.

Abstrakt

Úvod: Cieľom tejto práce bolo zistiť špecifiká adaptácie rómskych seniorov na život v zariadeniach sociálnych služieb, pričom bol zameraný na kultúrne, sociálne a etnické faktory ovplyvňujúce tento proces. Teoretické východiská skúmanej problematiky zahŕňajú prehľad literatúry o adaptácii seniorov, kultúrnych a rodinných väzbách v rómskej komunite, význam kultúrnej kompetencie v sociálnej starostlivosti a úlohe sociálneho pracovníka pri poskytovaní služieb. Výskum sa realizoval prostredníctvom dotazníkov pre 117 sociálnych pracovníkov pracujúcich na úseku starostlivosti v 33 zariadeniach pre seniorov. Dôležitou súčasťou výskumu je analýza faktorov ovplyvňujúcich úspešnú adaptáciu, ako aj skúmanie prechodu do inštitucionálnej starostlivosti. Zistenia ukazujú, že rómski seniori sú v zariadeniach menej zastúpení, pričom adaptácia je hodnotená ako stredne náročná.

Metódy: Realizovali sme kvantitatívny výskum a ako nástroj sme použili dotazník, ktorý je považovaný za efektívny spôsob zberu a analýzy dát, umožňujúci získanie objektívnych a štatisticky významných výsledkov. V našom výskume sme sa rozhodli pre tento prístup, aby sme systematicky zhromaždili údaje od veľkého počtu respondentov a zabezpečili reprezentatívnosť vzorky.

Výsledky: Na základe analýzy zistení je zrejmé, že adaptácia a spokojnosť prijímateľov sociálnych služieb rómskeho a nerómskeho etnika je ovplyvnená mnohými faktormi, ako predchádzajúci životný štýl, kultúrne hodnoty a prístup sociálnych pracovníkov. Mnohí klienti z rómskej komunity čelia jazykovým a kultúrnym bariéram, ktoré ovplyvňujú ich schopnosť efektívne komunikovať so sociálnymi pracovníkmi a využívať dostupné služby.

Záver: Tento kvantitatívny prístup nám umožnil systematicky a objektívne hodnotiť faktory ovplyvňujúce adaptáciu seniorov, čo prispelo k vytvoreniu efektívnych intervencií a zlepšeniu kvality starostlivosti v inštitucionálnych zariadeniach.

Kľúčové slová

Adaptácia. Rómski seniori. Sociálna starostlivosť. Inštitucionálna starostlivosť. Kultúrna kompetencia.

Abstract: The aim of this work was to find out the specifics of the adaptation of Roma seniors to life in social service facilities, while it was focused on cultural, social and ethnic factors influencing this process. The theoretical starting points of the investigated issue include a

review of the literature on the adaptation of seniors, cultural and family ties in the Roma community, the importance of cultural competence in social care and the role of the social worker in the provision of services. The research was carried out through questionnaires for 117 social workers and social rehabilitation instructors working in the care sector in 33 facilities for seniors. An important part of the research is the analysis of factors influencing successful adaptation, as well as the examination of the transition to institutional care. The findings show that Roma seniors are less represented in facilities, while adaptation is rated as moderately difficult.

Methods: We carried out quantitative research and used a questionnaire as a tool, which considered an effective method of data collection and analysis, enabling objective and statistically significant results to be obtained. In our research, we opted for this approach in order to systematically collect data from a large number of respondents and ensure the representativeness of the sample.

Results: Based on the analysis of the findings, it is clear that the adaptation and satisfaction of recipients of social services of Roma and non-Roma ethnicity is influenced by many factors, such as previous lifestyle, cultural values and the approach of social workers. Many clients from the Roma community face language and cultural barriers that affect their ability to effectively communicate with social workers and use available services.

Conclusion: This quantitative approach allowed us to systematically and objectively evaluate the factors influencing the adaptation of seniors, which contributed to the creation of effective interventions and the improvement of the quality of care in institutional facilities.

Keywords

Adaptation. Roma seniors. Social care. Institutional care. Cultural competence.

Úvod

Adaptácia rómskych seniorov na pobyt v zariadení sociálnych služieb je témou, ktorá v súčasnosti získava na dôležitosťi vzhľadom na demografické a sociálne zmeny prebiehajúce v Slovenskej republike. Populácia rómskych seniorov rastie a s ňou aj potreba zabezpečenia adekvátnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb. Rómska komunita, s jej špecifickými kultúrnymi a sociálnymi charakteristikami, predstavuje výzvu pre poskytovateľov sociálnych služieb. Znamená, že musia prispôbiť svoje prístupy tak, aby zohľadňovali unikátne potreby týchto klientov. Pre marginalizovanú rómsku populáciu je charakteristické, dlhodobá nezamestnanosť, málo dostupné služby, nevedomosť a slabá inšormovanosť o poskytovaní pomoci (Barkasi, Barkasi, Bugyi, 2017, s. 19).

Stav poznania v oblasti adaptácie rómskych seniorov na pobyt v zariadeniach sociálnych služieb je pomerne limitovaný. Väčšina existujúcich štúdií sa zameriava na širšie sociálne a ekonomické otázky rómskej komunity, pričom problematika starnutia a adaptácie v sociálnych zariadeniach je často prehliadaná. Na základe dostupnej literatúry je zrejmé, že rómski seniori čelia mnohým ťažkostiam a bariéram pri adaptácii na nové prostredie. Tieto zahŕňajú jazykové bariéry, odlišné kultúrne normy, nízku úroveň vzdelania a zdravotné problémy. Podľa viacerých autorov ako Galovej, (2018) a Slania (2021) jedným z kľúčových faktorov úspešnej adaptácie rómskych seniorov je pochopenie a rešpektovanie ich kultúrnych špecifik.

Sociálna práca a výkon jej činnosti prostredníctvom sociálnych pracovníkov sa zakladá nielen na profesionálnej zodpovednosti, ale aj na etickej a morálnej zodpovednosti. Svedomie a intelekt sociálneho pracovníka determinuje jeho prístup ku klientom obzvlášť v oblasti integrácie Rómov pre ich kultúrnu citlivosť (Vansač, Kenderešová, 2024).

Význam tejto práce spočíva v snahe zaplniť medzeru v súčasnom stave poznania a praxe tým, že sa zameriava na špecifické potreby a skúsenosti rómskych seniorov v zariadeniach sociálnych služieb. Cieľom je zistiť špecifiká procesu adaptácie rómskych seniorov na život v zariadeniach sociálnych služieb. V rámci cieľa našim zámerom je identifikovať hlavné faktory ovplyvňujúce úspešnú adaptáciu rómskych seniorov na pobyt v týchto zariadeniach a navrhnúť opatrenia na zlepšenie adaptácie. Zámer je dosiahnutý prostredníctvom výskumu a analýzy aktuálnych dát. Zámerom je tiež navrhnúť konkrétne opatrenia a odporúčania pre poskytovateľov sociálnych služieb, ktoré by mohli zlepšiť kvalitu života rómskych seniorov v zariadeniach.

Táto práca je dôležitá nielen z hľadiska teoretického, ale aj praktického. Pre prax sociálnych služieb je kľúčové, aby poskytovatelia mali hlboké porozumenie kultúrnych špecifik svojich klientov a dokázali prispôbiť svoje služby tak, aby zohľadňovali tieto odlišnosti. Pre rómskych seniorov môže dobre adaptované prostredie znamenať výrazné zlepšenie kvality života, zníženie pocitu izolácie a zvýšenie celkovej spokojnosti so službami.

Rozhodnutie spracovať túto tému vychádza z osobného záujmu o problematiku sociálnej inklúzie a integrácie marginalizovaných skupín do spoločnosti. Skúsenosti z práce v sociálnej sfére a osobné stretnutia s rómskou komunitou ukázali, aké dôležité je porozumieť ich špecifickým potrebám a ako veľmi môžu adekvátne prispôsobené služby zlepšiť ich životné podmienky.

Táto práca je určená predovšetkým pre odborníkov v oblasti sociálnych služieb, sociálnych pracovníkov, manažérov zariadení sociálnych služieb, ako aj pre študentov sociálnej práce. Veríme, že zistenia a odporúčania prezentované v tejto práci prispejú k lepšiemu porozumeniu a efektívnejšiemu riešeniu problematiky adaptácie rómskych seniorov na pobyt v zariadeniach sociálnych služieb, čím sa zvýši kvalita poskytovaných služieb a zlepší sa životná situácia týchto seniorov.

Ciele nášho výskumu

Hlavným cieľom výskumu je zistiť špecifiká procesu adaptácie rómskych seniorov na život v zariadeniach sociálnych služieb.

Čiastkové ciele:

- Zistiť počet prijímateľov sociálnych služieb rómskeho a nerómskeho etnika.
- Zistiť rozdiely v adaptácii na spôsob života v zariadeniach pre seniorov rómskych a nerómskych.
- Zistiť vplyv predchádzajúceho spôsobu života (inštitucionalizovaná a neinštitucionalizovaná forma) na adaptáciu rómskych klientov v zariadeniach pre seniorov.
- Zistiť prístup sociálnych pracovníkov k prijímateľom sociálnej služby z hľadiska ich etnickej príslušnosti (rómskej alebo nerómskej).
- Zistiť vplyv tradícií a zvykov na spokojnosť prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach pre seniorov.

Charakteristika súboru a metodika

Výskumný súbor tvorili zamestnanci zariadenia pre seniorov. Výberový súbor tvorili sociálni pracovníci pracujúci na úseku starostlivosti PSS v zariadeniach pre seniorov. Výber vzorky výskumu bol zámerný. Oslovili sme aj inštruktorov sociálnej rehabilitácie, ale do výskumu sa nezapojili. Výskumu sa zúčastnilo 117 respondentov- sociálnych pracovníkov, z ktorých bolo 100% respondentov žien. Veková štruktúra respondentov dosahovala priemerný vek 43,4 roka, pričom medián je 44 rokov a najčastejšie sa vyskytujúci vek (modus) je 46 rokov. Štandardná odchýlka je relatívne nízka (4,18), čo naznačuje pomerne homogénnu vzorku z hľadiska veku. Najmladší respondent má 35 rokov a najstarší 52 rokov, pričom rozptyl hodnôt je 17 rokov.

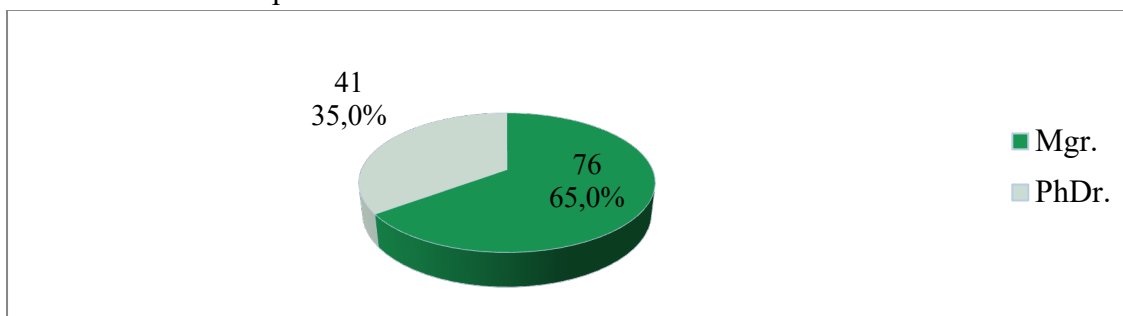
Tabuľka 1 Vek respondentov

Počet	117
Priemer	43,4
Medián	44
Modus	46,0
Štandardná odchýlka	4,18
Minimum	35
Maximum	52

Zdroj: vlastné spracovanie

Tieto údaje naznačujú, že vzorka je prevažne zložená zo stredne vekových dospelých, čo môže mať vplyv na interpretáciu výsledkov, najmä ak veková variabilita ovplyvňuje skúmané premenné.

Graf 1 Vzdelanie respondentov

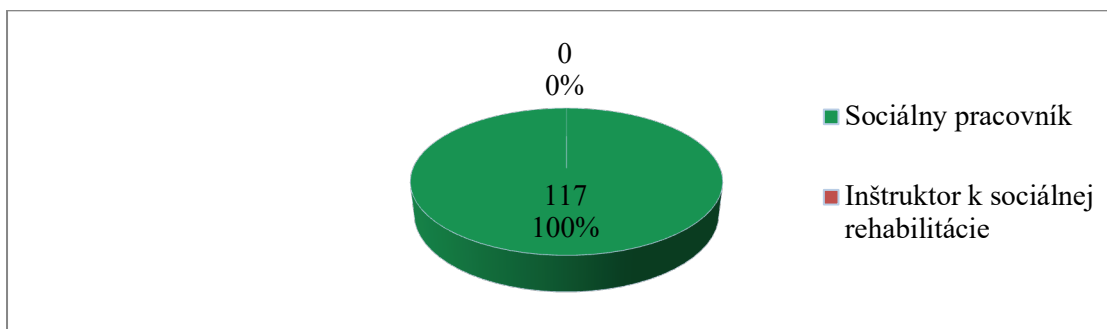


Zdroj: vlastné spracovanie

117 (100 %) respondentov malo v zariadení pozíciu sociálneho pracovníka.

Z poskytnutých údajov vyplýva, že najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov bolo najčastejšie magisterské štúdium, ktoré uviedlo 76 osôb, čo predstavuje 65 % vzorky. Doktorský titul má 41 respondentov, čo tvorí 35 % respondentov. Tieto výsledky poukazujú na to, že väčšina respondentov má vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa, pričom menšia časť pokračovala v štúdiu na doktorandskej úrovni.

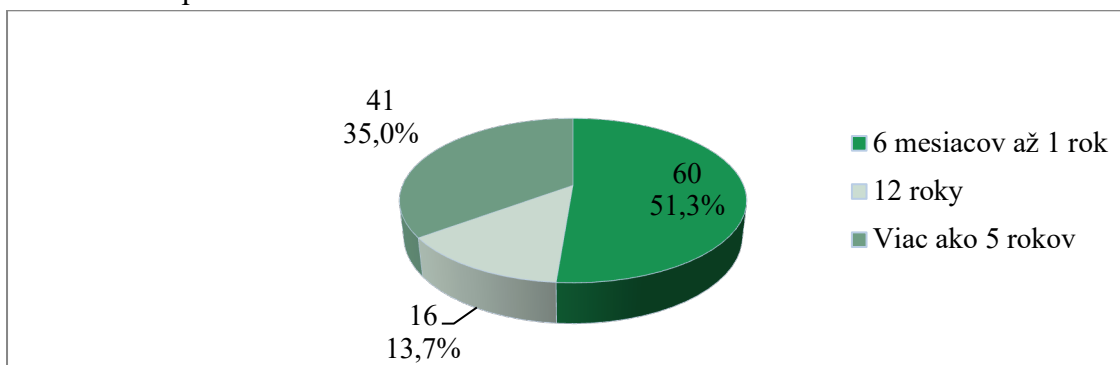
Graf 2 Pozícia v zariadení



Zdroj: vlastné spracovanie

V súčasnosti v zariadení sociálnych služieb pracuje najviac respondentov, konkrétne 60 (51,3 %) 6 mesiacov až 1 rok. Druhú najväčšiu skupinu tvoria respondenti s praxou viac ako 5 rokov, ktorých je 41 (35,0 %). Najmenej respondentov, iba 16 (13,7 %), má prax v zariadení 1 až 2 roky. Tieto údaje ukazujú, že väčšina respondentov má v zariadení relatívne krátkodobú prax (do 1 roka). Zároveň však 35 % respondentov predstavuje stabilnú skupinu s dlhoročnou praxou, čo poukazuje na určitú úroveň kontinuity a skúseností v zariadení.

Graf 3 Dĺžka praxe v zariadení



Zdroj: vlastné spracovanie

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

V našom výskume sme si zvolili tieto výskumné otázky:

V1: Aký je počet prijímateľov sociálnych služieb rómskeho a nerómskeho etnika?

V2: Existuje rozdiel medzi adaptáciou na spôsob života v zariadení pre seniorov medzi rómskymi a nerómskymi klientmi?

V3: Má predchádzajúci spôsob života (inštitucionalizovaná a neinštitucionalizovaná forma) vplyv na adaptáciu rómskych seniorov v zariadeniach pre seniorov?

V4: Existuje rozdiel v prístupe sociálnych pracovníkov k prijímateľom sociálnej služby na základe ich etnickej príslušnosti (rómska alebo nerómska)?

V5: Existuje rozdiel medzi prijímateľmi sociálnych služieb rómskeho etnika v uprednostňovaní komunikácie s osobami rovnakého etnika?

V6: Existuje rozdielny vplyv tradícií na spokojnosť prijímateľov sociálnych služieb?

Vymedzili sme si nasledovné hypotézy:

H1: Predpokladáme, že existuje rozdiel v počte klientov rómskeho a nerómskeho etnika.

H2: Predpokladáme, že miera adaptácie rómskych seniorov na spôsob života v zariadení pre seniorov je odlišná od nerómskych klientov.

H3: Predpokladáme, že adaptáciu rómskych klientov ovplyvňuje spôsob predchádzajúceho života (inštitucionalizovaná a neinštitucionalizovaná forma)

H4: Predpokladáme, že prístup sociálneho pracovníka k prijímateľovi sociálnej služby je rovnaký bez ohľadu na rómsku alebo nerómsku príslušnosť prijímateľa sociálnej služby

H5: Predpokladáme, že prijímateľ sociálnej služby rómskeho etnika prirodzene uprednostňuje komunikáciu s osobami rovnakého etnika v porovnaní s nerómskymi klientmi.

H6: Predpokladáme, že tradície majú vplyv na spokojnosť prijímateľa sociálnej služby rómskej a nerómskej príslušnosti.

Hypotézy súvisia s adaptáciou a spokojnosťou rómskych a nerómskych klientov v zariadeniach pre seniorov. Skúmané sú rozdiely v počte klientov oboch etník (H1), ich miera adaptácie na život v zariadení (H2) a vplyv predchádzajúceho spôsobu života (H3). Ďalej hodnotíme prístup sociálnych pracovníkov (H4), preferencie v komunikácii medzi klientmi rôznych etník (H5) a vplyv tradícií na spokojnosť prijímateľov sociálnych služieb (H6). Výsledky analýzy poskytujú empirický základ na prijatie alebo odmietnutie každej hypotézy.

H1: Predpokladáme, že existuje rozdiel v počte klientov rómskeho a nerómskeho etnika.

Na základe analýzy tabuľky početnosti zistené údaje ukazujú, že v skúmaných zariadeniach pre seniorov sú v prevažnej miere klienti nerómskeho etnika, zatiaľ čo rómske etnikum je zastúpené minimálne do 10%. Tento výrazný rozdiel v zastúpení klientov jednotlivých etnických skupín potvrdzuje nerovnomernú distribúciu etník v zariadení.

Hypotéza H1, že existuje rozdiel v počte klientov rómskeho a nerómskeho etnika, je potvrdená. V zariadení sú zastúpení prevažne klienti nerómskeho etnika, čo poukazuje na zásadný rozdiel v zastúpení etnických skupín. Hypotéza 1 bola potvrdená.

Tabuľka 1 Tabuľky početnosti

	9. Aké etnikum je vo vašom zariadení pre seniorov najpočetnejšie?		
	Rómske	Nerómske	Spolu
Sociálny pracovník	0	117	117
Pracovník sociálnej rehabilitácie	0	0	0
Spolu	0	117	117

Zdroj: vlastné spracovanie

H2: Predpokladáme, že miera adaptácie rómskych seniorov na spôsob života v zariadení pre seniorov je odlišná od nerómskych klientov.

Pri druhej hypotéze boli použité premenné z 13. a 14. položky dotazníka. Premenné boli zamerané na priebeh prispôsobenia sa rómskych a nerómskych klientov životu v zariadení. Na základe tabuľky početnosti boli zistené rozdiely v adaptácii seniorov podľa etnickej

príslušnosti. Rómske etnikum podľa skúsenosti sociálnych pracovníkov vykazuje strednú mieru adaptácie. Žiadny rómsky klient sa podľa sociálnych pracovníkov neprispôbil ani ľahko, ani ťažko. Na druhej strane, medzi nerómskymi klientmi sa podľa 60 sociálnych pracovníkov seniori prispôbili stredne, podľa 57 sociálnych pracovníkov ťažko, v odpovediach absentoval ľahký stupeň prispôsobenia.

Výsledky potvrdzujú, že rómski seniori vykazujú výlučne strednú mieru adaptácie, zatiaľ čo nerómski seniori sú rozdelení medzi strednú a ťažkú mieru adaptácie. Tento rozdiel môže byť spôsobený rôznymi faktormi, ako sú kultúrne odlišnosti, miera podpory zo strany zariadenia alebo predchádzajúce životné skúsenosti klientov. Na lepšie pochopenie tohto javu je potrebná hlbšia analýza, ktorá by identifikovala príčiny rozdielov v adaptácii a navrhla zlepšenia prístupu zariadenia k jednotlivým etnickým skupinám. Hypotéza H2, že miera adaptácie rómskych seniorov na spôsob života v zariadení pre seniorov je odlišná od nerómskych klientov, bola potvrdená.

Tabuľka 2 Početnosť k druhej hypotéze

	Ako prebieha prispôsobenie sa rómskych seniorov životu v zariadení?		
	Rómske	Nerómske	Spolu
Ľahko	0	0	0
Stredne	117	60	177
Ťažko	0	57	57
Spolu	117	117	234

Zdroj: vlastné spracovanie

H3: Predpokladáme, že adaptáciu rómskych klientov ovplyvňuje spôsob predchádzajúceho života (inštitucionalizovaná a neinštitucionalizovaná forma).

Pri tretej hypotéze bolo zisťované, či predchádzajúci spôsob života rómskych klientov (inštitucionalizovaná vs. neinštitucionalizovaná forma starostlivosti) ovplyvňuje ich adaptáciu na život v zariadení pre seniorov, pričom boli analyzované položky dotazníka týkajúce sa skúseností s inštitucionálnou starostlivosťou a vplyvu tohto spôsobu života na ich adaptáciu. Na základe údajov v tabuľke k tretej hypotéze (H3), ktorá predpokladá, že adaptáciu rómskych klientov ovplyvňuje spôsob ich predchádzajúceho života (inštitucionalizovaná vs. neinštitucionalizovaná forma), môžeme získať nasledujúce výsledky. Z tabuľky vyplýva, že zo 101 sociálnych pracovníkov, ktorí mali klientov so skúsenosťami s inštitucionálnou starostlivosťou pred vstupom do zariadenia, 70 uviedlo, že tento fakt mal veľký vplyv na adaptáciu klientov, zatiaľ čo 31 respondentov uviedlo, že mal dosť veľký vplyv. Naopak, zo 16 respondentov, ktorí mali klientov bez predchádzajúcich skúseností s inštitucionálnou starostlivosťou, žiadny neuviedol veľký vplyv a všetci 16 uviedli dosť veľký vplyv na adaptáciu klientov v zariadení.

Hypotéza 3 o tom, že adaptáciu rómskych klientov ovplyvňuje spôsob predchádzajúceho života (inštitucionalizovaná a neinštitucionalizovaná forma), bola potvrdená.

Tabuľka 3 Tabuľka početnosti ku tretej hypotéze

15. Mali rómski klienti pred vstupom do zariadenia skúsenosti s inštitucionalizovanou starostlivosťou (napr. nemocnice, ústavy)?	18. Má predchádzajúci spôsob života prijímateľa (inštitucionalizovaný vs. neinštitucionalizovaný) vplyv na jeho adaptáciu v zariadení?		
	Veľký vplyv	Dost' veľký vplyv	Spolu
Áno	70	31	101
Nie	0	16	16
Spolu	70	47	117

Zdroj: vlastné spracovanie

H4: Predpokladáme, že prístup sociálneho pracovníka k prijímateľovi sociálnej služby je rovnaký bez ohľadu na rómsku alebo nerómsku príslušnosť prijímateľa sociálnej služby

V hypotéze H4 bolo zisťované, či prístup sociálneho pracovníka k prijímateľom sociálnych služieb závisí od etnického pôvodu, teda či sa prístup líši pre rómskych a nerómskych prijímateľov. Táto hypotéza sa zameriavala na to, či sociálni pracovníci prejavujú preferenciu k určitému etnickému pôvodu pri poskytovaní starostlivosti a či sa prístup k jednotlivcom líši v závislosti od etnickej príslušnosti. V tabuľke početnosti ku štvrtej hypotéze boli analyzované odpovede na dve kľúčové otázky: „*Všimáte si, že sociálni pracovníci preferujú určitý etnický pôvod pri poskytovaní starostlivosti?*“ a „*Myslíte si, že prístup sociálnych pracovníkov sa líši v závislosti od etnického pôvodu prijímateľa?*“. Všetky odpovede boli rozdelené do troch kategórií: Nie, Nevie, a Spolu. Výsledky ukázali, že 101 respondentov z 117 sa vyjadrilo, že si nevšimli žiadne preferencie sociálnych pracovníkov týkajúce sa etnického pôvodu, zatiaľ čo 16 respondentov odpovedalo, že prístup sociálnych pracovníkov sa líši podľa etnického pôvodu prijímateľa. Hypotéza 4 o tom, že prístup sociálneho pracovníka k prijímateľovi sociálnej služby je rovnaký bez ohľadu na rómsku alebo nerómsku príslušnosť prijímateľa sociálnej služby, bola potvrdená.

Tabuľka 4 Tabuľka početnosti ku štvrtej hypotéze

38. Všimáte si, že sociálni pracovníci preferujú určitý etnický pôvod pri poskytovaní starostlivosti?	37. Myslíte si, že prístup sociálnych pracovníkov sa líši v závislosti od etnického pôvodu prijímateľa?		
	Nie	Neviem	Spolu
Nie	101	3	104
Neviem	0	13	13
Spolu	101	16	117

Zdroj: vlastné spracovanie

H5: Predpokladáme, že prijímateľ sociálnej služby rómskeho etnika prirodzene uprednostňuje komunikáciu s osobami rovnakého etnika v porovnaní s nerómskymi klientmi.

Výsledky testu pre hypotézu H5, ktorá predpokladá, že prijímatelia sociálnych služieb rómskeho etnika prirodzene uprednostňujú komunikáciu s osobami rovnakého etnika, ukazujú významné zistenia. Z analýzy údajov vyplýva, že 88,9 % respondentov (104 zo 117) odpovedalo pozitívne na otázku týkajúcu sa preferencie komunikácie s osobami rovnakého etnika. Iba 11,1 % respondentov uviedlo, že klienti si vytvárajú vzťahy aj mimo etnických hraníc, čo naznačuje jasnú tendenciu preferovať interakcie s rovesníkmi rovnakého etnika. Na základe uvedeného môžeme konštatovať, že výsledky podporujú hypotézu H5, keďže väčšina klientov preferuje komunikáciu s osobami rovnakého etnika. Tieto zistenia naznačujú význam sociálnej a kultúrnej blízkosti v interakciách medzi prijímateľmi sociálnych služieb a môžu mať praktické implikácie pre návrh služieb a komunikáciu s klientmi v sociálnej sfére. Hypotéza 5 o tom, že prijímateľ sociálnej služby rómskeho etnika prirodzene uprednostňuje komunikáciu s osobami rovnakého etnika v porovnaní s nerómskymi klientmi, bola potvrdená.

Tabuľka 5 Tabuľka početnosti ku piatej hypotéze

	21. Majú klienti tendenciu vytvárať si bližšie vzťahy s osobami rovnakého etnika?	
	Počet	%
Áno	104	88,9 %
Nie	13	11,1 %
Spolu	117	100,0 %

Zdroj: vlastné spracovanie

H6: Predpokladáme, že tradície majú odlišný vplyv na spokojnosť prijímateľa sociálnej služby rómskej a nerómskej príslušnosti.

„Spokojnosť klientov/pacientov je dôležitým indikátorom a odrazom kvality a efektivity integračných snáh. Výskum, ktorý sme realizovali, prináša nameranú mieru spokojnosti, ktorá hodnotí rôzne aspekty starostlivosti, ako prístupnosť personálu multidisciplinárneho tímu, komunikácia, kvalita poskytovanej starostlivosti, koordinácia medzi rôznymi službami.“ (Noga, 2025, s. 184)

Hypotéza H6 predpokladala, že tradície majú odlišný vplyv na spokojnosť prijímateľa sociálnej služby rómskej a nerómskej príslušnosti. Cieľom bolo zistiť, či etnické zvyky a tradície ovplyvňujú spokojnosť klientov so spôsobom života v zariadení. Pre overenie tejto hypotézy boli použité dve premenné: spokojnosť rómskych klientov so spôsobom života v zariadení a pocit, že etnické zvyky a tradície sú v zariadení rešpektované. Respondenti hodnotili, do akej miery sú prijímatelia sociálnych služieb spokojní so spôsobom života v zariadení a či považujú rešpektovanie etnických zvykov za dôležité. Podľa výsledkov z tabuľky vyplýva, že z 101 respondentov, ktorí odpovedali "áno" na otázku o rešpektovaní etnických zvykov a tradícií, 38 z nich uviedlo, že klienti sú spokojní so spôsobom života v zariadení, zatiaľ čo 63 respondentov uviedlo neutrálny postoj o spokojnosti klientov. Naopak, z 16 respondentov, ktorí odpovedali "čiastočne", nikto neuviedol vysokú spokojnosť prijímateľov sociálnych služieb, pričom 16 respondentov uviedlo neutrálny postoj.

Hypotéza 6 o tom, že tradície majú odlišný vplyv na spokojnosť prijímateľa sociálnej služby rómskej a nerómskej príslušnosti, bola potvrdená.

Tabuľka 6 Tabuľka početnosti ku šiestej hypotéze

	23. Ako by ste hodnotili spokojnosť rómskych klientov so spôsobom života v zariadení?		
24. Máte pocit, že etnické zvyky a tradície sú v zariadení rešpektované?	Spokojný/á	Neutrálne	Spolu
Áno	38	63	101
Čiastočne	0	16	16
Spolu	38	79	117

Zdroj: vlastné spracovanie

Diskusia

V práci sme zistili špecifika adaptácie rómskych seniorov na život v zariadení pre seniorov. V práci bol analyzovaný proces adaptácie rómskeho a nerómskeho etnika v zariadení pre seniorov v závislosti na predchádzajúci spôsob života a prístup sociálnych pracovníkov.

Hypotéza, že existuje rozdiel v počte klientov rómskeho a nerómskeho etnika bola potvrdená a ukázalo sa, že v rómskej komunite je preferovaná starostlivosť v rodinnom prostredí a že sociálne faktory ovplyvňujú záujem rómskych seniorov o umiestnenie v zariadení pre seniorov, zatiaľ čo socioekonomické faktory spôsobujú nezáujem. Štúdia Tótha a Godó (2022) zistila, že Rómovia prejavujú nízky záujem o využívanie sociálnych zariadení pre starších príbuzných, pričom preferujú starostlivosť v rodinnom prostredí.

Taktiež sa preukázalo, že existujú rozdiely v adaptácii medzi rómskym a nerómskym prijímateľom sociálnej služby. Rómsky seniori vykazujú strednú úroveň adaptácie. Nerómsky senior vykazoval aj ťažký stupeň adaptácie, avšak rýchlejšiu a hladšiu adaptáciu v niektorých oblastiach zatiaľ čo rómsky klienti sa stretli vo vybraných oblastiach s väčšími ťažkosťami ako jazykové bariéry, kultúrne rozdiely, izolácia, prijímanie pravidiel a štruktúr zariadenia. Ďalej pocit osamelosti a kultúrne nepochopenie. Naše zistenia o problémoch v adaptácii sú v súlade so štúdiou Ciaiana a Kancsa (2019), ktorej výsledky týkajúce sa adaptácie rómskych seniorov na pobyt v zariadení sociálnych služieb ukazujú, že proces integrácie je často ovplyvnený kultúrnymi a sociálnymi bariérami.

Zistili sme že klienti, ktorí mali predchádzajúce skúsenosti s inštitucionálnym životom prejavujú lepšie adaptačné schopnosti. Klienti, ktorí prišli zo silne marginalizovaného prostredia mali výrazné problémy s prispôbovaním, až po niekoľkých pozitívnych skúsenostiach vnímali inštitúciu ako pozitívnu a nápomocnú. Naš výskum o adaptácii rómskych seniorov na pobyt v zariadení sociálnych služieb je v súlade so štúdiou Arranza (2018), ktorá ukazuje, že predchádzajúci životný štýl významne ovplyvňuje schopnosť adaptácie v novom prostredí.

Zistené dáta ukázali, že sociálni pracovníci deklarovali rovnaký prístup k rómskym aj nerómskym klientom. Naše zistenia sú v rozpore s rôznymi výskumami, ktoré pojednávajú o diskriminácii v oblasti duševného zdravia starších ľudí a že starý ľudia sú často prehliadaní. Naopak naše zistenia sú v súlade so štúdiou v potvrdení, že kultúrna rôznorodosť a jazykové bariéry často obmedzujú ich prístup k službám, zatiaľ čo stigmatizácia spojená s duševnými ochoreniami a starobou bránia otvorenej diskusii.

Potvrdilo sa, že klienti rómskeho etnika uprednostňujú komunikáciu s osobami rovnakého etnika. Pre rómskych seniorov je interakcia s osobami rovnakého etnika často dôležitá, kvôli pocitu bezpečia a pochopenia, a že diskriminácia a marginalizácia môžu ovplyvniť schopnosť týchto osôb komunikovať a vytáčať dôverné vzťahy s inými etnickými skupinami, čo podporuje potrebu podpory, ktorá rešpektuje etnickú a kultúrnu identitu. Naše štúdia sú v súlade so štúdiou Crewa (2024), ktorá zdôrazňuje, že pre Rómov je interakcia s osobami rovnakého etnika často dôležitá kvôli pocitu bezpečia a pochopenia.

Ukázala sa mimoriadna dôležitosť tradícii spojených s rodinnými hodnotami a komunitnými zvykmi pre rómskeho klienta. Pre nerómskeho klienta naopak prejavovali väčšiu spokojnosť aj pri absencii dodržiavania tradícii. Zistenia sú v súlade so štúdiou Heaslipa et al. (2018), ktorá poukazuje na dôležitosť tradičných hodnôt a kultúrnych praktík v živote Rómov. Preto je potrebné aby sociálne zariadenia zohľadňovali kultúrne zvyklosti pri organizácii denných aktivít služieb.

Záver

Pri poskytovaní starostlivosti seniorskej populácii z rozličných kultúrnych prostredí je nevyhnutné prihliadať na ich etnickú príslušnosť a s ňou súvisiace hodnotové orientácie, normy a životné stratégie. Neoddeliteľnou súčasťou kvalitnej a eticky fundovanej starostlivosti je rešpektovanie kultúrnych špecifik jednotlivých etník, ktoré zahŕňajú tradície, zvyky, rituály, jazykové prejavy, ako aj spirituálne dimenzie ich života. Každá spoločnosť si nesie osobitý kultúrny kontext, ktorý treba zohľadniť v záujme poskytovania multikultúrne citlivej a profesionálne odborne ukotvenej pomoci, čo zároveň prispieva k osobnostnému a odbornému rastu pracovníkov v pomáhajúcich profesiách (Popovičová, 2022). V tejto súvislosti je osobitnú pozornosť potrebné venovať rómskemu etniku, ktorého kultúrne špecifiká významne ovplyvňujú spôsob prijímania a využívania sociálnych služieb. Cieľom tejto práce bolo zistiť špecifika procesu adaptácie rómskych seniorov na život v zariadení pre seniorov. Výskum potvrdil, že počet rómskych seniorov je relatívne nízky, čo je dôsledkom kultúrnych tradícii Rómov, ktoré uprednostňujú rodinnú starostlivosť o seniorov ako aj obmedzením prístupu k sociálnym službám v marginalizovaných rómskych komunitách. Je preto potrebné cielene informovať a sprístupniť siete sociálnych služieb, ktoré by zohľadňovali špecifiká rómskej komunity.

Pre odlišnosti v chápaní kolektívneho a individuálneho života, absenciu kultúrne citlivého prístupu a jazykové bariéry sa ukázala adaptácia rómskeho seniora ako náročná, čo by sa dalo zefektívniť zavedením individuálneho prístupu, ktorý rešpektuje kultúrne zázemie a potreby. Tento individuálny prístup je dôležitý aj u seniora, ktorí nemajú predchádzajúcu skúsenosť s inštitucionálnym životom zariadení pre seniorov.

V celom procese adaptácie rómskeho seniora na zariadenie je kľúčový prístup sociálneho pracovníka. Pozitívny a empatický prístup podporuje dôveru a bezpečie. Nedostatok vedomosti sociálnych pracovníkov o kultúre, tradíciách a zvykoch vyvolávajú u klienta frustráciu a zhoršujú proces adaptácie. Zariadenia, ktoré implementovali programy podporujúce kultúrnu senzitivitu preukázali lepšie výsledky v oblasti adaptácie klientov a ich spokojnosti.

Literatúra

- ARRANZ, B. 2018. "It's a Better Life Here": Romanian Roma Perceptions of Successful Integration. In *Galician Migrations: A Case Study of Emerging Super-diversity*. Cham: Springer, 2018. ISBN 978-3-319-66304-3.
- BARKASI, D. – BARKASI, R. – BUGYI, A. 2017. Terénna sociálna práca s marginalizovanými komunitami v obci. In: VANSÁČ, P., BARKASI, D., POPOVIČOVÁ, M. Komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách. Zborník príspevkov III. Medzinárodnej vedeckej konferencie Michalovce, Warszawa : Katedra Filozofii Wydział Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, 2017. ISBN: 978-83-61087-41-0, s. 19 – 24.
- CIAIAN, P. – KANCS, D. A. 2019. Marginalisation of Roma: root causes and possible policy actions. In *European Review*. ISSN 1062-7987, 2019, roč. 27, č. 1.
- CREW, T. 2024. Disadvantaged, discriminated against and ignored: the experiences of Romani and Gypsy Travellers. In *Diversity and Welfare Provision*. London: Policy Press, 2024. ISBN 978-1-4473-4907-7.
- HEASLIP, V. - HEAN, S. - PARKER, J. 2018. The etemic model of Gypsy Roma Traveller community vulnerability: is it time to re think our understanding of vulnerability?. In *Journal of Clinical Nursing*. ISSN 0962-1067, 2018, roč. 27, č. 17-18.
- GALLOVA, A. 2018. Social Services in the Slovak Republic and their Significance for the Roma People. In *Clinical Social Work*. ISSN 1860-8980, 2018, roč. 20.
- NOGA, V. 2025. Spokojnosť klientov/pacientov ako pozitívny odraz konvergencie poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti. In: VANSÁČ, P. (Ed.) *Zborník z XI. Medzinárodnej vedeckej konferencie, Konvergencia poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti pre pacientov/klientov, Michalovce 15. november 2024*, Wydawnictwo Katedry Filozofii Akademii Ekonomiczno - Humanistycznej w Warszawie, Warszawa 2025, ISBN 978-83-61087-93-9, s.173-187.
- POPOVIČOVÁ, M. 2022. Skúsenosti sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientom iných etník na Slovensku. In *Logos polytechnikos*, 2022, ISSN 2464-7551 (online), No. 12, vol. 1, p. 91-101.
- SŁANIA, B. 2021. The Roma Community in Polandas Beneficiaries of Social Support. In *Praca Socjalna*. ISSN 1234-5678, 2021, roč. 169
- TÓTH, D. - GODÓ, I. 2022. Attitudes of Roma/Gypsy Adults Towards the Care of Their Elderly Loved Ones. In *Magyar Gerontológia*. ISSN 1234-5678, 2022, roč. 14, č. 41.
- VANSÁČ, P., KENDEREŠOVA E. 2024. Teoretické východiská primárnej prevencie v sociálnej práci. In: SABO A., BARTA R., SABO S. ZBORNÍK vedecko výskumných prác s názvom "Multidisciplinárny prístup k prevencii v kontexte ošetrovateľských, sociálnych a verejno-zdravotníckych aspektov": s príležitosti Medzinárodného dňa seniorov (1. október, 2023) - Izd. 1. - Novy Sad : Pharm-advice plus, 2023 (Zemun : Jeftina štampa), s. 56-76., ISBN: 978-86-82536-02-4.

PRINCÍPY A HODNOTY PREZENTOVANÉ V BIBLIÍ V KONTEXTE SOCIÁLNEJ PRÁCE

PRINCIPLES AND VALUES PRESENTED IN THE BIBLE IN THE CONTEXT OF SOCIAL WORK

Szalayová Monika¹

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.,*

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: szalayovamonika7@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: Dr. h. c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Abstrakt

Úvod: Biblia ako kľúčový text mnohých náboženstiev a kultúr, obsahuje bohatstvo morálnych a etických princípov, ktoré sú dôležité nielen pre duchovný život jednotlivca, ale aj pre jeho interakciu so spoločnosťou. Evanjelium prináša pre poslanie sociálnej práce hlboký etický rámec, ktorý je založený na hodnotách lásky, súcitu, spravodlivosti a rovnosti. Téma nás vyzýva na preskúmanie toho, ako sa princípy a hodnoty uvedené v Biblii uplatňujú v praxi súčasnej sociálnej práce, ktorej cieľom by malo byť poskytovanie pomoci tým, ktorí sú v núdzi - ako chudobní, chorí, zranení, osoby z marginalizovaných skupín a podobne.

Metódy: V teoretickej časti diplomovej práce vymedzíme základné princípy Biblie obsiahnuté v Starom a Novom zákone, ako sú láska, milosrdenstvo a spravodlivosť, priblížime si podobenstvá, ktoré môžu slúžiť ako inšpirácia pre prácu sociálneho pracovníka. V empirickej časti nadviažeme na teoretickú časť diplomovej práce a budeme skúmať, či sa dnešná sociálna práca opiera o princípy a hodnoty, ktoré sú prezentované v Biblii. Vzhľadom na charakter skúmanej problematiky sme sa rozhodli zvoliť kvalitatívny prístup k výskumu, konkrétne prostredníctvom pološtruktúrovaných rozhovorov. Tieto rozhovory s účastníkmi predstavujú pre nás kľúčový zdroj informácií, a po ich uskutočnení sme prešli k analýze získaných dát. Jednou z najdetailnejších metód na získavanie a analýzu údajov je kvalitatívna metóda zakotvenej teórie, preto sme sa rozhodli aplikovať túto metódu aj v našom výskume. Pomocou tejto metódy sa následne zameriame na proces vytvárania samotnej teórie.

Výsledky: Vzhľadom na to, že výskum sa momentálne nachádza v štádiu analýzy zhromaždených údajov a ešte nie je ukončený, nemôžeme prezentovať jeho výsledky. Naša pozornosť sa však sústreďuje na princípy a hodnoty sociálnej práce, ako sú láska, milosrdenstvo a spravodlivosť, ako aj na morálne aspekty práce s klientmi sociálnych služieb. Na základe získaných poznatkov budeme interpretovať, do akej miery sú tieto prístupy v súlade s Bibliou.

Záver: Naša analýza je navrhnutá tak, aby sa hlbšie zaoberala podstatou uvedených hodnôt a skúmala ich praktické využitie v aktuálnych kontextoch sociálnej práce. Hoci sme ešte len na začiatku nášho výskumu, sme presvedčení, že naše zistenia budú prínosné pre ďalšie štúdie v tejto oblasti a poskytnú nový pohľad na to, čomu nás učia princípy a hodnoty prezentované v Biblii, ktoré sa, ako veríme, budú čoraz viac uplatňovať v súčasnej sociálnej práci.

Kľúčové slová

Biblia, princípy, hodnoty

Abstract

Introduction: The Bible, as the key text of many religions and cultures, contains a wealth of moral and ethical principles that are important not only for the spiritual life of the individual, but also for its interaction with society. The Gospel brings a deep ethical framework for the mission of social work, which is based on the values of love, compassion, justice and equality. The topic calls on us to review how the principles and values referred to in the Bible are applied in the practice of current social work, which aims to provide assistance to those who are in need - as poor, sick, injuries, persons of marginalized groups and the like.

Methods: In the theoretical part of the diploma thesis, we will define the basic principles of the Bible contained in the Old and New Testament, such as love, mercy and justice. In the empirical part, we will follow up on the theoretical part of the diploma thesis and examine whether today's social work is based on the principles and values presented in the Bible. Given the nature of the investigated issue, we decided to choose a qualitative approach to research, namely through semi-structured interviews. These interviews with the participants are a key source of information for us, and after their execution we went to analyze the data obtained. One of the most detailed methods for obtaining and analyzing data is the qualitative method of the anchored theory, so we decided to apply this method in our research. With this method, we will then focus on the process of creating the theory itself.

Results: Given that the research is currently in the analysis of the data collected and is not yet completed, we cannot present its results. However, our attention is focused on the principles and values of social work, such as love, mercy and justice, as well as on the moral aspects of work with clients of social services. On the basis of the knowledge gained, we will interpret the extent to which these approaches are in accordance with the Bible.

Conclusion: Our analysis is designed to deal deeper with the essence of these values and examine their practical use in current contexts of social work. Although we are only at the beginning of our research, we are convinced that our findings will be beneficial for further studies in this area and provide a new view of what the principles and values presented in the Bible that we believe will be increasingly being used in contemporary social work.

Keywords

Bible, Principles, Values

Úvod

Biblia, ako jedno z najvýznamnejších duchovných a morálnych diel ľudskej civilizácie, obsahuje mnohé princípy a hodnoty, ktoré môžu slúžiť ako zdroj inšpirácie a etických usmernení pre profesionálov pracujúcich v sociálnych službách. V súčasnej dobe čelíme množstvu komplexných spoločenských problémov, ako sú chudoba, diskriminácia, sociálna exklúzia a duševné zdravie. Rýchlo sa meniaci sociálny kontext si vyžaduje nie len odborné znalosti a technické zručnosti, ale aj hlboké morálne porozumenie a empatiu. V tomto prostredí môže filozofia lásky, milosrdenstva a spravodlivosti, akú naznačuje Biblia, poskytnúť silný etický základ pre prax sociálnej práce. Diplomová práca s názvom „Princípy a hodnoty prezentované v Biblii v kontexte sociálnej práce“ sa zaoberá dôležitým prepojením medzi biblickými textami a ich aplikáciou v oblasti sociálnej práce. Téma diplomovej práce nás oslovila z rôznych príčin. Jedným z hlavných dôvodov je snaha o prepojenie duchovných

hodnôt s praktickými aspektmi sociálnej práce. Biblické texty sú cenným zdrojom múdrosti, ktoré môžu poskytnúť inšpiráciu pri každodennom rozhodovaní sociálnych pracovníkov. Zároveň Biblia ponúka zásady a princípy, ktoré môžu poskytnúť oporu a ukazovať smer v situáciách, keď sa etika a pragmatizmus dostávajú do konfliktu. Téma skúmania biblických hodnôt v sociálnej práci je dôležitá aj z pohľadu obnovy záujmu o tradičné morálne hodnoty v modernej spoločnosti. Pre sociálnych pracovníkov je práca s biblickými hodnotami príležitosťou na osobný rast a reflexiu vlastných presvedčení a motivácií. V konečnom dôsledku nás táto téma zaujala, pretože prináša unikátne pohľady a perspektívy na tradičné otázky humanity, etiky a spravodlivosti, čím môže obohatiť svet súčasnej sociálnej práce.

Teoretické východiská skúmanej problematiky

Princíp a hodnota

V užšom zmysle slova termín **princíp** charakterizuje Beauchamp (In Mátel a kol. 2010) ako základné normy správania, od ktorých sa odvíjajú mnohé ďalšie normy a hodnotenia. Princíp podľa neho predstavuje nevyhnutnú normu v myšlienkovom rámci, ktorý slúži ako základ pre morálne uvažovanie v danom systéme. Banksová (2006) podčiarkuje, že je nevyhnutné odlišiť princíp od pravidla (zásady), ktoré je konkrétnejšie a vytvára užší rámec. Napríklad rešpektovanie ľudského práva na sebaurčenie sa považuje za princíp, pretože jeho dosah je široký a môže sa uplatniť na všetkých ľuďoch žijúcich v rôznych podmienkach.

Podľa Matouška (2003) termín **hodnota** predstavuje široký pojem, ktorý zahŕňa všetko, čo si ceníme, vážime a považujeme za dôležité a významné. Z pohľadu pomáhajúcich profesií sú hodnoty základnými piliermi, na ktoré sa môžeme pri poskytovaní pomoci iným odvolávať. Tieto hodnoty majú veľký význam, pretože z nich vychádzajú etické princípy. Hodnoty sú predovšetkým založené na morálke, pričom ich môžeme charakterizovať ako všetko, čo považujeme za podstatné a významné. Ide o normatívne – mravné štandardy, ktoré ovplyvňujú naše rozhodovanie pri výbere medzi rôznymi možnosťami konania. Podľa autora sa mravné hodnoty delia na:

- hodnoty mravného vedomia (pojmy, idey, pravidlá, princípy),
- hodnoty osobnostných vlastností človeka (pracovitosť, svedomitosť, pravdovravnosť, rozvážnosť a pod.),
- hodnoty medziľudských vzťahov (láska, priateľstvo, kolegialita, solidarita a podobne),
- hodnoty ľudského konania (dobrý skutok, dobromyseľnosť, charita a podobne).

Podľa Kenderešovej (2022) je základným determinantom pri poskytovaní starostlivosti a pomoci druhým aj vplyv umelo vytvorených hodnôt konzumného života. Tento umelý derivát hodnôt sa odráža na existenciálnej a duchovnej sfére bytia. Navrátenie plnohodnotovosti je novou výzvou pomáhajúcich profesií.

Princípy a hodnoty v Biblii

Všetky myšlienkové prúdy, učenia a smerovania potrebujú určité pravidlá, princípy a hodnoty, aby mohli dosiahnuť svoje ciele. Biblia predstavuje nielen duchovný a kultúrny základ mnohých spoločností, ale aj významný zdroj etických a morálnych usmernení, ktoré nachádzajú uplatnenie v rôznych oblastiach života, vrátane sociálnej práce. Biblia, ako zbierka starobylých textov, je bohatá na múdrosť a ponúka cenné lekcie o láske, súcite, spravodlivosti a porozumení v Starej i Novej zmluve, ktoré môžu inšpirovať profesionálov pracujúcich so zraniteľnými skupinami.

Etické princípy sú zakotvené v biblických textoch **Starého zákona** a ponúkajú usmernenie pre správanie jednotlivcov aj spoločnosti. Medzi takéto základné hodnoty badateľné v starozákonnej morálke patria spravodlivosť, oslobodenie a vykúpenie. Medzi základné body, ktoré sa týkajú **spravodlivosti** v Starom zákone podľa Košča a kol. (2018) je *Božia spravodlivosť, zákon, sociálna spravodlivosť, proroci a spravodlivosť, ospravedlnenie a milosť*. V Starom zákone je spravodlivosť veľmi úzko spätá s charakterom Boha, kde je Boh vnímaný ako spravodlivý sudca, ktorý odmeňuje dobré skutky a trestá zlé. Uvedený koncept je vyjadrený vo viacerých pasážach, ako napr. v Žalmoch a prorockých knihách. Azda najznámejším príbehom **oslobodenia a vykúpenia** v Starom zákone je otroctvo Izraelitov v Egypte a Mojžišov príbeh, ktorý sa uvádza od Druhej knihy Mojžišovej (Exodus) až po Piatu knihu Mojžišovu (Deuteronomium). Oba princípy kladú dôraz na spravodlivosť a rovnosť v spoločnosti. Oslobodenie a vykúpenie sú v podstate akési mechanizmy, ktoré zabraňujú trvalej nerovnosti a podporujú sociálnu harmóniu, pričom posilňujú pocit zodpovednosti voči druhým. Izraeliti sú vyzývaní, aby sa starali o svojich blížnych, hlavne o tých, ktorí sa ocitli v ťažkých životných situáciách. Oslobodenie a vykúpenie sú aj prejavom Božej spravodlivosti a milosrdenstva, čo sa má prejavovať u Izraelitov vo svojich vzťahoch k druhým na základe Božieho príkladu. Bučko (2009).

V **Novom zákone** dominujú najviac tieto vybrané hodnoty a princípy – **láska k Bohu a k blížnemu, kresťanská láska, pokora, služba druhým, odpustenie**. Požiadali sme umelú inteligenciu „ChatGPT“, aby vyhodnotila a vyjadrila percentuálne zastúpenie uvedených hodnôt a princípov iba v Novom zákone od najviac po najmenej zastúpený výskyt v novozákonných textoch. Konečné čísla boli vygenerované po analýze frekvencií výskytu a dôležitosti princípov v učení Ježiša Krista a apoštolov, pričom ich rozdelila podľa významu a prítomnosti v texte prostredníctvom kvalitatívnej analýzy a frekvencie zmien v kľúčových pasážach.

Tabuľka č. 1 Zastúpenie biblických hodnôt a princípov v Novom zákone podľa ChatGPT

Princíp a hodnota	Zastúpenie v %
láska k Bohu a k blížnemu	35%
kresťanská láska	25%
pokora	15%
služba druhým	15%
odpustenie	10%

Podobenstvá

Príbehy v Biblii sa zaoberajú viacerými rozličnými témami, ako sú láska, odpustenie, vernosť, pokora, spravodlivosť a milosť. Veľmi veľa z týchto príbehov je známych a inšpirujúcich, ako napríklad príbeh o Dobrom Samaritánovi, ktorý učí o súcite a pomoci druhým, alebo príbeh o Márii a Marte, ktorý poukazuje na význam duchovného života (Hanuš, 2002).

Tri významné príbehy – **podobenstvo o milosrdnom Samaritánovi, o stratenej ovečke a o stratenej drachme** – sú vynikajúcimi príkladmi, ktoré ilustrujú kľúčové hodnoty, ktoré sú často pre prácu sociálneho pracovníka potrebné. Tieto príbehy nehovoria len o pomoci v núdzi, ale aj o láske k blížnym ľuďom bez ohľadu na ich status alebo pôvod, o hľadaní tých, ktorí cítia stratu a strach, o radoch z každého nájdeného jednotlivca, o milosrdenstve, súcite a hodnote

každého jednotlivca v Božích očiach. Biblické príbehy nás vyzývajú, aby sme neprehliadli ani tých, ktorí sú na okraji spoločnosti, ale aby sme im poskytli pomoc a starostlivosť. Spoločne uvedené príbehy učia, že milosrdenstvo, súcit a osobná hodnota sú kľúčovými témami v kresťanskej viere. Každý jeden človek je cenný v očiach Boha a zaslúži si našu lásku a podporu (Bahounek, 2001).

Výskumný problém

V diplomovej práci sme problém vymedzili nasledovne:

V1: Aké konkrétne prínosy môžu biblické princípy a hodnoty mať pre oblasť sociálnej práce?

V2: Ako tieto princípy môžu ovplyvniť prístup sociálnych pracovníkov k jednotlivcom a komunitám, ktoré potrebujú pomoc?

Táto téma je nielen aktuálna, ale aj dôležitá. Prečo? Dôvodom je to, že Biblia obsahuje viacero etických zásad a hodnôt, ako je súcit, láska k blížnemu, spravodlivosť a dôstojnosť každého človeka. Uvedené princípy môžu poskytnúť silný etický rámec pre sociálnych pracovníkov, ktorí sa snažia podporovať jednotlivcov a komunity. Zohľadnenie duchovných potrieb a hodnôt často dokáže zlepšiť ich emocionálnu pohodu a poskytnúť ďalší zdroj sily a nádeje pri riešení osobných a sociálnych problémov.

Cieľ výskumu

V rámci výskumnej časti predkladanej diplomovej práce sme svoju pozornosť upriamili na metódy, prostredníctvom ktorých sme poukazovali na hlavný cieľ diplomovej práce. V diplomovej práci realizujeme kvalitatívny výskum. Hlavným cieľom predkladanej diplomovej práce je poukázať na to, aké sú v rámci Biblie prezentované princípy a hodnoty v kontexte sociálnej práce. Čiastkové ciele výskumu teda sú:

- poukázať na prezentované princípy v rámci Biblie v kontexte sociálnej práce,
- poukázať na to prezentované hodnoty v rámci Biblie v kontexte sociálnej práce.

Na základe stanovenia hlavného cieľa formulujeme tieto čiastkové ciele:

- zistiť, aké hodnoty a princípy z oblasti Biblie poznajú a aplikujú respondenti v kontexte sociálnej práce z pohľadu vplyvu osobného a pracovného prostredia,
- zistiť, aké hodnoty a princípy z oblasti Biblie aplikujú respondenti v kontexte sociálnej práce na základe ich stotožnenia sa s nimi,
- zistiť, ako respondentov motivujú a inšpirujú biblické príbehy a postavy v sociálnej práci.

Charakteristika súboru a metodika

Vzhľadom na tematický charakter diplomovej práce sme sa rozhodli pre kvalitatívny typ výskumu vďaka metóde pološtruktúrovaného rozhovoru, ktorý umožňuje flexibilitu v otázkach. To následne vedie k hlbšiemu pochopeniu skúseností a názorov respondentov. Z dôvodu zachovania kvality výskumu sme preto zúžili okruh účastníkov rozhovoru na osoby, ktoré sú priamo zainteresované v danej problematike. Účastníci sú aktívnymi sociálnymi pracovníkmi s určitým minimálnym počtom praxe na to, aby mali dostatočné skúsenosti na reflexiu a diskusiu o témach súvisiacich s biblickými princípmi v ich práci. Vzdelanie v oblasti sociálnej práce resp. príbuzných odborov nám zabezpečilo, že účastníci majú profesionálne zázemie a pochopenie základných etických a morálnych otázok v sociálnej práci. Jednotliví respondenti sú z rôznych geografických oblastí, resp. typov organizácií, napr. neziskové organizácie, vládne agentúry, čo nám poskytlo rozmanité perspektívy na to, ako sa biblické princípy uplatňujú v praxi.

Základný súbor zahŕňal sociálnych pracovníkov z rôznych geografických oblastí pracujúcich v rozdielnych organizáciách a v rôznych typoch sociálnych zariadení, ktorí sa zaoberajú aspektmi duchovnosti alebo etiky vo svojej práci.

Tabuľka č. 2 Početnosť sledovaných charakteristík výskumného súboru

		Odbor sociálna práca	Iný odbor
Pohlavie	Muž	1	1
	Žena	5	0
Vek	30 – 35 rokov	2	0
	36 – 40 rokov	1	0
	41 – 45 rokov	1	0
	46 – 50 rokov	1	0
	51 a viac rokov	0	1
Štúdium	Vysokoškolské I. stupňa	2	0
	Vysokoškolské II. stupňa	2	1
	Vysokoškolské III. stupňa	1	0

Hlavný nástroj pre zber dát pre nás predstavujú rozhovory, kde sme konkrétne aplikovali dialógy vo forme pološtruktúrovaného interview. Táto metóda podporuje podrobnejšie odpovede, keďže respondenti majú priestor vyjadriť svoje názory a skúsenosti svojimi vlastnými slovami, čím poskytuje bohatšie a rozmanitejšie dáta ako plne štruktúrované rozhovory. Priama interakcia umožňuje výskumníkovi reagovať na rôzne neverbálne signály, objasniť odpovede a následne motivovať respondentov k otvorenejšiemu zdieľaniu informácií. Veľkou výhodou pološtruktúrovaného rozhovoru je to, že výskumník môže klásť dodatočné otázky pre objasnenie odpovedí, resp. preskúmanie nových tém, ktoré sa počas rozhovoru objavia, čím sa zvyšuje šanca na zistenie neočakávaných alebo nových poznatkov. (Gavora, 2012)

Rozhovory boli realizované väčšinou v domácom prostredí respondenta alebo výskumníka v rámci osobného voľna po skončení pracovnej doby. Každý rozhovor trval v priemere 60-75 minút. Kvalitatívny výskum sme realizovali prostredníctvom kódovania (otvorené, axiálne a selektívne). Základný súbor nášho výskumu tvorili sociálni pracovníci. Vo výskume sme sa opierali o publikáciu uvedenú v zborníku z IX. Medzinárodnej vedeckej konferencie od Petra Vansača, Dr. h. c., prof., ThDr., PhD., kde vyššie uvedený autor realizoval výskum prostredníctvom metódy obsahovej analýzy výrokov. Uvedenú kvalitatívnu výskumnú techniku sme použili na systematické vyhodnocovanie komunikácie, vďaka ktorej sme analyzovali slovné informácie, kde vďaka kódovaniu a klasifikácii obsahu je zabezpečená konzistentnosť a objektivita. Skúmaný text sme rozložili na menšie jednotky, ktoré sme kodovali podľa vopred určených kategórií/tematických rámcov. Pomocou kódovania a kategorizácie sme následne identifikovali opakujúce sa témy, myšlienky, resp. vzory v texte, čím sme dokázali identifikovať dominantné témy, ktoré uvádzame nižšie v tabuľke č.3 .

Analýza a komparácia výsledkov výskumu.

V diplomovej práci sme si ako výskumnú metódu zvolili obsahovú analýzu výrokov a verbálnych opisov sociálnych pracovníkov. Pri analýze výskumných údajov sme postupovali nasledovne:

- usporiadanie jednotlivých výrokov a verbálnych opisov, kde sme ich následne vhodne zoradili podľa stanoveného cieľa výskumu,

- čítanie výrokov a ich prepis do textovej podoby, čím sme dokonale spoznávali zápisy jednotlivých výrokov/odpovedí sociálnych pracovníkov,
- identifikácia významových kategórii, čo predstavuje základ teórie pre tvorbu výsledku výskumu,
- tvorba zoznamu významových kategórii pre tematicke zoradenie a usporiadanie nielen podľa významu, ale tak isto aj podľa tesnosti vzťahov,
- vysvetlenie hierarchie realizované vďaka kódovaniu, ktoré je otvorené, axiálne a selektívne, známemu aj pod názvom „Zakotvená teória“ od Glasera a Straussa. Uvedené kódovania, ako jeden zo spôsobov výskumných metód, by sme mohli charakterizovať nasledovne: **Otvorené kódovanie** predstavuje prvotnú analýzu údajov a ich rozčlenovanie do kategórií na základe spoločných vlastností. V **axiálnom kódovaní** sa sústreďujeme na hľadanie vzťahov medzi vytvorenými kategóriami. **Selektívne kódovanie** znamená, že vytvoríme z celého množstva informácií hlavnú tému, ktorá spája všetky kľúčové slová do jedného celku a predstavuje komplexný obraz skúmaného fenoménu (Gavora, 2006).

V rámci výskumu sme stanovili štyri oblasti, v ktorých sme stanovili viaceré výskumné otázky súvisiace s danou oblasťou.

1. Stručná charakteristika respondentov

- Aké je vaše pohlavie a vek?
- Aké je vaše vzdelanie a ktorý odbor ste absolvovali?
- Čo vás viedlo k výberu tohto štúdia?
- Na akej pozícii súčasne pracujete a ako dlho?
- Ste veriaci?

2. Princípy a hodnoty prezentované v Biblii a ich osobné stotožnenie sa

- Ktoré princípy a hodnoty prezentované v Biblii vám napadnú ako prvé?
- Aké biblické princípy považujete za najdôležitejšie vo svojej práci?
- Aký vplyv majú biblické princípy na vaše etické rozhodovanie v sociálnej práci?
- Môžete uviesť konkrétne príklady?
- Ako sa biblické hodnoty prejavujú vo vašom každodennom rozhodovaní a interakcii s klientmi?

3. Biblické podobenstvá ako inšpirácia pre sociálneho pracovníka

- Poznáte nejaké konkrétne biblické príbehy?
- Ktorý je váš najobľúbenejší biblický príbeh alebo postava a prečo?
- Ktoré biblické postavy podľa vás by mohli slúžiť ako vzory pre klientov v ťažkých životných situáciách a aké ponaučenia môžu poskytnúť?
- Ktoré biblické príbehy alebo postavy vás inšpirujú vo vašej práci s klientmi?

4. Spiritualita respondentov v praxi

- Ako posilňuje vaša viera vašu odolnosť a motiváciu v náročných situáciách?
- Ako sa vysporiadate s klientmi, ktorí majú iné náboženské presvedčenia alebo hodnoty?
- Myslíte si, že vzdelávanie o biblických princípoch by malo byť súčasťou prípravy

sociálnych pracovníkov? Prečo?

- Môžete zdieľať príbeh, kedy vám biblické princípy pomohli v práci s klientom?

Zhrnutie výsledkov

Na základe zhromaždených údajov sme pristúpili k analýze dát. Výsledky by sme mohli zhrnúť nasledovne v uvedenej tabuľke:

Tabuľka č.3 Nájdené prepojenia medzi kategóriami odpovedí z každej výskumnej oblasti

Oblasť	Kategória	Zdôvodnenie v odpovediach respondentov
1. výskumná oblasť	Hodnotové aspekty a poslanie	Motivácia vyplývajúca z osobných skúseností, rodinných vplyvov a vrodeneho poslania pomáhať druhým (respondentky 1, 3, 6).
	Praktická orientácia	Výber štúdia a profesijná cesta sú tiež ovplyvnené očakávaním uplatnenia a konkrétnymi pracovnými skúsenosťami (respondentka 4, respondent 5).
	Integrácia náboženského presvedčenia	Viera a náboženské hodnoty, ktoré respondentov nielen posilňujú, ale aj formujú ich prístup k pomoci druhým a prispievaniu k lepšiemu životnému prostrediu (všetky odpovede).
2. výskumná oblasť	Teologické a morálne vnímanie lásky	Rôzne biblické obrazy lásky (od stvorenia, cez ukrižovanie až po konkrétne biblické citáty) poskytujú respondentom hlboký etický rámec.
	Etické princípy pre sociálnu prácu	Hodnoty ako úcta, súcit, empatia, pravda, odpustenie, nestrannosť a solidarita slúžia ako vodítko pre každodenné rozhodovanie a správanie v praxi.
	Praktická aplikácia v práci s klientmi	Konkrétne príklady zo života respondentov ukazujú, ako biblické princípy ovplyvňujú ich prístup k riešeniu problémov, budovaniu dôvery a podpore klientov v rôznych krízových situáciách.
	Vnútorná integrácia viery a profesie	Pre respondentov nie je viera oddelená od profesijného života, ale je integrovanou súčasťou ich identity a spôsobu, akým pristupujú k práci a k medziľudským vzťahom.
3. výskumná oblasť	Poznanie biblických príbehov	Respondenti majú široké spektrum poznatkov o biblických príbehoch (od Mojžiša, Jozefa, Noema až po podobenstvo o milosrdnom samaritánovi), ktoré definujú ich chápanie hodnôt, nádeje, spravodlivosti a lásky.
	Výber osobných vzorov	Odráža sa v preferenciách konkrétnych postáv, ktoré respondentov oslovujú svojou vierou, odolnosťou a službou – či už ide o Ježiša Krista, Jozefa, Jób, alebo postavy zo Starého zákona.
	Aplikácia v praxi	Biblické príbehy a podobenstvá poskytujú etický a morálny rámec, ktorý sociálnym pracovníkom pomáha nielen pri riešení etických dilem, ale aj pri budovaní dôvery a podpory v ťažkých životných situáciách klientov.
	Inšpirácia a transformácia	Príbehy, ktoré respondentom pripomínajú, že viera, odhodlanie a služba môžu prekonať ťažkosti, slúžia ako zdroj motivácie a nástroja pre zlepšenie interakcie s klientmi.
4. výskumná oblasť	Denná duchovná prax	pravidelná modlitba, čítanie Biblie a duchovné rituály, ktoré posilňujú osobný vzťah s Bohom.
	Viera ako zdroj sily	odovzdávanie ťažkostí a dôvera v Božiu pomoc, ktorá respondentom umožňuje čeliť osobným i profesijným výzvam.
	Integrácia do profesionálnej praxe	spirituality a duchovné hodnoty sú vnímané ako neoddeliteľná súčasť vzdelávania sociálnych pracovníkov, čo obohacuje ich prácu a zvyšuje kvalitu poskytovanej pomoci.

	Rešpekt voči rôznym náboženským presvedčeniam	otvorený prístup k rôznym vierovyznaniam klientov, ktorý podporuje budovanie dôvery a vzájomného porozumenia.
--	---	---

Axiálne a selektívne kódovanie odhalilo, že:

- **osobná, hodnotovo a nábožensky orientovaná motivácia** zohráva kľúčovú úlohu pri výbere štúdia, neskoršej profesijnej angažovanosti a celkovom životnom smerovaní respondentov,
- vnímanie biblických princípov a hodnôt u respondentov prebieha na viacerých úrovniach – od teologickej interpretácie lásky až po konkrétne etické zásady a praktické príklady ich uplatňovania v sociálnej práci.
- **biblické princípy a hodnoty predstavujú základ pre etické rozhodovanie, medzil'udské vzťahy a praktickú prácu s klientmi v sociálnej oblasti.** Tento prístup umožňuje respondentom nielen chápať svoju prácu v širšom morálnom a náboženskom kontexte, ale aj systematicky aplikovať tieto hodnoty v každodennej praxi, čím prispievajú k budovaniu dôvery, solidarity a podpory vo svojej komunite,
- respondenti spájajú poznanie konkrétnych biblických príbehov a podobenstiev s osobnými vzormi, ktoré im poskytujú etické a morálne ponaučenia,
- **biblické podobenstvá a príbehy slúžia nielen ako zdroj duchovnej inšpirácie, ale aj ako praktický etický rámec pre prácu sociálneho pracovníka, ktorý sa snaží pomáhať klientom prekonávať životné ťažkosti a budovať dôverné vzťahy,**
- respondenti vnímajú osobný vzťah s Bohom a duchovné praktiky ako neoddeliteľnú súčasť ich života, ktorá im poskytuje vnútorný pokoj a odolnosť v náročných situáciách,
- **spiritualita hrá kľúčovú úlohu v osobnom rozvoji a profesionálnom prístupe sociálnych pracovníkov.** Viera nielenže posilňuje ich odolnosť a motiváciu, ale aj podporuje etické rozhodovanie, rešpekt a otvorenosť pri práci s klientmi s rôznymi náboženskými presvedčeniami, čím sa vytvára prostredie pre dôveru a vzájomnú podporu. „*Teológia ako veda cirkvi, nie je len akousi teoretickou disciplínou. Je to veda, ktorá pobáda uskutočňovať hodnoty evanjelia, teda hodnoty lásky v praxi. Napriek tomu poznáme pojem praktická teológia, ktorý sa používa na tú časť teologických disciplín, ktoré sa v minulosti nazývali ako disciplíny pastorálnej teológie. Pastorálna teológia sa konštituovala v stredoeurópskom priestore v 18. storočí. Jej názov a obsah prešiel rôznymi vývojovými zmenami. Dalo by sa povedať, že táto praktická teológia sa zmenila z disciplíny, ktorá dávala predovšetkým návod ako uplatniť náboženský prístup v živote človeka v disciplínu, ktorá premýšľa o funkcii cirkvi vo svete až po disciplínu, ktorá si všíma súčasnú situáciu človeka.*“ (Noga, 2022, s. 224)

Na základe selektívneho kódovania môžeme uviesť, že hlavnou spoločnou témou, ktoré obsahovali kategórie jednotlivých odpovedí respondentov, je zistenie, že všetci respondenti **aktívne** uplatňujú biblické princípy a hodnoty vo svojej praxi v oblasti sociálnej práce. Zároveň vidíme, že princípy a hodnoty prezentované v Biblii **pozitívne ovplyvňujú a motivujú** veriacich sociálnych pracovníkov ale aj ich klientov.

Diskusia a odporúčania pre prax

Sociálna práca a biblické hodnoty môžu mať mnoho spoločných prvkov, ktoré môžu obohatiť prax sociálnych pracovníkov. My svoju pozornosť zameriame na nové a inovatívne odporúčania, ktoré adresujeme najmä pre veriacich sociálnych pracovníkov a ich klientov, pretože žiadne osobné presvedčenie nemôžeme vnucovať iným osobám. To by malo byť založené na slobodnom rozhodovaní sa zamestnancov aj ich klientov.

Na základe výsledkov našej práce odporúčame:

- **Vytváranie „posvätných priestorov“ na pracovisku.** Zriadiť miestnosti, kútiky, kaplnky alebo zóny, kde môžu pracovníci aj klienti spoločne meditovať, čítať biblické texty a zúčastňovať sa reflexných stretnutí, čo im pomôže k vzájomnému budovaniu dôvery.
- **Integrácia biblického príbehu terapeutického prístupu.** V rámci individuálneho a skupinového poradenstva využiť biblické príbehy a podobenstvá na podporu klientov pri preformulovaní ich životných príbehov, čo umožní klientom preformulovať ich životné príbehy. Osudy rôznych biblických postáv môžu ponúknuť možnosti, akým spôsobom riešiť rôzne životné situácie.
- **Organizácia duchovných stretnutí a komunitných dielní.** Zabezpečiť pravidelné stretnutia pre sociálnych pracovníkov a klientov, ktoré budú zamerané nielen na profesionálny rozvoj, ale aj na duchovný rast. Tieto stretnutia môžu obsahovať modlitby, meditácie, diskusie a praktické workshopy, ktoré by pomáhali prepojiť duchovné hodnoty s každodennými životnými skúsenosťami. Pozitívom týchto stretnutí by bolo posilnenie pocitu spolupatričnosti a vytvorenie podporného prostredia.
- **Mentoringový program založený na duchovných princípoch.** Zaviesť systém, v ktorom skúsení veriaci sociálni pracovníci, ktorí úspešne integrujú biblické hodnoty do svojej práce, mentorujú mladších veriacich kolegov. Program by zahŕňal pravidelné stretnutia, diskusie o biblických príbehoch a zdieľanie osobných skúseností a svedectiev, čo by posilnilo ich etický a duchovný rozvoj. Práve kresťanské svedectvá môžu byť silným pozitívnym nástrojom, ako smerovať aj neveriacich pracovníkov a klientov v oblasti sociálnej práce.
- **Partnerské projekty s komunitnými centrami.** Podporiť iniciatívu zameranú na pomoc napríklad marginalizovaným skupinám. Partnerské projekty s komunitnými centrami v duchovnej sfére môžu byť navrhnuté tak, aby oslovovali nielen veriacich, ale aj jemne zahrnuli tých, ktorí nemajú vyhranené náboženské presvedčenie. Tieto projekty môžu obsahovať interdisciplinárne aktivity – napríklad duchovné stretnutia, meditácie, diskusie a workshopy – ktoré podporujú sebareflexiu a osobný rozvoj, pričom rešpektujú rôzne názory na spiritualitu. Cieľom je vytvoriť inkluzívne prostredie, kde sa jednotlivci cítia podporovaní a inšpirovaní k rastu bez akýchkoľvek predsudkov.
- **Samozrejme, naďalej aktívne dodržiavať Etický kódex sociálneho pracovníka.**

Vo vyššie uvedených odporúčaniach vidíme tieto pozitíva:

- posilnenie dôvery, vzájomných vzťahov a podpora komunitnej solidarity,
- podpora osobného a duchovného rastu,
- inkluzívny a etický prístup,
- zvýšenie profesionálnej integrity a i.

Záver

V diplomovej práci a jej výskume bola skúmaná aplikácia biblických princípov a hodnôt v sociálnej práci. Výskum ukázal, že osobný vzťah s Bohom je pre sociálnych pracovníkov dôležitým zdrojom vnútornej sily a motivácie. Zistenia potvrdzujú, že pravidelná modlitba, čítanie Biblie a duchovné rituály posilňujú odolnosť v náročných situáciách. Respondenti zdôraznili, že viera im poskytuje pokoj a podporu pri riešení každodenných problémov. Vzťah k Bohu prispieva k etickému a empatickému prístupu k práci s klientmi. Integrácia spirituality do profesijného vzdelávania obohacuje osobnostný rozvoj sociálnych pracovníkov. Biblické princípy, ako sú láska, súciti a odovzdanie sa Božej vôli, predstavujú morálny rámec pre rozhodovanie. Výskum poukázal na dôležitosť rešpektovania rozdielnych náboženských presvedčení klientov. Sociálni pracovníci si uvedomujú, že etické hodnoty by mali byť súčasťou ich každodennej praxe. Príklady z praxe demonštrujú, ako biblické príbehy inšpirujú konkrétne činy pomoci. Respondenti sa spoliehajú na svoje duchovné základy pri prekonávaní osobných aj profesijných ťažkostí. Výsledky výskumu potvrdzujú, že spiritualita prispieva k vytváraniu dôverného a podporného prostredia. Práca ukazuje, že biblické hodnoty môžu byť účinným nástrojom na zlepšenie kvality sociálnej služby. Integrácia duchovných princípov do praxe umožňuje sociálnym pracovníkom lepšie pochopiť potreby klientov. Výskum zdôrazňuje význam etického kódexu, ktorý vychádza z duchovných hodnôt. Zistenia naznačujú, že duchovný rast podporuje profesionálny aj osobný rozvoj. Práca poukazuje na synergický vzťah medzi vierou a etickým rozhodovaním. Respondenti vyjadrujú, že viera im pomáha nielen zvládať výzvy, ale aj inšpirovať klientov. Výsledky štúdie podčiarkujú, že aplikácia biblických princípov prispieva k lepšiemu sociálnemu prostrediu. Celkovo táto diplomová práca potvrdzuje, že biblické princípy a hodnoty majú významný vplyv na kvalitu a efektivitu sociálnej práce. Biblické hodnoty, ako láska, súciti a odpustenie, poskytujú silný etický rámec, ktorý zaručuje rešpekt a dôstojnosť každého klienta. Ich aplikácia v sociálnej práci pomáha vytvárať podporné a dôverné prostredie, kde sa kladie dôraz na empatiu a individuálny prístup. Integrácia týchto hodnôt posilňuje profesionálnu morálku a umožňuje sociálnym pracovníkom čeliť náročným situáciám so silnejším vnútorným presvedčením a odolnosťou. Tento duchovný rozmer sociálnej práce zároveň pripomína, že jej podstatou nie je len vykonávanie profesijných úloh, ale najmä služba človeku v jeho jedinečnosti a dôstojnosti. Každý odborník pôsobiaci v oblasti sociálnej práce, bez ohľadu na zastávanú pracovnú pozíciu, by si mal trvalo uvedomovať, že jeho činnosť nepredstavuje len výkon povolania, ale predovšetkým poskytovanie služby človeku. Uvedomenie si tohto rozmeru má zásadný význam a výrazne sa premietá do kvality poskytovanej sociálnej starostlivosti. Samotný pojem „služba“ v sebe nesie hlboký etický význam, ktorý tvorí základný pilier profesijnej identity a poslania sociálnej práce (Popovičová, Semeš, 2019).

Literatúra

- BAHOUNEK, T. J. 2001. *Sociologický systém sociální nauky Cirkvé*. Brno: Brněnské angelicum. ISBN 80-85247-14-3. 398 s. 118 – 124 s.
- BANKS, S. 2006. *Ethics and Values in Social Work*. Basingstoke: PalgraveMacmillan 3rd Edition, 2006. 218 s. ISBN 978-1-4039-9420-2. 136 – 152 s.

- BEAUCHAMP, T. L. The Role of Principles in Practical Ethics. In: MÁTEL, A. kol. 2010. *Etika Sociálnej práce*. 1. vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. 183 s. ISBN 978-80-89271-85-6.
- BIBLIA, 2008. slovenský ekumenický preklad: bez deuterokánonických kníh. [Banská Bystrica]: Slovenská biblická spoločnosť, 2008. 938,273 s. ISBN 978-80-85486-47-6.
- BUČKO, L. 2009. *Misijná a charitatívna činnosť*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 238 s. ISBN 978-80-89271-37-5. 51 – 64 s.
- GAVORA, P. 2006. *Sprievodca metodológiou kvalitatívneho výskumu*. 1. vyd. Bratislava: Regent, 2006. 240 s. ISBN 80-88904-46-3.
- GAVORA, P. 2012. *Tvorba výskumného nástroja pre pedagogické bádanie*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 2012. 119 s. ISBN 978-80-10-02353-0.
- HANUŠ, J. 2002. *Kresťanství a lidská práva*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. 168 s. ISBN 80-85959-89-5.
- KENDEREŠOVÁ, E. 2022. *Hedonistický spôsob života*. In: Zborník vedeckých prác – Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu 2021. Warszawa: Collegium Humanum Warsaw Management University, 2022. 568 s. ISBN: 978-83-958245-5-5.
- KOŠČ, S. A KOL. 2018. Sociálna práva v charitatívnej, misijnej, humanitárnej a rozvojovej činnosti. I: *Disputationes scientificae Universitatis Catholicae* in Ružomberok. 18. ročník, č. 1, 154 s. ISSN 1335-9185. 58 – 72 s.
- MÁTEL, A. a kol. 2010. *Etika sociálnej práce*. 1. vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. 183 s. ISBN 978-80-89271-85-6.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
- NOGA, V. Spirituálna starostlivosť v rámci humanitárnej pomoci utečencom z Ukrajiny. In VANSÁČ, P., CZARNECKI, P. (Eds.): Zborník z IX. Medzinárodnej vedeckej konferencie, „Humanitárna pomoc pre Ukrajinu a intervencie (skúsenosti) profesionálnych a dobrovoľníckych tímov s utečencami z Ukrajiny“, Michalovce 11. november 2022, Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska Warszawa 2023, ISBN: 978-83-964214-5-6, s. 223 – 237.
- POPOVIČOVÁ, M., -SEMEŠ, M. 2019. Sociálna práca v kontexte etických princípov, In: SCHAVEL M., GÁLLOVÁ, A. (eds.), Zborník vedeckých medzinárodných príspevkov *Trendy a inovácie vo vysokoškolskom vzdelávaní v odbore sociálna práca*, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava 2019, s. 261 – 272, ISBN 978-80-8132-202-0.
- UMELÁ INTELIGENCIA, ChatGPT 2025. Zastúpenie biblických hodnôt a princípov v Novom zákone [vytvorené na pokyn M. Szalayovej, 02.03.2025]. <<https://chatgpt.com/c/67c4c655-8c54-8001-b44e-b11b742e0a90>>.
- VANSÁČ, P., GUĽAŠOVÁ, M. Subjective experiences of students with refugees from Ukraine acquired on the front line, In: *Acta Missiologica*, vol. 16, no. 2, 2022, p. 176 – 191, ISSN: 2453-7160 (online) (November, 2022)

ČLOVEK V BIBLI MAN IN THE BIBLE

Pavol Bardzák¹

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o., doktorand*

E-mail: pavolbardzak@gmail.com

Školiteľ/ scientific adviser: Dr. h. c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Abstrakt

Náš príspevok prináša základný pohľad na človeka v Biblii. Presnejšie ide o pohľad na človeka ako stvorené bytie v jeho výnimočnosti a originalite. Ponúkané antropologické témy ako: Osoba človeka, jeho dialogický rozmer, spoločenský rozmer s vytváraním sociálnych väzieb a zmysel rozdielnosti pohlavia človeka súvisia s aktuálnym kultúrnym kontextom. Náš príspevok taktiež prináša pohľad na originalitu biblického Boha. Trojica, spôsob existencie Trojice, agapická láska zámerne darovaná človekovi sú skutočnosťami, ktoré súvisia s človekom. Základné témy biblickej antropológie nášho príspevku súvisia so sociálno – antropologickými východiskami v učení pápeža Františka, ktoré sú témou našej dizertačnej práce. Príspevok Človek v Biblii ponúkame v perspektíve biblickej antropológie Katolíckej cirkvi a patristickej exegézy základných biblických textov.

Kľúčové slová

Pápež František, človek, Biblia, antropológia, osoba, manželstvo, pohlavie.

Abstract

Our paper brings a basic view of man in the Bible. More precisely, it is a view of man as a created being in his/her uniqueness and originality. The offered anthropological topics - such as: a person of man, his/her dialogical dimension, social dimension with the creation of social bonds and the meaning of human gender difference – relate to the current cultural context. Our paper brings a view of the originality of the biblical God, too. The Trinity, the way of Trinity existence and agape love intentionally given to man are facts that are related to man. The basic themes of biblical anthropology of our paper are related to the socio-anthropological foundations of Pope Francis' teachings, which are the topics of our dissertation thesis. We offer the paper "Man in the Bible" in the perspective of biblical anthropology of the Catholic Church and patristic exegesis of basic biblical texts.

Keywords

Pope Francis, man, the Bible, anthropology, person, marriage, gender.

Úvod

K výnimočnosti pontifikátu pápeža Františka patrí jeho záujem o človeka dnešnej doby. K optike jeho nazerania na problémy súčasnej kultúry patrí najmä človek v núdzi, človek v jeho neriešiteľných životných situáciách. Spôsob, ako hľadá na človeka i navrhované spôsoby riešenia vychádzajú z antropológie, ktorá na jednej strane zohľadňuje aktuálne dianie v kontexte súčasnej doby, a na strane druhej je pevne zakorenená v antropologických

východiskách magistéria Katolíckej cirkvi. Tá sa premieta do sociálno – antropologických východísk pápeža Františka, plných osobitostí, ktoré sú vlastné Pápežovi ľudskosti a chudobných.¹ V základe jeho učenia je teda nielen skalopevná viera s jasnou víziou cieľov jeho pontifikátu, ale aj pohľad na človeka v jeho osobnom aj spoločenskom rozmere. Jeho starostlivosť o núdznych je vskutku výnimočná.²

Medzi základné pramene učenia pápeža Františka patrí Biblia, ktorej citácie slúžia ako inšpirácia, ale aj spôsob verifikácie téz ponúkaných v jeho dokumentoch. To sa samozrejme týka aj sociálno – antropologických pohľadov, z ktorých vychádza. Preto patrí náš príspevok biblickému pohľadu na človeka. V súvislosti s rozličnosťou pohľadov rôznych kresťanských denominácií budeme postupovať hermeneuticko – exegetickou metódou Katolíckej cirkvi. Tá umožňuje na jednej strane až nekonečnú spirituálnu rozmanitosť, ktorá neustále aktualizuje potreby nielen členov Cirkvi súčasných dní, ale aj celého ľudského pokolenia, na strane druhej stojí pevne na objektívnych skutočnostiach a pravdách, ktoré Cirkev dostala do daru.

Vymedzenie kľúčových pojmov

V našej práci budeme často používať slová: Biblia, magistérium, hermeneutika, exegéza, antropológia a biblická antropológia. Preto prinášame vymedzenie a vysvetlenie týchto kľúčových pojmov:

- **Biblia** (z gr. ἡ βίβλος he biblos - kniha, spis; pl. τὰ βιβλία ta biblia - knihy, spisy). Jedná sa o zbierku Bohom inšpirovaných kníh. V katolíckom kánone sa nachádza 46 kníh Starého zákona a 27 kníh Nového zákona. Iné pomenovanie Biblie v prostredí Katolíckej cirkvi je aj Sväté písmo alebo Písmo. V našej práci budeme používať pre Starý zákon skratku SZ a pre Nový zákon NZ.
- **Magistérium** (z lat. magister - učiteľ). Ide o výraz na označenie „Učiteľského úradu Cirkvi“. Vykonáva ho pápež i biskupi na čele s pápežom. Ak učia náboženskú pravdu jednotne a natrvalo (definitívne) ide o riadne magistérium (lat. magisterium ordinarium). Keď sú zidení na všeobecnom sneme, vykonávajú mimoriadne magistérium (lat. magisterium extraordinarium) alebo slávnostné magistérium (lat. magisterium solemne). Keď pápež učí ako najvyšší učiteľ a pastier Cirkvi (lat. „ex cathedra“ - „z katedry“) vo veciach viery a mravov, vykonáva najvyššie magistérium (lat. magisterium summum).³ V našej práci sa zaoberáme učením pápeža Františka so zreteľom na jeho sociálno – antropologické východiská a použité slová „učenie“ alebo „magistérium“ pápeža Františka budeme užívať v zmysle Magisterium ordinarium.
- **Hermeneutika** (z gr. ἑρμηνεύω hermeneuo - vykladať, objasňovať). Jedná sa o vednú disciplínu o prostriedkoch vedeckého výkladu textov starých písomných pamiatok. Cieľom hermeneutiky je vysvetliť zmysel textu na základe objektívnych podkladov, medzi ktoré patrí gramatický význam slov a historicky podmienené variácie či subjektívne podklady autora textu. Vznikla v období helenizmu, kedy sa skúmali a vydávali klasické texty autorov. Neskôr našla široké uplatnenie v rámci exegézy biblických textov, čo sa nazýva biblická hermeneutika.⁴ V našej práci zvolíme aj

¹ Porov. TORNIELLI, A. 2013. *Jorge Mario Bergolio. František, Pápež chudobných*, Ikar, Bratislava 2013, s. 68-69.

² Porov. PÁPEŽ FRANTIŠEK. 2021. *Boh a svet po pandémie. Rozhovor s Domenicom Agassom*, Fortuna Libri, Bratislava 2021, s. 16-17.

³ HERIBAN, J. 1998. *Príručný lexikón biblických vied*, Vydavateľstvo Don Bosco, Bratislava 1998, s. 655.

⁴ Porov. Ibidem, s. 451.

hermeneuticko – exegetickú metódu, čiže biblickú hermeneutiku, na základe ktorej budeme ozrejmovať dôležité pasáže Biblie, ktoré sa týkajú našej témy.

- **Exegéza** (z gr. ἐξήγησις exegesis - výklad, interpretácia). Exegéza spočíva v slovnom, vecnom a myšlienkovom výklade biblického textu pomocou teoretických a metodologických princípov. Pomáha si aj poznatkami z textovej a literárnej kritiky, históriou foriem, tradície a redakcie jednotlivých častí biblických kníh, ďalej filológiou, biblickou archeológiou, biblickou geografiou, ale aj poznatkami z profánnych a náboženských dejín. Exegéza teda nespočíva výlučne v jednoduchom výklade slov Písma, ale v podaní obsahu a posolstva, ktorý chcel svätopisec čitateľovi priniesť. Cieľom vedeckej exegézy je pochopenie a podanie pasáže biblického textu v zmysle, s akým ho svätopisec napísal.⁵ V našej práci použijeme navyše aj patristickú exegézu, teda priame alebo sprostredkované výklady cirkevných Otcov.⁶
- **Antropológia** (z gr. ἄνθρωπος antropos - človek; λόγος logos - slovo, učenie). Je veda o človeku.⁷ Vzhľadom na tému našej práce, ktorá je zameraná na učenie pápeža Františka s jeho sociálno – antropologickými východiskami, vymedzíme pojmový rámec antropológie v súvislosti s biblickým pohľadom, pôjde teda o biblickú antropológiu.

V rámci biblickej antropológie sa stretávame s termínmi ako: duša, srdce, telesnosť, telo a duch. Ich použitie v Písme v súvislosti s človekom ako takým sa neohraničuje výlučne na prirodzený a uzatvorený svet. Človeka vidí v kontexte histórie, hlavnú úlohu hrá Boh, ktorý človeka stvoril, ktorý ho vykúpil a ktorý sa sám stal človekom. Biblická antropológia teda nevidí človeka na základe kategorizácie jednotlivých zložiek človeka, či už na základe dichotómie alebo trichotómie, bez súvislostí s Bibliou.⁸ Možno tak povedať, že biblická antropológia sa definuje ako veda:

- človeku
- celkovej štruktúre jeho bytosti
- jeho postavení v prírode, najmä vzhľadom na ostatné živé tvory
- jeho vzťahu k predhistórii
- jeho vzťahu ku kultúre

⁵ Porov. Ibidem, s. 373-374.

⁶ Pod pojmom „cirkevní Otcovia“ myslíme cirkevných spisovateľov kresťanského staroveku a raného stredoveku, ktorí mali osobitnú autoritu v učení viery a mravov. Na Západe sa doba cirkevných Otcov skončila Izidorom zo Sevilly (+ 636) a na Východe Jánom Damascenským (+ 749). Porov. ĎURICA, J. A KOL. 2015. *Stručný katolícky teologický slovník*, Dobrá kniha, Trnava 2015, s. 171.

⁷ Človek je tajomstvo, ktorým sa zaoberá mnoho vied a tie nazývame antropológiami. Ony formulujú množstvo tvrdení, ktoré sú presné, ale aj ohraničené. Prírodné vedy, ako aj špeciálne humanitné vedy zdôvodňujú hrdé sebavedomie človeka s jeho veľkými možnosťami. Skúsenosť ľudských dejín však potvrdzuje, že človek je bytosť plná napätí, protichodností a protirečení. Porov. Ibidem, s. 187.

Vynikajúci náčrt súvisu antropológie s antickou, modernou a postmodernou epochou nájdeme v RUPNIK, M. I. 1995, *Otázka kultúry*. In: ŠPIDLÍK, T. A KOL. *Spiritualita formácia a kultúra*, Refugium, Velehrad 1995, s. 145-172.

Nový antropologický prístup, ktorý zohľadňuje postmodernú kultúrnu epochu s jej podstatou a prejavmi kultúry napríklad v urbanizme, môžeme nájsť v diele AUGÉ, M. 1999. *Antropologie současných světů*, Atlantis, Brno 1999.

⁸ Porov. DUFOUR-LÉON, X. DUPLACY, J. A SPOL. 1990. *Slovník biblickej teológie*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb 1990, s. 168

- jeho vzťahu k etike.⁹

V tejto podkapitole sa zameriame na výnimočnosť Boha ako Stvoriteľa tak, ako o tom píše Písmo. Práve biblický Boh s dôvodmi stvorenia nie len celého Univerza, ale aj človeka v jeho originalite, nám ponúknu mimoriadnu a neopakovateľnú hodnotu človeka, ktorý je Božím tvorom, a ktorého chcel Boh pre neho samého. Bude zaujímavé sledovať dôvody stvorenia, ktoré Boh odkryl v Písme, a ktoré prispievajú k výnimočnosti pohľadu biblickej antropológie.

ČLOVEK STVORENÝ

Pojem stvorenie predpokladá Stvoriteľa, ktorý je v Biblii nazývaný Boh. Biblický Boh sa však podstatne odlišuje od konceptu starovekých náboženstiev,¹⁰ či od konceptu boha vytvoreného v anticko – filozofickom prostredí.¹¹ Výnimočnosť Boha, ako sa zjavuje v dejinách, súvisí s výnimočnosťou človeka. Tieto skutočnosti sa premietajú aj do sociálno – antropologických východísk pápeža Františka.

Úplné pojmie Boha stvoriteľa je nemožné. Je mimo zmyslová, nekonečná, večná, všetko prevyšujúca a absolútna bytosť (porov. Ž 123,1), o ktorej vieme skôr povedať „čo nie je“ ako „čo je.“¹² Katechizmus Katolíckej cirkvi¹³ vysvetľuje túto skutočnosť slovami: „*Boh presahuje každé stvorenie. Preto neprestajne musíme očisťovať našu ľudskú reč od toho, čo je v nej obmedzené, obrazné a nedokonalé, aby sme Boha, ktorý je „nevýslovný, nepochopiteľný, neviditeľný a neobsiahnuteľný“, nezamieňali s našimi ľudskými predstavami. Naše ľudské slová sú vždy neprimerané tajomstvu Boha.*“ (KKC 42). S nedostatočným pochopením sa stretáva

⁹ Porov. HERIBAN, J. 1998. *Príručný lexikón biblických vied*, Vydavateľstvo Don Bosco, Bratislava 1998, s. 210.

¹⁰ Samotné slovo „Boh“ nadväzuje na viditeľnú a empirickú vrstvu stvorenia alebo reflexie človeka. Vo svojej podstate sa však slovom Boh v starovekých náboženstvách vyjadrovala neviditeľná, nadempirická a nevyjadriteľná skutočnosť, ktorú človek rôznym spôsobom vnímal. V prapôvodných patriarchálnych náboženstvách sa Boh nazýva menami ako: *Otec, Veľký Otec, náš Otec* (Hitapuaní). U Pigmejov sa stretávame s pomenovaním *Ten, ktorý je na nebi*; u Aztékov *Ten, ktorý sa vyobrazil, Veľký Duch*. U Sumerov nachádzame pomenovanie *Vynikajúci Pán*; u starých Egyptanov *Existujúci, Darca existencie*; u indických Áriov *Mocný a Vládca*. U viacerých indoeurópskych národov nachádzame pomenovanie *Žijúci, Duchovný, Plný svetla*, čo sa premieta do slov Deivos, Dhuos, Djaus, gr. Théos, Thios, lat. Deus. Slovo Boh nadväzuje na indoeurópske jadro Bhag, čo sa dá preložiť ako prideliť šťastie, bohatstvo, dobrý údel teda bhaga. Z toho vyplýva, že Bhaga, Baga, Boh znamená *Darca*. Porov. ĎURICA, J. A KOL. 2015. *Stručný katolícky teologický slovník*, Dobrá Kniha, Trnava 2015, s. 124.

¹¹ Značné ťažkosti konceptuálneho vyjadrenia podstaty Boha nachádzame v anticko - filozofickom prostredí. Tu sa existencia Boha dokazovala z poriadku a krásy sveta. V logickom spôsobe myslenia sa na základe stvorenia dá urobiť krok v myslení smerom k pojatiu Boha. Nie je však ľahké vidieť, akým spôsobom urobil, či robí Boh krok do tohto sveta. Veľkí filozofi ako Platón či Aristoteles tvrdia, že Boh je ako slnko, ktoré vidíme na nebi. Otázka je, či môže takto vnímaný Boh, ktorý ja tak vzdialený, prebývajúcí vo svete ideí, vstúpiť do vzťahu s človekom. Na základe filozofického myslenia panovalo presvedčenie, že milujeme to, po čom túžime a túžime po tom, čo potrebujeme. Z toho sa vo filozofickom prostredí došlo k záveru, že Boh nemiluje svet a nenadväzuje s ľuďmi žiadny vzťah. Takýto koncept božstva bol dominantný v antickom filozofickom myslení. Porov. ŠPIDLÍK, T. 2000. *My v Trojici*, Velehrad – Roma, Velehrad 2000, s. 57.

¹² Takýto prístup sa nazýva Apofatická a katafatická cesta na Východe. Boh ako Stvoriteľ je vo svojej postate nepoznatelný, ale v zjavení a pôsobení sa prejavuje vo svete a dáva sa poznávať cez energie. Božská energia je sila, ktorá sa prejavuje navonok. Justín hovorí, že Boh nie je bytosť, ktorá patrí k poriadku nám známym a pochopiteľným bytostiam. Boh je nad každé bytie. „*Cestou negácie postupujeme od nižšieho stupňa k vyššiemu, k jeho vrcholu. Apofatismus sa usiluje poznať Boha nie v tom, kým on je, ale v tom kým on nie je.*“ ĎURICA, J. A KOL. 2015. *Stručný katolícky teologický slovník*, Dobrá Kniha, Trnava 2015, s. 52.

¹³ V našej práci budeme ďalej uvádzať odvolávky na Katechizmus Katolíckej cirkvi slovom „Katechizmus“ a pod skratkou KKC.

človek aj v súvislosti s aktom stvorenia. Boh ho uskutočnil „ex nihilo“,¹⁴ teda z ničoho, bez toho, aby potreboval nejakú počiatočnú hmotu či počiatočný chaos.

Na strane druhej Katechizmus zdôrazňuje, že človek môže dospieť k existencii Stvoriteľa aj vlastným rozumom: „*Kedže náš rozum má účasť na svetle Božieho rozumu, môže poznať, čo nám Boh hovorí prostredníctvom stvorenia, pravda, nie bez veľkého úsilia a v duchu pokory a úcty pred Stvoriteľom a jeho dielom.*“ (KKC 299). Stále sa však pohybujeme v kategóriách rozumových schopností človeka, ktoré sú ohromné, ale aj obmedzené.

Biblická antropológia vychádza z podstatného posolstva, že Boh vyvíja iniciatívu voči človekovi. Nečaká na iniciatívu zo strany človeka, On sám ju vyvíja smerom k človekovi, čo sa dá zjednodušene naznačiť schematicky:

Boh



človek.

V konkrétnych udalostiach dejín spásy Boh zjavuje svoje meno. Seba samého v SZ definuje menom, v hebrejčine אֲנִי אֶהְיֶה אֲשֶׁר אֶהְיֶה ehjeh ašer ehjeh, čo v preklade znamená: „*Ja som, ktorý som!*“ (Ex 3,14). Do popredia teda vystupuje fakt, že Boh izraelského ľudu nie je abstraktný, koná, hovorí, vychováva, prichádza na pomoc, uzatvára Zmluvu na prospech človeka a Božieho ľudu.¹⁵ Biblický Boh, ide v ústrety človekovi a venuje mu dôvernú pozornosť i náklonnosť. V iných častiach Písma sa Boh predstavuje ako:

- hrnčiar, ktorý utvára človeka (porov. Jer 1,5; Iz 45,9; Gn 2,7)
- živý Boh (porov. Sdc 8,19; 3Kr 17,1n; 1 Sam 17,26.36; 4 Kr 19,16)
- ten, ktorý „videl, počul, pozná, posielal...“ (porov. Ex 3,7-10)
- Svätý Boh (porov. Am 4,2; Oz 11,9; Iz 6,3)
- žiarlivý Boh, ak sa jeho Ľud obráti k modloslužbe
- (porov. Ex 20,3; 32,12; Ez 36,22).¹⁶

Spoločný menovateľ prinesených poznatkov je skutočnosť, že biblický Boh je **osobný** Boh, ktorý neustále **vyvíja aktivitu voči človekovi** na základe svojej podstaty. Jeho akt stvorenia celého Univerza, ale najmä človeka v jeho originalite bol nie náhodný, ale cieľavedomý. Výnimočnosť človeka sa tak spája s výnimočnosťou biblického Boha, čo sa v kultúre premieta následne do relácie človeka k Bohu, ale aj človeka k človekovi.

Čo sa týka stvorenia, Biblia prináša hneď niekoľko špecifik. Poukazuje na výnimočnosť stvorenia človeka v tom, že človek je stvorený na obraz a podobu Boha (porov. Gn 1,26-27; 5,1). Boží obraz hebr. דְמוּתָא selem, gr. εἰκών, lat. imago a podoba hebr. דְמוּתָא demuth; gr. ὁμοίωμα homoïoma; lat. similitudo sú do istej miery v protiklade. Znamenajú blízkosť, ale aj vzdialenosť. Selem vyjadruje obraz, sochu či postavu, ktorá sa výrazne podobá svojmu vzoru. Demuth vyjadruje nie konkrétnu ale abstraktnú skutočnosť, ktorá sa podobá svojmu vzoru len

¹⁴ Použitie termínu „ex nihilo“ sa nachádza v Biblii iba v 2 Mach 7,28.

¹⁵ Porov. PIETROSILLO, P. 1998. *Křesťanství od A po Z*, Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 1998, s. 32.

¹⁶ Porov. DUFOUR-LÉON, X. DUPLACY, J. A SPOL. 1990. *Slovník biblickej teológie*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb 1990, s. 13.

nepriamo. Oba termíny však vyjadrujú v človekovi Božiu pečať pričom sa jedná o ontologickú danosť. Dôraz je tým položený aj na to, že nie Boh bol stvorený na ľudský obraz, ale naopak. Ak by sa táto skutočnosť obrátila, spôsobilo by to modloslužbu s ďalekosiahlymi následkami (porov. *Ex* 20,3-4; *Iz* 40,18). Akým spôsobom sa prejavuje Boží obraz v človekovi brilantne vypracovali ranokresťanské teologické školy.¹⁷

Človek a jeho Stvoriteľ

Kniha Genezis prináša správu o stvorení človeka v súvislosti s menom Adam.¹⁸ V hebrejčine meno אָדָם Adam, súvisí s אָדָמָה adamah, čo sa prekladá ako vzatý „z červenej hlíny.“¹⁹ V Biblii sa vyskytuje viac ako 500-krát. Plné pochopenie mena prvého človeka vzhľadom k Stvoriteľovi prináša exegéza v zmysle dvoch tradícií rozprávania o Adamovi v knihe Genezis. Ide o kňazskú (*Gn* 1,1-2,4a) a jahvistickú tradíciu (*Gn* 2,4b-25). V línii kňazskej tradície sa zdôrazňuje stvorenie človeka, ktorého stvoril Boh tak, ako ostatné stvorenia. Dal mu život, určil mu poslanie a poskytol mu podmienky na uskutočnenie tohto poslanca. Človek je menovaný v súvislosti jednotlivých druhov tvorstva. Tiež sa o Adamovi hovorí v zmysle ľudstva alebo človeka ako takého. V zmysle druhej tradície pomenovanie prvého človeka menom Adam vyjadruje osobný vzťah medzi Bohom a Adamom, medzi Bohom a človekom. Svedčia o tom citáty: „*Keď Pán, Boh, utvoril z hlíny všetku poľnú zver a všetko nebeské vtáctvo, priviedol ho k Adamovi, aby videl, ako by ho nazval, lebo ako ho nazve, také bude jeho meno.*“ (*Gn* 2,19). Alebo: „*A z rebra, ktoré vybral Adamovi, utvoril Pán, Boh, ženu a priviedol ju k Adamovi.*“ (*Gn* 2,22). Ešte viac je to citeľné v oslovení Adama po hriechu: „*I zavolať Pán, Boh, Adama a povedal mu: "Kde si?"*“ (*Gn* 3,9). Žalmista žasne na dôverným vzťahom Boha a človeka slovami: „*Čože je človek, že naň pamätáš, a syn človeka, že sa ho ujímaš? Stvoril si ho len o niečo menšieho od anjelov, slávou a cťou si ho ovenčil a ustanovil si ho za vládca nad dielami tvojich rúk. Všetko si mu položil pod nohy.*“ (*Ž* 8,5-7). K výnimočnosti biblického posolstva patrí aj fakt, že spomínaný dôverný vzťah medzi Bohom a človekom neprestáva zo strany Boha ani vtedy, keď ho človek hriechom pošliapal. Boh sa aj po spretíhaní vzťahu zo strany človeka prejavuje ako ten, ktorý nezatraca, ale zhovievavo vychováva svoje dieťa, človeka (porov. *Oz* 11,3n; *Ez* 16; *Gn* 2,8-3,21). Dominuje teda zjavenie osobného Boha, ktorý konkrétne koná voči Adamovi s úmyslom život dávať.

Súhrne sa meno Adam v Biblii vyskytuje vo význame:

- prvého človeka, ktorého telo pri stvorení bolo vzaté zo zeme a ktorému bol daný dych života bezprostredne od Boha
- človeka, ktorý žil v raji ako otec všetkých živých
- človeka, ktorý odovzdáva pozemský život
- človeka, ktorému Boh dal prostredníctvom stvorenia účasť na intímnom vzťahu s ním
- človeka, ktorý si kvôli hriechu pýchy a neposlušnosti privodil smrť v jej rôznych formách

¹⁷ Ide hlavne o Alexandrijskú a Antiochijskú teologickú školu, ktoré zdôrazňovali či už intelektuálny aspekt človeka, alebo schopnosť človeka vstúpiť do vzťahu na základe trojičnej lásky danej človekovi ako dar pri stvorení. Porov. ĐURICA, J. A KOL. 2015. *Stručný katolícky teologický slovník*, Dobrá kniha, Trnava 2015, s. 25, 47.

¹⁸ Exegéza prináša aj možný súvis mena Adam so sumerským slovom ada - mu, môj otec; akkadským slovom ad - mu, zrodený; prípadne arabským adama, spájať sa. Porov. Ibidem, s. 10.

¹⁹ Porov. HERIBAN, J. 1998. *Príručný lexikón biblických vied*, Vydavateľstvo Don Bosco, Bratislava 1998, s. 169.

- človeka, ktorý hriechom spôsobil začiatok dedičného hriechu v celom ľudskom pokolení a mal neblahú skúsenosť so smrťou ako následkom prerušenia vzťahu s Bohom, Prameňom života.²⁰

Biblická antropológia taktiež akcentuje človeka v ontologickom vzťahu k Bohu. Nevynímajúc zložité a dramatické dejiny človeka a ľudskej society, zakaždým vychádza zo vzťahu

Boh



človek.

Interakcia vychádza v prvom rade z konania Boh → človek, čo patrí k trinitárnej podstate existencie Boha. Z toho sa odvíja aj kresťanská antropológia, ktorej koncept vychádza nie primárne z filozofických vízií a poznatkov, ale z skutočnosti participácie života človeka na živote Boha. Z tohto pohľadu vníma biblická antropológia človeka v rámci ekonómie spásy výlučne ako osobu. Preto sú v Biblii v súvislosti s človekom používané antropológické termíny, ktoré sú postavené na osobe, pričom k podstate osoby v biblickom ponímaní patrí **vzťah**.²¹

Ak by sme teda mali vyjadriť hlavné posolstvo knihy Genezis v súvislosti so stvorením prvého človeka Adama, tkvie v skutočnosti, že Boh ho stvorením urobil účastným na svojom živote a pečaťou svojho obrazu v Adamovi ho učinil disponibilným vstúpiť do vzťahu s Bohom. Vo svojej podstate sa stal človek stvorením dialogickým, teda schopným komunikácie s Bohom. „*Vidieť človeka znamená vidieť dvoch: jeho a Boha. Človek vykazuje božsko-ľudskú skutočnosť, je vo svojej podstate poznačený dialógom.*“²²

V súvislosti s Adamom je však potrebné pripomenúť aj fakt, že nasledovné početné zmienky o Adamovi v neskorších spisoch slúžia k zdôrazneniu neprekonateľnej priepasti medzi stvoreným človekom a Stvoriteľom. Adam sa postupne stal typom človeka uzavretého do seba a vzdialeného od Boha, taktiež typom človeka, ktorý je neposlušný voči svojmu Stvoriteľovi a je postihnutý trestom, zaslúženým jeho vlastnou vinou.²³ V nasledujúcich podkapitolách zdôrazníme identitu Nového Adama, v ktorom sa obnovuje všetko, čo prišlo do rozvratu a straty života kvôli pretrhnutiu vzťahu so Stvoriteľom.

Muž a žena stvorení na Boží obraz

V prvých kapitolách Genezis vystupuje do popredia fakt, že Adam nie je vo svojej existencii naplnený. Pohlcuje ho smútok (porov. Gn 2,18). Má výsadu pána tvorstva, ktorý je schopný pomenovať všetko stvorené (porov. Gn 2,19) a tak vstúpiť do hlbšieho poznania o stvorení, ale nenachádza nikoho, s kým by vedel vytvoriť hlbokú jednotu, po ktorej túži (porov. Gn 2,20). Adam nie je naplnený vo svojej individualite. Po stvorení ženy reaguje Adam slovami, ktoré svedčia o nájdení vytúženej formy spoločného života s Evou slovami: „*Toto je teraz kosť z mojich kostí a mäso z môjho mäsa; preto sa bude volať mužena, lebo je vzatá z muža.*“ (Gn 2,23).

²⁰ Porov. ĎURICA, J. A KOL. 2015. *Stručný katolícky teologický slovník*, Dobrá kniha, Trnava 2015, s. 10.

²¹ V Tradícii Cirkvi cirkevní Otcovia použitím gréckeho slova Τρόπος - tropos, čo označuje spôsob bytia, dôvodili vtedajšiemu silnému pohanskému filozofickému spôsobu myslenia podstatný rozdiel v spôsobe pojatia božstva ako bytia gr. ΟυσΙΑ lat. Essentia, čo je bytie alebo podstata, v zmysle neosobného bytia a podstaty života osôb Trojice, ktorý stojí na vzťahu osôb.

²² RUPNIK, M. 2004. *Adam a jeho rëbro*, Refugium, Velehrad 2004, s. 13.

²³ Porov. HERIBAN, J. 1998. *Príručný lexikón biblických vied*, Vydavateľstvo Don Bosco, Bratislava 1998, s. 170.

Adam ako dialogické stvorenie je otvorený pre komunikáciu nie len s Bohom, so živočíchmi a celým tvorstvom, ale najmä s Evou, vďaka ktorej sa stal celým človekom.²⁴ Adam teda nenachádza naplnenie svojho života výlučne v schopnostiach daných jemu ako individuu, lež v schopnosti utvárať vzťahy, čo patrí k sociálnemu rozmeru života človeka. Na tomto stojí aj hebrejská terminológia na označenie muža a ženy, pričom obe slová majú rovnaký koreň:

- אִישׁ iš - muž
- אִשָּׁה iša - žena.

Tak ako je muž bez ženy neúplným človekom, tak neexistuje plnosť ženy bez muža. Ak sú témou našej práce sociálno – antropologické východiská pohľadu na človeka, je nutné zdôrazniť, že tieto skutočnosti siahajú až k jeho počiatkom. Špirála sociálneho života a sociálnych väzieb prvého človeka Adama sa odvíja od jeho spoločného života s Evou, ktorú dostal od Stvoriteľa do daru.

Do úplne nových súvislostí nás posúva skutočnosť stvorenia človeka ako muža a ženy v rôznosti pohlavia (porov. Gn 1,27). K tejto diverzite patrí isté pnutie medzi mužom a ženou, ale aj schopnosť ťažkosti z rozdielnosti prekonávať. Spoločná forma života Adama a Evy, ktorú nazývame manželstvom, je formou, ktorá sama v sebe nie je ich sociálnym konštruktom. Vychádza totiž z úmyslu a stvoriteľského aktu Boha, ktorý im túto spoločnú formu života pripravil. Manželstvo sa tak stáva prirodzenou a intímnu formou spolužitia muža a ženy od počiatku dejín a považuje sa za normálny stav až do takej miery, že v SZ nenachádzame výraz pre starého mládenca.²⁵ Katechizmus v daných súvislostiach zdôrazňuje: „*Dôverné spoločenstvo manželského života a lásky... ustanovil Stvoriteľ a vybavil vlastnými zákonmi... Sám Boh je pôvodcom manželstva.*“ (KKC 1603). Samozrejme, že k podstate manželstva patrí aj zrod nového života podľa slov Stvoriteľa: „*Boh ich požehnal a povedal im: "Plodte a množte sa a naplňte zem! Podmaňte si ju a panujte nad rybami mora, nad vtáctvom neba a nad všetkou zverou, čo sa hýbe na zemi!"*“ (Gn 1,28). Človek sa tak v Biblii objavuje ako Boží obraz v sociálnom rozmere, do ktorého neodmysliteľne patrí manželstvo aj rodina.

Biblická antropológia pri pohľade na muža a ženu berie do úvahy skutočnosť rozdielnosti osôb a rozdielnosti pohlaví. Neostáva však iba pri konštatovaní tohto faktu. Zaoberá sa hľadaním odpovede na otázku, prečo je tomu tak a tiež hľadaním podstaty jednoty vo vzájomnej odlišnosti. Tu sa na základe patristickej exegézy dostávame k skutočnosti, že manželstvo muža a ženy vyplýva vo svojej podstate z tajomstva Trojice, trojjediného Boha, ktoré patrí k základom kresťanskej viery.

Na jednej strane je pravdou, že tajomstvo Trojice je natoľko veľké, že ho nemožno pochopiť na základe stvorenej inteligencie človeka.²⁶ Napriek tomu sa však najmä počas patristického obdobia zdôrazňovala nenahraditeľnosť trojičného života. Súvisí to s otázkou jednoty a rôznosti, alebo jednoty a rozdielnosti. Práve viera v Trojicu ponúka nové obzory, pretože je jedna, rozdielna ale nedeliteľná. Na tomto základe stojí vyznanie, že medzi absolútnou jednotou Boha a trojicou osôb v Trojici nie je rozpor. V súvislosti s jednotou nachádzame dokonca vyjadrenia o super-jednote: „*Zjavenie, že Boh je Otec, živá osoba, zvrchovane slobodná osoba,*

²⁴ Porov. DUFOUR-LÉON, X. DUPLACY, J. A SPOL. 1990. Slovník biblickej teológie, Kršćanska sadašnjost, Zagreb 1990, s. 170.

²⁵ Porov. DOUGLAS, D. J. 2017. *Nový biblický slovník*, Návrat Domů, Praha 2017, s. 580.

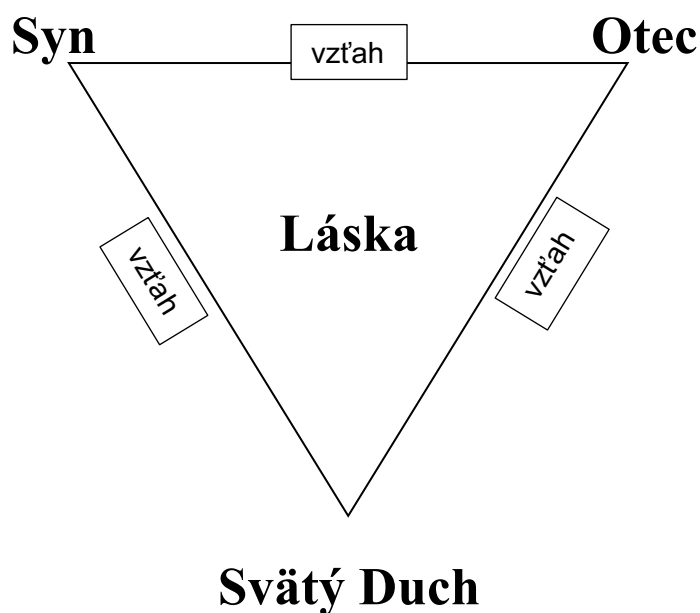
²⁶ Porov. ŠPIDLÍK, T. 2000. *My v Trojici*, Refugium Velehrad – Roma, Velehrad 2000, s. 9.

ktorá žije v láskyplnom vzťahu k svojmu Synovi a k Svätému Duchu, ale ich vzťahy prebiehajú v jednote absolútne jediného Boha. Je to úplne nová jednota, tak neočakávaná, že Pseudo-Dionýsios Areopagita ju nazýva „super - jednota“. Spája slobodné osoby, zachováva ich slobodu, ale zároveň je absolútnou jednotou. V nej sa harmonicky spája láska a zákony, tvorivý rozlet a nutnosť nemenných ideí, hodnota žijúcej osoby a dokonalé spoločenstvo s druhými.²⁷ Dôležitú úlohu v tomto zohráva osoba Svätého Ducha. „Pre Svätého Ducha je typické združovanie a udržiavanie rozdielnych skutočností v jednom spoločenstve.“²⁸

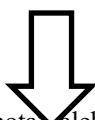
Pri pohľade na Trojicu je však pozoruhodná nie len jednota v rozdielnosti, ale aj podstata života, ktorý medzi jednotlivými osobami pulzuje. Odpoveďou je láska. Nie je čímsi nesúvisiacim so životom, práve naopak. „Je to skutočnosť, zvrchovaná skutočnosť. Vlastnosťou naozajstnej skutočnosti je byť poznaná, kontemplovaná, obdivovaná. Ten, kto kontempluje a obdivuje vzájomnú lásku Otca a Syna, je Svätý Duch. Tým, že kontempluje, vzniká ako tretia osoba, stáva sa tým, čo vidí, zosobňuje vzájomnú lásku medzi božskými osobami. Duch sa preto právom nazýva „Duchom lásky.“²⁹

Vyššie uvedené fakty života Trojice sa môžu zdať ako ideál, ktorý je pre človeka nedosiahnuteľný. Naozaj, zo strany človeka je dokonalý život imanentnej Trojice neuskutočniteľný a ťažko pochopiteľný. Avšak je potrebné znova zdôrazniť, že Boh je ten, ktorý koná ako prvý. Cesta, ktorou sa prechádza z transcendentného života Boha do viditeľného sveta je stvorenie. Tento krok učinil sám Boh hlavne kvôli človekovi.

Schematicky môžeme naznačiť podstatu Trojice takto:



stvorenie



²⁷ Porov. Ibidem, s. 14. Slovné spojenie „nad-jednota“ alebo „super-jednota“ nachádzame u Pseudo-Dionýza Areopagitu. Porov. PSEUDO - DIONÝSIOS AREOPAGITA. *De divinis nominibus* II. 4, PG 641a. In: ŠPIDLÍK, T. 2002. *Spiritualita kresťanského Východu*, Refugium Velehrad – Roma, Velehrad 2002, s. 70.

²⁸ RUPNIK, M. 2004. *Adam a jeho rěbro*, Refugium, Velehrad 2004, s. 7.

²⁹ Porov. ŠPIDLÍK, T. 2000. *My v Trojici*, Refugium Velehrad – Roma, Velehrad 2000, s. 56.

Človek

muž

vzťah

žena

Ak sa v našej práci venujeme sociálno – antropologickým východiskám v učení pápeža Františka, je nutné pripomenúť, že táto téma súvisí aj s tajomstvom Trojice. Ide o aktuálnu tému, pretože v podmienkach súčasnej kultúry sme svedkami redefinície základných pohľadov na človeka a jeho hodnoty. To sa týka aj ponímania muža a ženy a následne sa to premietá do antropologických, ale aj sociálnych východísk, ktoré prispievajú k podstatným kultúrnym zmenám.

Adam a Eva v ich manželskom a rodinnom živote v sebe nesú pečať života Trojice, lepšie povedané, stvorením ich Boh urobil účastníkmi na svojom živote. Genezis zdôrazňuje: „*Nato Boh povedal: "Urobme človeka na náš obraz a podľa našej podoby! Nech vládne nad rybami mora i nad vtáctvom neba i nad dobytkom a divou zverou a nad všetkými plazmi, čo sa plazia po zemi!" A stvoril Boh človeka na svoj obraz, na Boží obraz ho stvoril, muža a ženu ich stvoril.*“ (Gn 1,26-27). Na inom mieste je zdôraznená požiadavka spoločnej jednoty: „*Preto muž opustí svojho otca i svoju matku a prilipne k svojej manželke a budú jedným telom.*“ (Gn 2,24). V biblickej antropológii nachádzame význam rozdielnosti pohlavia človeka najmä v dvoch skutočnostiach:

- v ceste k naplneniu v láske
- v ceste k odovzdaniu života.

Pohlavnosť ako rozdielnosť k naplneniu v láske

Samotné slovo pohlavnosť sa v Biblii nenachádza, avšak na mnohých miestach sa zdôrazňuje odlišnosť pohlaví, aby sa zdôraznilo tajomstvo vzťahu muža a ženy. Pohlavnosť pred hriechom je vyňatá z každého pocitu hanby v pôvodnej integrite človeka (porov. Gn 2,25).³⁰

Cirkevní otcovia riešili otázku významu rozdielnosti pohlaví v súvislosti s Božím životom. Ján Zlatoústý³¹ pri otázke rozdielnosti pohlaví, vidí jasnú odpoveď v tom, že v rozdielnosti mal Boh zámer spojiť ľudí v manželstve na základe Božej lásky. Božia láska medzi osobami Trojice by mala byť láskou medzi manželmi.³² V týchto súvislostiach bude dobré pripomenúť použitie slova „láska“ v Biblii. V Biblii je používaných viacero výrazov, a to v rôznych významoch:

- φιλία philia - má vyhranený antropocentrický akcent. Používa sa napr. v zmysle bratskej či priateľskej lásky
- ἔρως eros - používa sa v spojení s náruživou a sebeckou láskou
- ἀγάπη agape - je používané najmä v novozákonných spisoch Biblie a označuje výnimočnú lásku Boha k človekovi, ale aj človeka voči Bohu. Nachádzame ju ako dispoziciu tých, ktorí prijali Kristovu lásku a stali sa znamením pre iných. Agapická

³⁰ Biblia hovorí o pohlavnom rozmere človeka aj po hriechu (porov. Gn 3,7) ako o problematickej skutočnosti, my sa však vzhľadom na tému našej práce zameriame na prvotný rozmer pohlavnosti človeka.

³¹ Gr. Ἰωάννης ο Χρυσόστομος, konštantínopolský arcibiskup, cirkevný Otec. Veľká osobnosť kresťanského Východu i celej Cirkvi. Vynikal ako kazateľ, kvôli tomu „Zlatoústý“. Z jeho diela poznáme stovky homílií k biblickým textom, taktiež 236 listov z vyhnanstva. Porov. ĎURICA, J. A KOL. 2015. *Stručný katolícky teologický slovník*, Dobrá Kniha, Trnava 2015, s. 10.

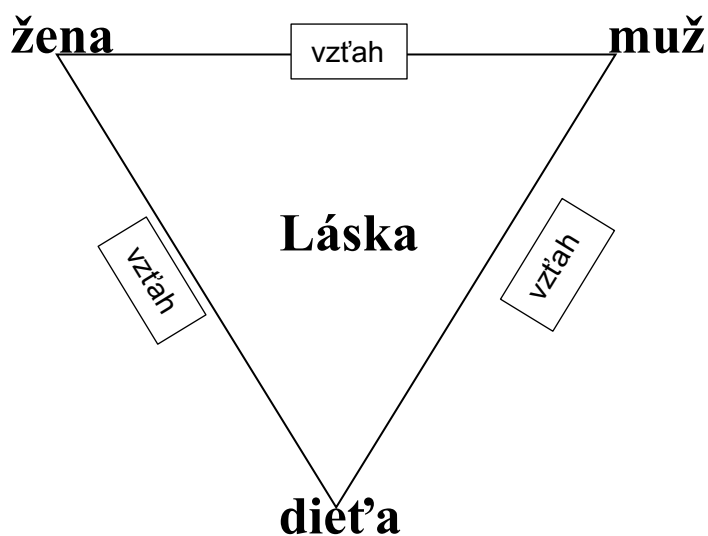
³² Porov. ŠPIDLÍK, T. 2000. *My v Trojici*, Refugium Velehrad – Roma, Velehrad 2000, s. 82.

láska patrí k základom kresťanskej viery a mravov. Zaujímavý je tiež fakt, že v NZ sa slovo eros nevyskytuje ani raz a v súvislosti s láskou sa výlučne používa slovo agape. Je zrejmé, že manželský život muža a ženy v súvislosti so stvorením na Boží obraz súvisí so životom v agapickej láske. „*Ak uvažujeme o láske, myslíme v skutočnosti na dynamickú a vzťahovú skutočnosť, na univerzálne objatie, ktoré zjednocuje všetko, čo existuje.*“³³ Podiel na agapickej láske bol teda daný Adamovi a Eve pri stvorení ako realita ich života. Po hriechu došlo k deformácii života v láske až do extrémnych rozmerov. Návrat agapickej lásky v plnosti zdôrazníme v súvislosti s Novým Adamom.

Pohlavnosť v jej kreatívnom rozmere

Nemožno zabudnúť na význam diverzity pohlavia v súvislosti vzniku nového života. Ak by bola vnímaná pohlavnosť na základe skúmania rozdielnosti muža a ženy ako indivíduí, vznikli by závery zbavené života. Aj tu má vychádzať reflexia rozdielnosti muža a ženy z Trojice, ktorá odovzdala život pri stvorení mužovi a žene.

Patristická exegéza vidí v rodine život Trojice. V Najsvätejšej Trojici pochádza tretia osoba zo vzťahu medzi dvomi osobami. Tento princíp bol vložený aj do manželského života muža a ženy. Človek je teda nie len dialogické stvorenie, ale je schopný na základe lásky život aj plodiť a rodiť, teda odovzdávať. Božie slová požehnania „*plodte sa a množte...*“, v sebe nesú životodarnú moc, ktorú človek nemôže odvolať (porov. Gn 27,27-40).³⁴ Tak možno rodinu naznačiť ako trojicu na zemi v podobnej schéme, akou sme naznačili Najsvätejšiu Trojicu.



Dnes sme svedkami diskusie o rozdielnosti pohlaví bez adekvátneho pohľadu na muža a ženu v ich integrite. Nie je možné jednoducho povedať, že byť mužom či ženou je vecou čisto fyzickou. Rozdielnosť pohlavia je ontologickou skutočnosťou, ide teda o spôsob bytia, ktorým je každý človek označený. Každá čiastočka, či už fyzická, psychická, ale aj duchovná, ľudskej osoby, v sebe nesie pohlavnú prirodzenosť, je charakterizovaná pohlavím.³⁵ Celý ich spoločný život v rozdielnosti pohlaví má však prameň v Stvoriteľovi, aby muž a žena našli šťastie v agapickej láske a v novom živote.

³³ RUPNIK, M. 2004. *Adam a jeho rěbro*, Refugium, Velehrad 2004, s. 13.

³⁴ Porov. DUBOVSKÝ, P A KOL. 2008. *Genezis. Komentáre k Starému Zákonu. I. zväzok*, Dobrá kniha, Trnava 2008, s. 69.

³⁵ Porov. RUPNIK, M. 2004. *Adam a jeho rěbro*, Refugium, Velehrad 2004, s. 8.

Človek v spoločnosti

K originalite človeka, ktorý v sebe nesie pečať Božieho života, patrí jeho schopnosť urobiť „ex stasis“, teda schopnosť vyjsť zo seba, prekročiť hranice svojej osoby. To sa uskutočňuje na základe rôznych sociálnych väzieb, ktoré človek vytvára s inými ľuďmi. Z biblického hľadiska sa spoločenský rozmer človeka nachádza v súvislosti:

- s manželstvom
- s rodinou
- s ľuďmi
- s pokolením
- s bratstvom
- so spoločenstvom.

Manželstvu v zámere Stvoriteľa, na základe tajomstva Trojice a diverzity pohlavia človeka sme sa venovali v predošlej časti. Ďalší z aspektov je, že manželstvo súvisí aj so súhlasom sociálnej skupiny, kde sa manželia nachádzajú. Smilstvo a cudzoložstvo, ktoré neboli v zámere Stvoriteľa, Biblia ako možné sociálne väzby nepripúšťa.

V SZ rozprávania o Adamovi a Eve zdôrazňuje monogamiu. Z textu je jasné, že pre Adama stvoril Stvoriteľ jednu ženu (porov. *Gn* 2,22). Napriek tomu sa vyskytuje v SZ aj polygamia od doby Lamecha³⁶ (porov. *Gn* 4,19). Keďže sa používajú mená dvoch Lamechových žien, čo nie je vo zvyku, naznačuje, že Lamech si zvolil množstvo podobne ako sa honobí majetok. Na iných miestach nachádzame fakt, že polygamia spôsobuje ťažkosti a vedie k hriechu. Tak je to u Abraháma³⁷ (porov. *Gn* 11), u Gedeóna³⁸ (porov. *Sdc* 8,29 – 9,57); u Dávida³⁹ (*2 Sam* 11 a 13), aj u Šalamúna⁴⁰ (porov. *1 Kr* 11,1-8).⁴¹ Tiež platí, že vzhľadom k orientálnym zvykom okolitých národov sú Izraeliti pred polygamiou varovaní (porov. *Dt* 17,17). Pri týchto formách manželstva je teda citeľné napätie medzi uskutočňovaním prvotného zámeru Stvoriteľa s človekom a konštrukciami človeka, ktoré tiež vyjadrujú istý druh sociálnych väzieb, aj keď značne problematický. Stále sa však nachádzame v sociálnom rozmere života človeka.

Rodina ako výraz v dnešnom ponímaní sa v SZ nevyskytuje. Najbližší termín k nášmu chápaniu rodiny je hebr. בית bayit - dom, ktorý bol pôvodne používaný v zmysle malej skupiny ľudí žijúcich pod jednou strechou (porov. *Ex* 12,4), ale aj väčšej skupiny ľudí v zmysle izraelského ľudu (porov. *Iz* 5,7) a neskôr aj vo význame obydlia (porov. *Ž* 68,6). Najbližší ekvivalent k termínu rodina nachádzame v hebrejskom slove בית אב bet ab - otcovský dom. V každom prípade sa v termínoch blízkych dnešnému pojmu rodiny zohľadňuje predok, ktorý stojí na vrchole pomyselného kužeľa, ktorého základňu tvoria potomkovia, členovia rodiny, či

³⁶ Lamech figuruje v rodokmeni staršieho Adamovho syna Kaina.

³⁷ Abrahám. Starozákonná postava, prvý z praotcov Izraela. Pochádzal z Mezopotámie, do popredia vystupuje jeho skalopevná viera. Porov. HERIBAN, J. 1998. *Príručný lexikón biblických vied*, Vydavateľstvo Don Bosco, Bratislava 1998, s. 166.

³⁸ Gedeon. Veľký sudca v dejinách Izraela počas obdobia veľkého vplyvu pohanských náboženstiev na Izrael. Dožil sa vysokého veku, charakterizovala ho hlboká viera a vernosť presvedčeniu Izraelitov. Porov. ĎURICA, J. A KOL. 2015. *Stručný katolícky teologický slovník*, Dobrá kniha, Trnava 2015, s. 302.

³⁹ Dávid. Jedna z najvýznamnejších postáv SZ. Pomazaný prorokom Samuelom za druhého izraelského kráľa. Je považovaný za zjednotiteľa izraelských kmeňov a zakladateľa izraelskej veľríše. Porov. Ibidem, s. 197.

⁴⁰ Šalamún. Dávidov syn z Betsabe. Jeden z najslávnejších Izraelských kráľov, známy tiež svojou múdrosťou a chápatým srdcom, tiež aj kraľovaním bez vojen. Staviteľ Jeruzalemského chrámu. Porov. Ibidem, s. 903.

⁴¹ Porov. DOUGLAS, D. J. 2017. *Nový biblický slovník*, Návrat Domů, Praha 2017, s. 580.

už žijúci, alebo aj mŕtvi.⁴² Podstatným prvkom bola súdržnosť rodiny, ktorá vyplývala zo spoločnej krvi alebo pôvodu, zdieľania spoločného obydlia a zákonné zväzky podľa zvykov a prijatých noriem. Po období kočovníckeho spôsobu života sa zosilnila tendencia delenia rodín. V SZ však ostáva rodina dominantnou sociálnou skupinou, kde spoločné záujmy členov domácnosti, čeľade či kmeňa vytvárajú vnútornú jednotu, pričom na čele stojí jeden vodca. Tieto modely society prinášali istoty vo forme ochrany každého člena skupiny, preukazovanie určitých služieb každému členovi skupiny, či právo na manželstvo s vdovou po príbuznom (porov. *Rt* 2,20; 3,12). Medzi práva člena society patrilo tiež vykúpenie príbuzného, ktorý bol predaný do otroctva.⁴³

Lud sa spája s hebr. לֵאמֹם leh om - ľud. Používa sa aj vo význame: Rasa alebo etnická skupina (porov. *Gn* 25,23) ďalej tiež v zmysle Izraelského ľudu (porov. *Iz* 51,4). V Septuaginte sa používa ekvivalent λαός laos - ľud. Je použitý aj v metaforických obrazoch, ako napríklad spoločný život mravcov vo význame spolupatričnosti a prosociálneho správania (porov. *Prís* 30,25). Spoločným menovateľom použitia slov vo význame ľudu je vyjadrenie spolupatričnosti k väčšej skupine ľudí.⁴⁴

Pokolenie sa uvádza v súvislosti s plodením a odovzdávaním nového života budúcemu potomstvu. K biblickému významu tohto slova patrí aj solidarita medzi jednotlivými súčasnými členmi pokolenia, ktorou sú jednotliví členovia spojení. Prvotný význam však v sebe obsahuje aj historickú pamäť na predkov. Hebrejské slovo תּוֹלֶדוֹת toledoth - generácia alebo potomstvo, sa užíva v súvislosti s rodokmeňmi, genealógiou (porov. *Gn* 5,1; 11,10; *I Krn* 1-9). Pokolenie tak vyjadruje solidaritu tých, ktorí prichádzajú z istej rodiny alebo rodu, majú spoločný pôvod alebo vetvu rodokmeňa.⁴⁵ V konečnom význame termín pokolenie vyzdvihuje solidaritu ľudí v požehnaní alebo hriechu, a to od Adama po Krista až do konca vekov.

Prínos pre jednotlivca, ktorý je súčasťou pokolenia, spočíva v požehnaní a prisľúbeniach daných Bohom jeho predkom. Práve tieto pokolenia v sebe nesú realizáciu spásy. Preto sa Boh ospevuje pre jeho veľkolepé skutky a diela (prov. *Ž* 145, 4). V SZ však nachádzame aj silný akcent na poblúdenie pokolenia s negatívnymi následkami (porov. *Dt* 32,5), v čom je vidieť silný ľudský faktor konania v slobode, ktoré mnohokrát končí neočakávanou skazou v živote človeka.

Bratstvo hebr. פִּילָדֶלְפִיָּה, gr. φιλαδελφία filadelfia. V SZ sa používa výlučne v zmysle spoločného pôvodu (porov. *I Mach* 12,10.17). V podobnom zmysle sa užívajú aj výrazy ako „brat“, „bližný“, „izraelský súkmeňovec“ (porov. *Lv* 19,17n). Sociálny a spirituálny rozmer bratstva vystihuje definícia: „*Ludská osoba potrebuje spoločenský život. Ten nie je pre ňu niečím pridaným, ale je to požiadavka jej prirodzenosti. Človek rozvíja svoje schopnosti stykom s inými, vzájomnými službami a dialógom s bratmi a sestrami; tak odpovedá na svoje povolanie. Všetci ľudia sú povolaní k tomu istému cieľu, ktorým je sám Boh. Jestvuje istá*

⁴² Porov. Ibidem, s. 869.

⁴³ Porov. Ibidem, s. 870.

⁴⁴ Porov. Ibidem, s. 554.

⁴⁵ Porov. DUFOUR-LÉON, X. DUPLACY, J. A SPOL. 1990. *Slovník biblickej teológie*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb 1990, s. 909.

*podobnosť medzi jednotou božských osôb a bratstvom, ktoré majú ľudia utvárať medzi sebou v pravde a láske. Láska k blížnemu je neoddeliteľná od lásky k Bohu.*⁴⁶

Spoločenstvo gr. κοινωνία koinonia. Termín sa dá spájať s hebr. חֶבֶר chabar - zjednotenie, byť v spoločenstve. Koinonia v sebe nesie nové sociálne – spirituálne rozmery. Termínom sa v NZ označuje spoločenstvo postavené na nových vzťahoch, vyplývajúcich z jednoty tých, ktorí vstúpili do života v Kristovi (porov. *1 Kor* 10,16). K jeho výnimočnosti patrilo aj spoločné užívanie hmotných statkov, čo bolo výrazom kresťanskej lásky (porov. *2 Pt* 1,3-4).

Vysvetlením termínov použitých v Písme spojených s človekom v spoločenskom rozmere bolo ukázané, že človek je predstavovaný v jeho sociálnych väzbách na rôznych úrovniach. Človek je predstavovaný omnoho viac v spoločenskom ako individuálnom rozmere. Spomínané aspekty vyjadruje Katechizmus slovami: „*Boh stvoril všetko pre človeka a človek sa stal pôvodcom a cieľom všetkého ekonomického a sociálneho života.*“ (KKC 2459).

Záver

V našom príspevku sme priblížili človeka v Biblii. Ako sme mohli vidieť, jeho výnimočnosť a originalita vychádza zo zjavenia Boha, ktorý napriek svojej transcencii vyvíja konkrétnu iniciatívu voči človekovi. To sa udialo v stvorení človeka, ale aj v neustálej starostlivosti o neho. Podstatu človeka sme mohli spoznať v súvislosti podstaty Božieho života, ktorý žije v Trojici na základe diverzity osôb, avšak v dokonalej jednote agapickej lásky. Práve tento spôsob trojičného života v Biblii neoddeliteľne súvisí s človekom Adamom, ktorý v sebe má ontologickú pečať obrazu a podoby Boha. Používané antropologické termíny v súvislosti so stvorením človeka, používanie mena prvého človeka a rôzne antropomorfizmy jasne poukazujú na dialogický rozmer Boha a človeka, ktorý je postavený na osobe a schopnosti vstúpiť do vzťahu. Sociálny rozmer človeka sme priblížili pohľadom na nenaplnenosť individua Adama, ktorý sa stal človekom v plnosti po tom, čo mu Boh stvoril Evu. Zmysel rozdielnosti pohlavia muža a ženy sa v perspektíve biblickej antropológie ukázal v prijatí agapickej lásky ako daru Trojice. Kreatívny rozmer pohlavnosti sa taktiež prejavil ako obraz trojičného života v podmienkach stvoreného sveta pre človeka vo forme manželstva a rodiny. Nakoniec je dobré zdôrazniť slová pápeža Františka, ktorý na základe svojich sociálno – antropologických východísk hovorí o nenahraditeľnej hodnote každého človeka slovami, že človek: „*Nie je len niečím, ale niekým. Je schopný sa poznávať, byť pánom seba samého, slobodne sa dávať a vstupovať do spoločenstva s inými osobami.*“⁴⁷

⁴⁶ ĎURICA, J. A KOL. 2015. *Stručný katolícky teologický slovník*, Dobrá Kniha, Trnava 2015, s. 147.

⁴⁷ Porov. FRANTIŠEK, 2015. *Laudato si'*, Encyklika sv. otca Františka o starostlivosti o náš spoločný domov, 24. máj 2015. [online]. [citované 2025-03-12]. Dostupné na internete: <https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/encyklika-laudato-si>, čl. 65.

Literatúra

PRAMENE

1. Sväté Písmo

Sväté písmo. Starého i Nového zákona, Spolok svätého Vojtecha, Trnava 2004.

ISBN 80-7162-448-9

Katechizmus katolíckej cirkvi, Spolok svätého Vojtecha, Trnava 1998. ISBN 80-162-253-2

Encyklika

FRANTIŠEK, 2015. *Laudato si'*, Encyklika sv. otca Františka o starostlivosti o náš spoločný domov, 24. máj 2015. [online]. [citované 2025-03-12]. Dostupné na internete:

<https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/encyklika-laudato-si>

BIBLICKÉ SLOVNÍKY

DOUGLAS, D. J. *Nový biblický slovník*, Návrat Domů, Praha 2017. ISBN 978-80-7255-393-8

DUFOUR-LÉON, X. DUPLACY, J. A SPOL. *Slovník biblickej teológie*, Krščanska sadašnjost, Zagreb 1990. Bez ISBN

HERIBAN, J. *Príručný lexikón biblických vied*, Don Bosco, Bratislava 1998. ISBN 80-99933-07-2

Knihy/Monografie

AUGÉ, M. 1999. *Antropologie současných světů*, Atlantis, Brno 1999. ISBN 80-72081-54-3

DUBOVSKÝ, P A KOL. 2008. *Genezis. Komentáre k Starému Zákonu. I. zväzok*, Dobrá kniha, Trnava 2008. ISBN 978-80-7141-626-5

ĐURICA, J. A KOL. 2015. *Stručný katolícky teologický slovník*, Dobrá kniha, Trnava 2015. ISBN 978-80-7141-955-6

PÁPEŽ FRANTIŠEK. 2021. *Boh a svet po pandémie. Rozhovor s Domenicom Agassom*, Fortuna Libri, Bratislava 2021. ISBN 978-80-573-0177-6

PIETROSILLO, P. 1998. *Křesťanství od A po Z*, Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 1998. ISBN 80-7192-365-6

RUPNIK, M. 2004. *Adam a jeho rěbro*, Refugium, Velehrad 2004. ISBN 80-86715-20-5

ŠPIDLÍK, T. *My v Trojici*, Refugium, Velehrad 2000. ISBN 80-86045-53-6

ŠPIDLÍK, T. A KOL. *Spiritualita formácia a kultúra*, Refugium, Velehrad 1995. ISBN 80-901957-1-7.

ŠPIDLÍK, T. *Spiritualita křesťanského Východu. Systematická příručka*, Refugium, Olomouc 2002. ISBN 80-86045-84-6

TORNIELLI, A. 2013. *Jorge Mario Bergolio. František, Pápež chudobných*, Ikar, Bratislava 2013. ISBN 978-80-551-3532-8

SÚČASNÉ PRÍSTUPY A LEGISLATÍVNY RÁMEC RODINNEJ POLITIKY NA SLOVENSKU A V EURÓPSKEJ ÚNII

CURRENT APPROACHES AND LEGISLATIVE FRAMEWORK OF FAMILY POLICY IN SLOVAKIA AND THE EUROPEAN UNION

Sigetová Diana¹

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o., doktorand*

E-mail: ddanel@web.de

Školiteľ/scientific adviser: Dr. h. c. prof. ThDr. Peter VANSÁČ, PhD.

Abstrakt

Rodinná politika predstavuje kľúčový prvok sociálnej politiky, ktorý priamo ovplyvňuje kvalitu života rodín a jednotlivcov. Tento príspevok sa venuje teoretickému popisu súčasných prístupov a legislatívneho rámca rodinnej politiky v Slovenskej republike a v Európskej únii. Na úrovni Slovenska je rodinná politika definovaná prostredníctvom príslušných zákonov a nariadení, ktoré sa zameriavajú na podporu rodinného prostredia, zosúladienie pracovného a súkromného života a ochranu rodinných hodnôt. V rámci Európskej únie je rodinná politika rámcovaná jednotnými smernicami a nariadeniami, ktoré umožňujú harmonizáciu prístupov medzi členskými štátmi. Tento jednotný prístup zabezpečuje rovnaké príležitosti a podmienky pre rodiny v rôznych regiónoch a podporuje koordináciu medzi národnými legislatívnymi systémami. Príspevok zdôrazňuje význam tejto koordinácie a jednotnosti legislatívnych princípov, ktoré tvoria základ pre efektívnu podporu rodín a zvyšovanie kvality ich života. Cieľom príspevku je poskytnúť ucelený prehľad o platnom legislatívnom rámci, modeloch rodinnej politiky a budúcich perspektívach, čím sa vytvára teoretický základ pre ďalšie diskusie o prípadných reformách v tejto oblasti.

Kľúčové slová

Rodinná politika. Súčasný modely. Legislatívny rámec. Slovenská republika. Európska únia.

Abstrakt

Family policy is a key element of social policy that directly affects the quality of life of families and individuals. This paper is devoted to a theoretical description of the current approaches and legislative framework of family policy in the Slovak Republic and the European Union. At the Slovak level, family policy is defined through relevant laws and regulations that focus on the promotion of the family environment, reconciliation of work and private life and protection of family values. Within the European Union, family policy is framed by uniform directives and regulations, which allow for harmonisation of approaches between Member States. This uniform approach ensures equal opportunities and conditions for families in different regions and promotes coordination between national legislative systems. The paper highlights the importance of this coordination and the uniformity of legislative principles, which form the basis for effective support for families and improving their quality of life. The aim of the paper is to provide a comprehensive overview of the current legislative framework, family policy

models and future perspectives, thus providing a theoretical basis for further discussions on possible reforms in this area.

Keywords

Family Policy. Contemporary models. Legislative framework. Slovak Republic. European Union.

Úvod

Rodinná politika predstavuje jeden zo základných pilierov sociálnej politiky, ktorý priamo ovplyvňuje kvalitu života rodín, individuálnu pohodu, zdravý vývoj nezaopatrených detí a celkovú sociálnu stabilitu v spoločnosti. Rodinnú politiku možno chápať aj ako súhrn opatrení, ktoré štát zavádza na podporu rodín, najmä zabezpečovaním hmotnej pomoci prostredníctvom rôznych dávok a podpory. Je všeobecne známe, že rodina tvorí základnú jednotku a stavebný kameň spoločnosti. „*Rodina je najuniverzálnejšou formou, v ktorej ľudia prežijú svoj život*“ (Stanek, 2011, s. 220). Podľa Tománka (2019, s. 21) ju možno charakterizovať aj ako „*primárnu, neformálnu a intímnu sociálnu skupinu a základnú spoločenskú jednotku*“ (In Tamášová, 2007, s. 12), alebo laicky, ako malú spoločenskú skupinu, založenú z dvoch dospelých členov opačného pohlavia a ich potomkov (In Prevendárová, 1998, s. 11). Podľa Mátel, Hardy, a kol., (2013, s. 97) sa rodina definuje ako „*Spojovací článok, medzi dieťaťom a spoločnosťou, v ktorej sa zo všetkých spoločenských skupín najintenzívnejšie realizuje symbióza telesného, duševného a spoločenského vývoja. Rodina je základnou sociálnou skupinou, kde sa dieťa dostáva do sociálnych vzťahov a v rámci ktorej sa stáva sociálnou bytosťou.*“ Na základe prezentovaných definícií možno konštatovať, že rodina predstavuje kľúčový sociálny subsystém s nezastupiteľnou funkciou pri formovaní osobnosti jednotlivca, ako aj pri stabilizácii a reprodukcii spoločenského poriadku. Tradične bola rodina vnímaná ako stabilná, konzistentná a nemenná inštitúcia, ktorá – na rozdiel od dynamicky sa meniaceho verejného priestoru – poskytovala svojim členom ochranu, stabilitu a istotu. Jej vnútorná štruktúra, organizačné usporiadanie a hodnotový rámec boli vnímané ako trvalé a odolné voči vonkajším vplyvom. V súčasnosti je však integrita a stabilita rodinného systému významne narušovaná pôsobením viacerých externých faktorov, ktoré menia jej funkčné aj štrukturálne charakteristiky (Popovičová, Horvátová, 2019).

Vychádzajúc z uvedeného máme za to, že v dnešnej dynamicky sa meniacej spoločnosti, v rámci ktorej narastajú demografické zmeny, ekonomické výzvy a potreba zosúladenia pracovného a rodinného života, je žiadúce operovať v efektívnom a dobre nastavenom legislatívnom rámci, ktorý reflektuje aktuálne potreby obyvateľstva. Zároveň máme za to, že téma je mimoriadne aktuálna, nakoľko rodinná politika zohráva významnú úlohu v podpore sociálnej inklúzie a v budovaní stabilného spoločenského prostredia, a to nielen na národnej úrovni, ale aj v rámci Európskej únie. Dobre fungujúca rodina je zároveň základom pre zdravý vývoj detí a ich úspešné začlenenie sa do spoločnosti, pretože zohráva rozhodujúcu úlohu pri formovaní detskej identity a socializácii. Nielenže si deti osvojujú základné hodnoty, ktoré poznajú zo svojej rodiny, ale zároveň rodina napomáha budovaniu vlastného ja a zabezpečuje harmonický emocionálny aj sociálny vývoj. Kvalitná výchova a starostlivosť poskytovaná v rodinnom prostredí uľahčujú úspešné začlenenie jedinca do spoločnosti a zároveň modelujú predstavu o fungovaní celej spoločnosti a o interpersonálnych väzbách medzi jej členmi.

Empirické štúdie potvrdzujú, že pri stabilnej rodinnej štruktúre a adekvátne nastavených vzťahových väzbách má dieťa vyššie predpoklady na to, aby sa efektívne adaptovalo na sociálne prostredie nielen počas dospievania, ale aj v dospelosti.

Našou motiváciou pre spracovanie tejto témy je potreba analyzovať a prezentovať súčasné teoretické prístupy k rodinnej politike a zároveň poukázať na význam legislatívneho rámca, ktorý je základom pre tvorbu a implementáciu politických opatrení v prospech rodín. Na Slovensku, ako aj v celej Európskej únii, sa neustále objavujú nové výzvy a potreby, ktoré vyžadujú neustály odborný dohľad a v prípade potreby aktualizáciu právnych predpisov. Práve preto je dôležité pochopiť, akým spôsobom existujúce legislatívne normy ovplyvňujú každodenný život rodín a ako môžu prispieť k ich sociálnej a ekonomickej stabilite.

Cieľom nášho príspevku je poskytnúť ucelený prehľad o súčasných prístupoch a legislatívnom rámci rodinnej politiky na Slovensku a v Európskej únii. Zameriavame sa na popis a analýzu základných právnych predpisov, smerníc a princípov, ktoré tvoria základ pre tvorbu rodinnej politiky. Ide o teoretické zmapovanie právneho rámca a jeho významu pre podporu rodín. Príspevok taktiež reflektuje význam harmonizácie národných legislatívnych opatrení s európskymi smernicami, ktoré zabezpečujú jednotný prístup k rodinnej politike naprieč jej členskými štátmi.

V rámci príspevku rozoberáme jednotlivé aspekty legislatívneho rámca, ktorý formuje podmienky pre fungovanie rodinnej politiky, pričom sa opierame o overené zdroje a aktuálne znenia právnych predpisov dostupných na oficiálnych portáloch a v príslušnej literatúre. Diskutujeme, ako tieto legislatívne opatrenia prispievajú k dosiahnutiu cieľov, ako sú podpora rodinnej solidarity, zosúladenie pracovného a súkromného života a ochrana spoločenských a rodinných hodnôt. Zároveň diskutujeme o aktuálnych výzvach rodín a o perspektívach budúceho vývoja s ohľadom na zaužívané teoretické modely rodinnej politiky.

Príspevok má slúžiť pre rozvoj ďalšej diskusie v danej téme o možnostiach zlepšenia a modernizácie rodinnej politiky, a tým prispieť k lepšiemu pochopeniu a efektívnejšiemu riešeniu sociálnych výziev v našej spoločnosti.

Definícia a význam rodinnej politiky

Rodinná politika predstavuje špecifickú zložku sociálnej politiky, ktorá sa sústreďuje na zlepšovanie životných podmienok rodín, pričom zvláštny dôraz kladie na nezaopatrené deti.

Základným cieľom sociálnej politiky je zabezpečenie a rozvoj hospodárskych, kultúrnych a sociálnych práv jednotlivcov, čo prispieva k celkovému zvýšeniu kvality života občanov. Naproti tomu rodinná politika sa zameriava na podporu a rozvoj rodinného prostredia, ktoré tvorí základnú jednotku spoločnosti a ovplyvňuje formovanie osobnosti jednotlivca.

Pri analýze dostupnej odbornej literatúry je možné nájsť množstvo definícií rodinnej politiky, avšak pri príprave tohto príspevku sme dospeli k záveru, že snaha o jednoznačné vymedzenie rodinnej politiky, ako konkrétnej činnosti je problematická. Tománek (2019, s. 316) definuje rodinnú politiku nasledovne: *„Rodinná politika ako súčasť sociálnej politiky vytvára určité zázemie a istoty pre fungovanie rodiny, ako základnej spoločenskej jednotky každej spoločnosti. Funkcie rodiny by mali byť zabezpečované zo strany štátu a zo strany legislatívnych opatrení“*. Lampert (1998, s. 342), nemecký odborník v oblasti sociálnej politiky, vychádza z nasledujúcej definície rodinnej politiky: *„Rodinná politika zahŕňa súbor opatrení a nástrojov, prostredníctvom ktorých nositelia tejto politiky sledujú cieľ chrániť a podporovať rodinu ako inštitúciu, ktorá plní pre spoločnosť nepostrádateľné funkcie.“*

Z predmetnej definície rodinnej politiky možno chápať aj to, že „*pod rodinnou politikou chápeme vedomé a plánovité, cieľavedomé a politickou mocou podporené pôsobenie nositeľov verejnej zodpovednosti na štruktúru a funkcie rodinných životných spoločností, na základe hodnotových rozhodnutí.*“ (Lenczová In Bakošová, 2013, s. 287).

Štát využíva rodinnú politiku ako prostriedok na zlepšenie sociálnych a finančných podmienok rodín, prevažne prostredníctvom poskytovania jednorazových či opakovaných sociálnych dávok. V európskom kontexte je možné identifikovať dva modely rodinnej politiky – jeden, ktorý sa zameriava na podporu rodiny ako celku, a druhý, orientovaný na individuálne práva a potreby jej členov. V Slovenskej republike však dominuje prístup, ktorý kladie dôraz na rodinu ako celistvú jednotku. Dôležitosť rodinnej politiky spočíva v zabezpečení jej funkčných aspektov, v udržiavaní kvality, v podpore, v stabilite a v dosahovaní primeranej ekonomickej samostatnosti. Tieto tvrdenia potvrdzuje skutočnosť, že konkrétne prejavy rodinnej politiky sa vykonávajú formou finančnej podpory rodín s deťmi, ktorá napomáha znížiť náklady spojené s výchovou detí, a tiež cez opatrenia zamerané na podporu nefunkčných a dysfunkčných rodín, ako aj rodín s problémovými členmi. Zároveň je ale nutné spomenúť, že moderná rodinná politika sa zaoberá rodinnými spoločnosťami v rôznych formách, kde je potrebné vychádzať z čo možno najširšieho chápania rodiny. Z uvedeného je možné usúdiť, že rodinná politika teda zabezpečuje podporu jednotlivých funkcií rodiny v celej šírke a teda nielen hlavnú socializačnú funkciu, ale aj ostatné funkcie rodiny, ako je zabezpečovanie náhrady generácií. (Lenczová In Bakošová, 2013, s. 288).). Podľa Kenderešovej (2017) je základné hodnotové jadro každej spoločnosti formované práve v rodinách, v základných bunkách spoločnosti. Rodina a vzdelanie sú významným strategickým komponentom, bez ktorého sa nezaobíde žiaden zdravý hospodársky život a kultúrny rozvoj civilizovanej krajiny.

Zároveň je možné stotožniť sa s názorom, podľa ktorého je rodina nevyhnutnou súčasťou pre rozvoj osobnosti jednotlivca, ale aj pre rozvoj spoločnosti a právneho poriadku. Týmto sa inštitúcia rodiny dostáva do popredia trhovej spoločnosti a podáva rozhodujúci príspevok pre rozvoj ľudského kapitálu. Máme za to, že práve toto tvrdenie podporuje najvyšší význam rodiny a zároveň je dôvodom politického záujmu o posilnenie a podporu rodiny, a to prostredníctvom realizovania rodinnej politiky.

Legislatívny rámec rodinnej politiky v Slovenskej republike

Ako už sme uviedli obsahom predchádzajúceho textu tohto príspevku, rodinná politika na Slovensku sa realizuje predovšetkým prostredníctvom dávok a príspevkov, ktoré predstavujú nástroj štátnej intervencie na podporu rodín a zabezpečenie ich sociálno-ekonomickej stability. Ich cieľom je poskytnúť adekvátnu pomoc v období tradičných rodinných udalostí, ako je tehotenstvo, narodenie dieťaťa alebo obdobie materskej a rodičovskej starostlivosti.

Tento legislatívny rámec je definovaný množstvom právnych predpisov, ktoré stanovujú podmienky a spôsoby poskytovania pomoci a podpory. Máme za to, že na základe dostupných informácií a legislatívnych noriem možno rodinnú politiku neoficiálne rozdeliť na dve kategórie: primárnu rodinnú politiku a sekundárne opatrenia, ktoré možno využiť najmä v špecifických prípadoch.

Primárna rodinná politika pozostáva z finančnej podpory rodín realizovanej prostredníctvom dávok a príspevkov, ktoré sú navrhnuté tak, aby pokryli široké spektrum potrieb rodín v rôznych životných situáciách a prispeli k zabezpečeniu ich stability a rozvoja. Sekundárne opatrenia dopĺňajú primárne nástroje. Tieto opatrenia je možné chápať ako ciele intervencie v

prípadoch, keď rodiny čelia špecifickým problémom alebo zvýšeným nákladom na starostlivosť napríklad pri dieťati so zdravotným postihnutím. Je avšak nutné uviesť, že sekundárne opatrenia nie sú cielené len na rodiny, ale na širšiu zložku spoločnosti. Máme avšak za to, že prispievajú aj k celkovej komplexnosti a efektívnosti rodinnej politiky.

V praxi teda rodinná politika na Slovensku predstavuje viacúrovňový systém, kde sú dávky a príspevky primárnym prostriedkom štátnej podpory rodín, pričom sekundárne opatrenia zabezpečujú ďalšie služby a pomoc v mimoriadnych a špecifických situáciách. Tento prístup zaručuje, že štát nielen reaguje na bežné potreby rodín, ale dokáže efektívne zasiahnuť aj v prípadoch, kedy sú potrebné špecializované služby a individuálne prispôsobené riešenia.

Ako už bolo uvedené, primárna rodinná politika je orientovaná na zabezpečenie základných potrieb rodín prostredníctvom pravidelného poskytovania dávok a príspevkov. Medzi najdôležitejšie nástroje patria:

➤ **Tehotenská dávka**

Podľa § 47a-47c zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení ide o nemocenskú dávku určenú výhradne pre tehotné ženy. Táto dávka sa vypláca od začiatku 27. týždňa pred očakávaným dňom pôrodu až do ukončenia tehotenstva, čím štát zabezpečuje finančnú podporu v období, kedy je príjem matky významne ohrozený.

➤ **Príspevok na dieťa**

V zmysle § 12 zákona č. 36/2007 Z. z. o rodine poskytuje tento príspevok finančnú podporu rodičom na zabezpečenie výchovy a výživy dieťaťa. Jeho účelom je zmierniť ekonomické náklady spojené s výchovou a rozvojom dieťaťa.

➤ **Prídavok na dieťa**

Podľa § 3 zákona č. 600/2003 Z. z. o prídavku na dieťa ide o pravidelnú mesačnú dávku, ktorá pomáha rodinám doplniť rozpočet na pokrytie základných potrieb detí. Táto dávka slúži ako stabilný finančný príspevok, ktorý podporuje ekonomickú bezpečnosť rodín.

➤ **Materská dávka**

Vyplácaná podľa § 10 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, táto dávka zabezpečuje príjem počas materskej dovolenky. Finančná podpora umožňuje matkám prejsť obdobím dočasného odstúpenia z pracovného pomeru bez výrazného zníženia životnej úrovne.

➤ **Rodičovský príspevok**

Podľa § 7 zákona č. 571/2009 Z. z. o rodičovskom príspevku a o zmene a doplnení niektorých zákonov poskytuje tento príspevok finančnú podporu rodičom počas obdobia, kedy sa osobne starajú o dieťa. Jeho účelom je zmierniť stratu príjmu vyplývajúcu z dočasného odstúpenia z pracovného pomeru, čím štát podporuje rodiny v období intenzívnej starostlivosti.

➤ **Príspevok na starostlivosť o dieťa**

Podľa § 4 zákonom č. 561/2008 Z. z. o príspevku na starostlivosť o dieťa a o zmene a doplnení niektorých zákonov je stanovená podpora určená pre rodičov alebo opatrovateľov, ktorí sa osobne starajú o dieťa. Tento príspevok pomáha pokryť dodatočné náklady spojené so zabezpečením primeranej starostlivosti.

- **Príspevok pri narodení dieťaťa**
Podľa § 2 zákona č. 383/2013 Z. z. o príspevku pri narodení dieťaťa a príspevku na viac súčasne narodených detí a o zmene a doplnení niektorých zákonov ide o jednorazovú finančnú pomoc, ktorá sa vypláca pri narodení dieťaťa. Tento príspevok má za úlohu pokryť počiatočné výdavky spojené s príchodom nového člena rodiny.
- **Príspevok na viac súčasne narodených detí**
Tiež podľa § 2 zákona č. 383/2013 Z. z. o príspevku pri narodení dieťaťa a príspevku na viac súčasne narodených detí a o zmene a doplnení niektorých zákonov sa poskytuje zvýšená podpora rodinám, kde sa narodia dve alebo viaceré deti naraz. Tento príspevok reflektuje zvýšené ekonomické náklady spojené s výchovou viacerých detí súčasne.
- **Dávky na náhradnú starostlivosť o dieťa**
Podľa § 3 zákona č. 627/2005 Z. z. o príspevkoch na podporu náhradnej starostlivosti o dieťa ide o finančnú pomoc určenú rodinám, v ktorých dieťa nie je zabezpečené starostlivosťou zo strany rodičov, ale je umiestnené do náhradnej starostlivosti. Cieľom tejto dávky je zabezpečiť primeranú podporu výchovy a starostlivosti aj v prípadoch, keď tradičná rodinná starostlivosť nie je možná.
- **Príspevok na nezaopatrené dieťa**
Podľa § 13 zákona č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov poskytuje tento príspevok pomoc na pokrytie základných potrieb dieťaťa, ktoré nie je inak zabezpečené. Ide o opatrenie zamerané na rodiny, kde sú zdroje na zabezpečenie výchovy a výživy dieťaťa obmedzené.

Zároveň, ako už bolo uvedené obsahom tejto kapitoly vyššie, okrem primárnych dávok existuje aj rad sekundárnych opatrení, ktoré môžu rodiny využiť v špecifických prípadoch a slúžia na posilnenie podpory rodín v náročnejších situáciách. Medzi tieto opatrenia patria:

- **Opatrovateľská služba**
Podľa § 16 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách zabezpečuje táto služba osobnú starostlivosť a asistenciu pre osoby so zdravotným postihnutím alebo starších ľudí, ktorí nie sú schopní sa o seba postarať. Je obzvlášť dôležitá pre rodiny, kde je dieťa s telesným postihnutím alebo kde sú prítomné iné špecifické potreby starostlivosti.
- **Sociálne poradenstvo**
Na základe § 18 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách poskytuje toto opatrenie konzultačné a poradenské služby. Môže ho využiť jednotliviec alebo aj rodiny pri riešení sociálnych problémov. Môžu sa informovať o dostupných formách podpory a prispieť k zlepšeniu kvality života.
- **Denná sociálna služba**
Podľa § 20 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách je zameraná na poskytovanie podpory počas dňa. Umožňuje osobám, ktoré potrebujú pomoc, zostať vo svojom domácom prostredí, pričom získavajú potrebnú sociálnu starostlivosť a účasť na aktivitách v rámci denného centra. Taktiež ho môžu využiť aj rodiny v špecifických životných situáciách.

- **Krízové sociálne služby**
Definované podľa § 22 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách Tieto služby sú navrhnuté na poskytnutie okamžitej pomoci v mimoriadnych situáciách a krízach. Sú zamerané na rýchlu a adresnú podporu rodín počas ťažkých životných období alebo núdzových situácií.
- **Služby sociálnej rehabilitácie**
Podľa § 24 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách sa tieto služby zameriavajú na podporu zlepšenia funkčných schopností osôb, posilnenie ich samostatnosti a reintegráciu do spoločnosti. Ich cieľom je prispieť k lepšej sociálnej a ekonomickej situácii rodín, ktoré sa ocitli v náročných podmienkach. Môžu byť prospešné aj pre rodiny v prípade, ak je jeden z členov vytvárajúci ekonomický príjem rodiny odkázaný na rehabilitáciu po predchádzajúcom prekonaní ochorenia alebo pracovného úrazu.
- **Príspevok na dieťa so zdravotným postihnutím**
Podľa § 12 zákona č. 36/2007 Z. z. o rodine poskytuje tento príspevok dodatočnú finančnú podporu rodinám, kde je dieťa so zdravotným postihnutím. Jeho cieľom je pokryť zvýšené náklady spojené s výchovou a starostlivosťou o dieťa, ktoré vyžaduje špecifické opatrenia.
- **Príspevok na starostlivosť o dieťa so zdravotným postihnutím**
V zmysle § 4 zákona č. 561/2008 Z. z. o príspevku na starostlivosť o dieťa a o zmene a doplnení niektorých zákonov je táto forma podpory určená pre rodiny, ktoré zabezpečujú osobnú starostlivosť o dieťa so zdravotným postihnutím, a slúži na pokrytie dodatočných nákladov spojených s potrebnou starostlivosťou a asistenciou.
- **Osobitná podpora a poradenstvo pre rodiny s dieťaťom so zdravotným postihnutím**
Na základe § 18 zákona č. 36/2007 Z. z. o rodine a príslušných nariadení Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny majú rodiny s dieťaťom so zdravotným postihnutím nárok nielen na finančnú podporu, ale aj na odborné poradenstvo, psychologickú pomoc a ďalšie služby, ktoré im pomáhajú riešiť špecifické problémy spojené s touto situáciou.

Legislatívny rámec rodinnej politiky v Európskej únii

V širšom kontexte by sa dalo povedať, že medzinárodné štandardy sociálnej ochrany zamerané na rodinu v Európskej únii a nariadenia s tým súvisiace, spolu s inými záväznými dokumentmi, majú základ vo Všeobecnej deklarácie ľudských práv (1948) a v medzinárodných paktoch a dohovoroch. Za najzásadnejšie dokumenty v tejto oblasti je mimo Všeobecnej deklarácie ľudských práv možné označiť najmä Dohovor o právach dieťaťa a Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (1966), konkrétne Článok 10, ods. č. 1, 2 a 3: *„Najširšia možná ochrana a pomoc by sa mala poskytnúť rodine, ktorá je prirodzenou a základnou jednotkou spoločnosti, najmä na jej založenie a počas, keď zodpovedá za starostlivosť a výchovu maloletých detí. Manželstvo sa musí uzavrieť na základe slobodného súhlasu snúbencov.“*

„Osobitná ochrana by sa mala poskytovať matkám v priebehu primeraného obdobia pred narodením a po narodení dieťaťa. Počas tohto obdobia by sa pracujúcim matkám mala

poskytnúť platená dovolenka alebo dovolenka so zodpovedajúcimi požitkami zo sociálneho zabezpečenia. “

„Osobitné opatrenia by sa mali robiť na ochranu a pomoc všetkým deťom a mládeži bez akejkoľvek diskriminácie na základe rodinného pôvodu alebo iných podmienok. Deti a mládež by sa mali ochraňovať pred hospodárskym a sociálnym vykorisťovaním. Ich zamestnávanie prácou, ktorá by škodila ich morálke alebo zdraviu alebo by bola nebezpečná ich životu alebo by mohla brzdiť ich normálny vývoj, by sa mali trestať podľa zákona. Štáty by mali tiež určiť vekovú hranicu, pod ktorou by detská námedzná práca mala byť zakázaná a trestaná podľa zákona. “

Na úrovni Európskej únie existuje množstvo odborných dokumentov a legislatívnych úprav zameraných na podporu rodiny a výchovu detí. Vzhľadom na ich rozsah a množstvo sme sa v rámci obsahu tohto príspevku zamerali na najvýznamnejšie legislatívne opatrenia a činnosti Európskej únie, vytvorené v aktuálnom období s čo najnovším dátumom.

Zároveň je na úvod nutné objasniť vzťah medzi legislatívou tvorenou na úrovni Európskej únie a jej priameho vplyvu na legislatívu tvorenú v jednotlivých členských štátoch, v našom prípade v Slovenskej republike.

Legislatíva Európskej únie je založená na zásade subsidiarity, ktorá určuje, že v oblastiach, ktoré nepatria do výlučnej právomoci Európskej únie, by sa rozhodnutia mali prijímať čo najbližšie k občanom. To znamená, že Európska únia koná len vtedy, ak ciele navrhovanej činnosti nemôžu byť dostatočne dosiahnuté na úrovni členských štátov, ale môžu byť lepšie realizované na úrovni Únie. Táto zásada je úzko prepojená so zásadou proporcionality, ktorá vyžaduje, aby akékoľvek opatrenia Európskej únie neprekračovali rámec toho, čo je nevyhnutné na dosiahnutie cieľov z platných zmlúv. Spoločne tieto princípy zabezpečujú, že kompetencie sú rozdelené medzi Európskou úniou a členské štáty efektívne a primerane. Pokiaľ ide o legislatívne akty Európskej únie, smernice sú nástrojom, ktorý vyžaduje transpozíciu do vnútroštátneho práva členských štátov. Smernica stanovuje ciele, ktoré majú byť dosiahnuté, avšak ponecháva na jednotlivých štátoch voľbu formy a metód ich implementácie. Členské štáty sú povinné prijať potrebné právne predpisy na dosiahnutie týchto cieľov v stanovenej lehote a informovať o tom Európsku komisiu. Naproti tomu nariadenia Európskej únie majú priamy účinok, čo znamená, že sú záväzné v celom rozsahu a priamo uplatniteľné vo všetkých členských štátoch od dátumu ich nadobudnutia účinnosti. Členské štáty nemusia prijímať žiadne vnútroštátne opatrenia na ich implementáciu. Ak členský štát neimplementuje smernicu správne alebo včas, Európska komisia môže začať konanie o porušení povinnosti proti tomuto štátu. V prípade, že Súdny dvor Európskej únie potvrdí porušenie, môže byť členskému štátu uložená povinnosť prijať nápravné opatrenia a v niektorých prípadoch aj finančné sankcie. Máme za to, že takto nastavený legislatívny proces zabezpečuje, že rozhodnutia prijaté na úrovni Európskej únie sú efektívne implementované v členských štátoch, pričom sa rešpektuje rozdelenie právomocí a zohľadňuje sa efektívnosť a blízkosť rozhodovania k občanom. (Európska komisia, 2016).

Medzi najvýznamnejšie a najaktuálnejšie legislatívne úpravy Európskej únie v oblasti rodiny je možné zaradiť Smernicu Európskeho parlamentu a Rady Európy s označením (EÚ) 2019/1158, prijatú 20. júna 2019, o rovnováhe medzi pracovným a súkromným životom rodičov a osôb s opatrovateľskými povinnosťami. (Úradný vestník Európskej únie, 2019). Smernica, ako už jej názov napovedá, sa zameriava na zabezpečenie rovnováhy medzi pracovným a súkromným

životom rodičov a osôb s opatrovateľskými povinnosťami. Stanovuje minimálne požiadavky na otcovskú, rodičovskú a opatrovateľskú dovolenku a umožňuje flexibilné formy organizácie práce s ohľadom na potreby rodiny, ako základnej bunky európskej spoločnosti. Jej hlavným cieľom je podpora zamestnanosti žien, rovnomernejšie rozdelenie opatrovateľských povinností medzi mužov a ženy, zníženie rodových rozdielov v odmeňovaní a celkové zlepšenie rodinného blaha. Inými slovami, zlepšuje pracovné podmienky rodičov a opatrovateľov, čím má pozitívny dopad na rodiny s deťmi, keďže im poskytuje viac možností zosúladiť pracovné a rodinné povinnosti. Implementácia smernice v Slovenskej republike si vyžiadala novelizáciu Zákonníka práce a ďalších súvisiacich zákonov. Napríklad, od 1. novembra 2022 bola do Zákonníka práce zavedená možnosť čerpania otcovskej dovolenky v trvaní 14 kalendárnych dní počas prvých šiestich týždňov od narodenia dieťaťa. Počas tejto dovolenky má otec nárok na materské dávky vyplácané Sociálnou poisťovňou. Okrem toho, novela Zákonníka práce posilnila práva zamestnancov na flexibilné formy práce, čo umožňuje lepšie zosúladenie pracovných a rodinných povinností. Tieto opatrenia prispievajú k rovnomernejšiemu rozdeleniu opatrovateľských povinností medzi mužov a ženy a podporujú vyššiu účasť žien na trhu práce. Celkovo je možné uviesť, že smernica predstavuje významný krok smerom k modernizácii pracovného a rodinného práva v Európskej únii, s dôrazom na rodovú rovnosť a podporu rodín v ich každodennom živote.

Za ďalší významný dokument v oblasti legislatívy Európskej únie zameranej na podporu a ochranu rodín je možné považovať Akčný plán EÚ pre ľudské práva a demokraciu na roky 2020 – 2024 (Európska komisia, 2020). Akčný plán predstavuje významný prínos pre rodiny v Európskej únii tým, že sa zameriava na ochranu a podporu základných práv a slobôd, ktoré priamo ovplyvňujú kvalitu rodinného života. Plán kladie dôraz na posilnenie práv detí, rodovú rovnosť a boj proti diskriminácii. Máme za to, že ide o podstatné aspekty pre harmonický rozvoj rodín. Jedným z popredných cieľov akčného plánu je zabezpečiť, aby všetky deti v Európskej únii vyrastali v prostredí bez násilia, zneužívania a zanedbávania, čo zahŕňa opatrenia na prevenciu násilia, podporu obetí a prispôsobenie justičných systémov potrebám detí, čím sa posilňuje ochrana najzraniteľnejších členov rodiny. Akčný plán taktiež podporuje rodovú rovnosť tým, že sa zameriava na odstránenie rodovo motivovaného násilia a diskriminácie. Týmto spôsobom prispieva k vytváraniu rovnakých príležitostí pre všetkých členov rodiny, čo je základom pre ich sociálny a ekonomický rozvoj. Okrem uvedeného plán zdôrazňuje význam podpory duševného zdravia a celkového blaha detí, čo má priamy vplyv na kvalitu rodinného života. Máme za to, že investícia do ochrany detí a predchádzania násiliu zo strany Európskej únie je možné považovať za strategickú investíciu do budúcnosti spoločnosti, ktorá so sebou prináša dlhodobé pozitívne výsledky pre rodiny aj širšiu komunitu. Sumárne je možné vyjadriť, že akčný plán predstavuje komplexný rámec opatrení, ktoré posilňujú ochranu a podporu rodín v Európskej únii prostredníctvom presadzovania základných práv, rovnosti a spravodlivosti.

Za ďalší významný legislatívny dokument v oblasti ochrany rodiny a najmä v oblasti ochrany práv detí na úrovni Európskej únie je možné považovať Stratégiu EÚ v oblasti práv dieťaťa (Európska komisia, 2021). Prijatá bola Európskou komisiou dňa 24. marca 2021. Tento komplexný politický rámec bol vypracovaný na základe rozsiahlych konzultácií s občanmi, zainteresovanými stranami a s viac ako 10 000 deťmi, čo zabezpečilo, že stratégia reflektuje skutočné potreby a názory detí v Európskej únii. Táto stratégia predstavuje komplexný rámec,

ktorý spája existujúce a nové legislatívne, politické a finančné nástroje Európskej únie na zabezpečenie dodržiavania práv detí. Stratégia sa zameriava na šesť hlavných oblastí:

- Účasť na politickom a demokratickom živote: Podpora aktívneho zapojenia detí do rozhodovacích procesov, ktoré ich ovplyvňujú.
- Sociálno-ekonomické začlenenie, zdravie a vzdelávanie: Zabezpečenie rovnakých príležitostí pre všetky deti prostredníctvom prístupu k vzdelaniu, zdravotnej starostlivosti a sociálnym službám.
- Boj proti násiliu páchanému na deťoch a zabezpečenie ochrany detí: Implementácia opatrení na prevenciu a riešenie všetkých foriem násilia voči deťom.
- Súdnictvo zohľadňujúce potreby detí: Prispôsobenie justičných systémov tak, aby boli priateľské k deťom a rešpektovali ich práva.
- Digitálna a informačná spoločnosť: Ochrana detí v online prostredí a podpora ich digitálnych zručností.
- Globálny rozmer – podpora, ochrana a posilnenie postavenia detí na celom svete: Posilnenie medzinárodnej spolupráce v oblasti práv detí.

Súčasťou tejto iniciatívy je aj Európska záruka pre deti, ktorá sa zameriava na predchádzanie sociálnemu vylúčeniu detí v núdzi tým, že im zaručuje prístup k základným službám, ako sú vzdelávanie, zdravotná starostlivosť, kvalitná výživa a primerané bývanie.

Európske právo v oblasti ochrany rodiny predstavuje rozsiahly a komplexný súbor legislatívnych opatrení, politík a stratégií, ktoré sa zameriavajú na rôzne aspekty rodinného života. Ako už bolo uvedené, tento právny rámec zahŕňa široké spektrum tém, ktoré vzhľadom na objem a komplexnosť európskej legislatívy v tejto oblasti nie je možné detailne pokryť v rámci jedného príspevku. Napriek tomu, poskytnutý prehľad kľúčových legislatívnych opatrení a stratégií Európskej únie ponúka prehľadný obraz o prístupe Únie k ochrane a podpore rodín ako aj k ochrane a podpore maloletých detí. V danom kontexte je možné uviesť, že Európska únia sa prostredníctvom svojich inštitúcií a členských štátov neustále snaží o vytváranie a implementáciu politík a legislatívy, ktoré reflektujú na meniace sa potreby rodín a spoločnosti. Tento dynamický prístup má snahu o vytvorenie aktuálneho a efektívneho legislatívneho rámca Európskej únie v oblasti rodinnej politiky, čím sa snaží prispievať k zlepšeniu kvality života rodín naprieč všetkými členskými štátmi.

Teoretické prístupy a modely rodinnej politiky

Súčasná rodinná politika sa nielen snaží zabezpečiť materiálnu a sociálnu podporu rodín, ale zároveň reflektuje na meniace sa spoločenské hodnoty, demografické trendy a ekonomické výzvy. V teoretickej rovine možno rodinnú politiku chápať ako multidimenzionálnu oblasť, ktorá sa opiera o rôzne modely. Tieto modelové prístupy nám slúžia pre lepšie pochopenie sociálneho nastavenia spoločnosti. V oblasti rodinnej politiky je možné podľa Donatiho (2003, 2012) rozlišovať nasledovné modely, ktoré majú svoje korene v dedičstve 20. storočia. Systémová klasifikácia je založená na troch kľúčových parametroch: základnom princípe, spôsobe definovania rodiny a použitom regulačnom kritériu, pričom sa zohľadňujú aj praktické výsledky, pozitívne a negatívne dôsledky. Ide o tri ideologicky odlišné modelové prístupy rodinnej politiky:

- Liberálny model

Tento model kladie dôraz na slobodu jednotlivca a ochranu jeho súkromia. Rodina je v tomto modeli chápaná ako zmluvná inštitúcia, v ktorej sa jednotlivci dobrovoľne spájajú a ktorú riadia

individuálne preferencie, pričom trhové mechanizmy (súkromné vlastníctvo a zmluvné vzťahy) zohrávajú rozhodujúcu úlohu. Medzi jeho pozitívne stránky patrí podpora voľby a autonómie pri tvorbe a manažmente rodinných vzťahov. Na druhej strane, model môže viesť k nadmernej individualizácii, čo prispieva k fragmentácii sociálnej siete a k oslabeniu vzájomných sociálnych väzieb.

➤ Kategoriaálny (kolektívny) model

V tomto modeli je ústrednou hodnotou kolektívna solidarita, ktorá je organizovaná prostredníctvom zamestnaneckých a sociálnych kategórií. Rodina sa definuje ako sociálna inštitúcia, ktorá vychádza z komplementarity medzi pohlaviami a princípu generačnej subsidiarity, pričom jej ochranu zabezpečuje systém sociálneho zabezpečenia – najmä v kontexte pracovného trhu. Medzi jeho prednosti patrí verejná podpora rodinnej solidarity, avšak model môže trpieť nedostatkom rovnosti medzi rodmi a generáciami, čo vedie k obmedzeným príležitostiam pre všetky zúčastnené skupiny. Celkovo sa v rámci tohto prístupu rodina stáva oporným pilierom štátu, pričom princíp subsidiarity je oslabovaný.

➤ Socialistický model

Socialistický model zdôrazňuje rovnosť ako základný princíp. Rodina je v tomto modeli chápaná ako domácnosť a pridelovanie zdrojov pre rodinné potreby prebieha prostredníctvom politického príkazu. Takýmto spôsobom dochádza k redistribúcii zdrojov smerom k slabším skupinám, čo predstavuje jeho pozitívnu stránku. Avšak, tento model môže viesť k vytváraniu chudobnej pasce a strate tradičných sociálnych väzieb, keďže centralizovaný prístup môže oslabiť spontánne formované a afektívne väzby medzi jednotlivcami v rodine.

Celkovo Donati (2003, 2012) poukazuje na to, že každý z týchto prístupov má svoje výhody aj nevýhody, a že úspešná rodinná politika by mala zohľadniť potrebu vyváženia individuálnych práv, kolektívnej solidarity a rovnosti, pričom by mala byť prispôsobená špecifickým sociálnym a ekonomickým podmienkam danej spoločnosti.

Výzvy a perspektívy budúceho vývoja

Mnohí autori sa zhodujú v myšlienke, že budúci vývoj rodinnej politiky predstavuje komplexnú výzvu pre štát, ktorý musí reagovať na dynamické zmeny v demografickom, ekonomickom, technologickom a kultúrnom prostredí, a to v kontexte klesajúcej pôrodnosti, starnutia populácie a rastúcej sociálnej nerovnosti. (Giddens In Fula, 2013).

Majú za to, že súčasná rodinná politika, ktorá má svoje korene v tradičných modeloch 20. storočia, čelí potrebe prehodnotiť svoje princípy a mechanizmy podpory, aby sa zabezpečila nielen materiálna stabilita rodín, ale aj ich sociálna a kultúrna inklúzia. Ekonomická nestabilita a meniace sa podmienky na trhu práce vyvolávajú tlak na flexibilizáciu finančných nástrojov, pričom digitalizácia a moderné technológie otvárajú nové možnosti pre efektívnejšiu administratívu a prístup k sociálnym dávкам. Podľa odborných autorov je perspektívou budúceho vývoja integrácia interdisciplinárnych prístupov, kde sa spájajú liberálny model založený na individuálnych právach a slobode, sociálno-demokratický model zdôrazňujúci kolektívnu solidaritu, konzervatívny model uprednostňujúci tradičné hodnoty a novodobý feministický prístup orientovaný na rodovú rovnosť. (Donati, 2003, 2012).

Predpokladajú, že táto integrácia by umožnila vybudovať adaptabilný systém podpory rodín, ktorý bude nielen reagovať na súčasné výzvy, ale tiež investovať do dlhodobej podpory rozvoja ľudského kapitálu prostredníctvom kvalitného vzdelávania, prístupnej zdravotnej starostlivosti a dostupného bývania.

Aj napriek prebiehajúcim štrukturálnym a kultúrnym transformáciám ostáva nezvratnou skutočnosťou, že rodina, chápaná ako komplexný vzájomný vzťah medzi pohlaviami a generáciami, nemá eticky porovnateľný ekvivalent ani funkčnú alternatívu, pretože jedinečná sociálna hodnota, ktorú rodina vytvára, sa nedá nahradiť ničím. Z tohto dôvodu je civilizačná budúcnosť globalizovanej spoločnosti úzko spätá s jej schopnosťou podporovať rodinu, ktorá predstavuje základnú bunku spoločnosti a základný zdroj ľudského, duchovného aj sociálneho kapitálu a zároveň formuje kultúru rodiny, ktorá spája osobné šťastie s verejným blahom spoločnosti. (Fula, 2011).

Rodina má nezameniteľnú úlohu aj pri otázke dlhodobej starostlivosti o členov rodiny. Tá sa obvyčajne poskytuje osobám s telesným alebo duševným postihnutím, starším osobám a ľuďom, ktorí potrebujú pomoc pri zvládaní svojho každodenného života. V rámci dlhodobej starostlivosti z pohľadu foriem rozlišujeme domácu a inštitucionálnu starostlivosť. Prvoradý význam dlhodobej starostlivosti spočíva v zachovaní dôstojnosti ľudskej osoby, ktorej hodnotu dal sám Boh, keď stvoril človeka na svoj obraz. Demografické východiská dlhodobej starostlivosti nám ukazujú súčasnú situáciu v rodinách, ale zároveň sú podkladom pre zlepšenie tejto starostlivosti členov rodín do budúcnosti (Noga – Vansač, 2022).

Záver

Vyjadrenie legislatívneho rámca rodinnej politiky na Slovensku a parciálneho vyjadrenia legislatívneho rámca v Európskej únii v podobe aktuálne najvýznamnejších legislatívnych opatrení deklarovaných v rámci obsahu tohto príspevku poukazujú na neoddeliteľný vzťah medzi teoretickými konceptmi, legislatívnymi opatreniami a praktickou podporou rodín v meniacom sa spoločenskom a ekonomickom prostredí.

Na národnej úrovni Slovenskej republiky rodinná politika reflektuje potrebu ochrany rodinných hodnôt a podpory rodinných inštitúcií prostredníctvom systému dávok a príspevkov, ktoré zabezpečujú materiálnu stabilitu a podporu rodín. V rámci Európskej únie je legislatívny prístup harmonizovaný prostredníctvom jednotných smerníc a nariadení, ktoré umožňujú vytvoriť rovnaké podmienky pre rodiny vo všetkých členských štátoch a zabezpečujú koordináciu právnych opatrení na podporu rodinného prostredia.

Legislatívne opatrenia zohrávajú zásadnú úlohu pri dosahovaní cieľov rodinnej politiky tým, že vytvárajú formálny rámec, ktorý štátu umožňuje systematicky podporovať rodiny a zabezpečovať rovnováhu medzi pracovným a súkromným životom. Legislatíva tiež stanovuje normy na ochranu spoločenských a rodinných hodnôt tým, že garantuje rovnosť príležitostí, ochranu práv detí a podporu rodinných inštitúcií, čím prispieva k stabilite a udržateľnému rozvoju spoločnosti. Na základe uvedeného je možné uviesť, že tieto opatrenia poskytujú právny a fiškálny základ, ktorý umožňuje efektívnu implementáciu rodinnej politiky.

Záverom príspevku je taktiež možné uviesť, rodinná politika je zrkadlom hodnotových nastavení spoločnosti a jej prístup k nej odzrkadľuje, aký význam prikladáme rodine ako základnému stavebnému prvku spoločnosti. V Slovenskej republike sa dlhodobo pohybujeme na tenkej hranici medzi tradičnými očakávaniami a modernými výzvami. Na jednej strane je rodina podporovaná za strany štátu rôznymi príspevkami a dávkami, ktoré zmierňujú finančné zaťaženie rodičov, no na druhej strane je možné sledovať, že samotná finančná podpora nestačí na to, aby sa vytvorilo prostredie priaznivé pre rodičovstvo a výchovu detí. Vstupujeme do éry, v ktorej sa čoraz viac diskutuje o zosúladení pracovného a rodinného života na národnej úrovni

ako aj na úrovni Európskej únie, no skutočná podpora flexibility a rovnosti medzi rodičmi v praxi často naráža na tvrdú realitu pracovného trhu. Otcovia sú síce povzbudzovaní, aby sa viac zapájali do starostlivosti o deti, no v mnohých prípadoch je ich rodičovská dovolenka len symbolickým právom, ktoré si nemôžu reálne dovoliť využiť. Na druhej strane, ženy neustále čelia dileme medzi kariérou a materstvom, pričom systém im len málokedy poskytuje reálnu možnosť slobodného rozhodnutia bez ekonomických a sociálnych dôsledkov. Ak chceme hovoriť o budúcnosti rodinnej politiky, musíme sa pýtať, či je naším cieľom len ekonomická stabilizácia rodín, alebo chceme vytvoriť kultúru, v ktorej je rodinný život naozaj kompatibilný s profesijnými ambíciami a individuálnym rozvojom. Máme za to, že kým budeme vnímať rodinu ako entitu, ktorú je potrebné iba finančne dotovať, a nie ako dynamický systém, ktorý si vyžaduje celospoločenské pochopenie a podporu, ostane rodinná politika len formálnou kategóriou, ktorej skutočný dosah na kvalitu života rodín bude obmedzený. Na základe uvedeného máme za to, že budúcnosť rodinnej politiky nespočíva iba v lepších dávkach či legislatívnych úpravách, ale v celkovej kultúrnej zmene, ktorá umožní, aby sa rodičia necítili nútení voľiť medzi prácou a rodinou, ale aby mohli tieto dve sféry života harmonicky prepojiť. Úvahy vyjadrené obsahom tohto príspevku, opierajúce sa o názory rôznych autorov a súčasnú legislatívu, poskytujú teoretický rámec pre ďalšie diskusie v danej téme o prípadných reformách v oblasti rodinnej politiky.

Literatúra

DONATI, P. 2001. *Famiglia e pluralizzazione degli stili di vita: distinguere tra relazioni familiari e altre relazioni primarie*. In *Rodinná politika na Slovensku a v Európskej únii. Zborník z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2013. 92 – 93 s. ISBN 978–80–8132–084-2.

DONATI, P. 2003. Sociologia delle politiche familiari. In *Rodinná politika na Slovensku a v Európskej únii. Zborník z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2013. 94 s. ISBN 978–80–8132–084-2.

EURÓPSKA KOMISIA. 2016. *Implementácia právnych predpisov EÚ*. [online]. Zverejnené 2022-10-13. Dostupné na internete: https://commission.europa.eu/law/application-eu-law/implementing-eu-law_sk?utm_source=chatgpt.com

EURÓPSKA KOMISIA. 2020. *Akčný plán EÚ pre ľudské práva a demokraciu na roky 2020 – 2024 Spoločné oznámenie Európskemu parlamentu a Rade*. [online]. Zverejnené 2020-03-25. Dostupné na internete: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/HTML/?from=SV&uri=CELEX%3A52020JC0005&utm_source=chatgpt.com

EURÓPSKA ÚNIA. 2021. Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie. *Plán Európskej únie pre práva dieťaťa* [online]. Zverejnené 2021. Dostupné na internete: <https://op.europa.eu/webpub/just/eu-plan-for-children-rights-easy/sk/index.html>

FULA, M. 2011. Valorizácia sociálnej role rodiny. In HARDY, M., MÜHLPACHR, P., DUDÁŇOVÁ, T. (eds.) *Sociální patologie rodiny*. Brno: Institut mezioborových studií, 2011, s. 69-78. ISBN 978-80-87182-17-8.

FULA, M. 2013.

KENDEREŠOVÁ, E. 2017. Hodnota základných ľudských práv v kontexte vývoja dnešnej spoločnosti. In: *Vymožiteľnosť práva v kontexte vývoja spoločnosti - právne, historické a*

politologické východiská a problémy aplikačnej praxe : recenzovaný zborník vedeckých prác. 1. vyd. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafarika v Košiciach, 2017. ISBN 9788081524929, pp.185-193.

LAMPERT, H. 1998. *Lehrbuch der Sozialpolitik*. Berlín: Springer. 324 s.

LENCZOVÁ, T. 1998. *Štát v službách rodiny*. In BAKOŠOVÁ, Z. 2013. *Terminologický výkladový slovník zo sociálnej pedagogiky*. I. vydanie. Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoda. 499. ISBN 978-80-8105-514-0

MÁTEL, A. – HARDY, M. a kol. 2013. *Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce II*. I. vydanie. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 505 s. ISBN 978-80-8132-074-3.

NOGA, V. – VANSÁČ, P. 2022. *Demografické východiská dlhodobej starostlivosti*. In *Sociálne vedy z perspektívy mladých vedeckých pracovníkov VI*. Trnava : UCMFSV, 2022. ISBN 978-80-572-0236-3, s.67-75.

Oznámenie federálneho ministerstva zahraničných vecí č. 104/1991 Zb. o *Dohovore o právach dieťaťa zo 7. januára 1991*. In Slovenská zbierka zákonov.

POPOVIČOVÁ, M., - HORVÁTOVÁ, A. 2019. Alkoholizmus ako faktor deštrukcie rodiny. In Šuvada, J. - Tománek, P. 2019 (eds.). *SPAY Social Pathology Among Youth – Medzinárodný dialóg o aspektoch traumy a sociálnej patológie u detí, adolescentov a mladých dospelých* (Abstract book). Bratislava : St. Elisabeth University of Health and Social Work in Bratislava. s. 48-50. ISBN 978-80-8132-206-8.

PREVENDÁROVÁ, J. *Rodina s postihnutým dieťaťom*. In TOMÁNEK, P. *Fragmenty rodiny. Manželstvo a rodina v súdnej sieni*. I. vydanie. Brno: Tribun EU. 366 s. ISBN 978-80-263-1451-6.

TOMÁNEK, P. 2019. *Fragmenty rodiny. Manželstvo a rodina v súdnej sieni*. I. vydanie. Brno: Tribun EU. 366 s. ISBN 978-80-263-1451-6.

TAMÁŠOVÁ, V. 2007. *Vybrané otázky z edukácie v rodine, škole a dospelých*. In TOMÁNEK, P. *Fragmenty rodiny. Manželstvo a rodina v súdnej sieni*. I. vydanie. Brno: Tribun EU. 366 s. ISBN 978-80-263-1451-6.

Úradný vestník Európskej únie. 2019. *Smernica Európskeho parlamentu a Rady EÚ 2019/118 z 20. júna 2019*. Brusel. 15 s. L 188/79.

Ústava Slovenskej republiky. 1992. Zákon č. 460/1992 Zb. In Slovenská zbierka zákonov.

Vyhláška Ministerstva zahraničných vecí a európskych záležitostí SR č. 68/2013 Z. z. o *Opčnom protokole k Medzinárodnému paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach*. In Slovenská zbierka zákonov.

Zákon č. 600/2003 Z. z. o prídavku na dieťa a o zmene a doplnení zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení. In Slovenská zbierka zákonov.

Zákon 561/2008 Z. z. o príspevku na starostlivosť o dieťa a o zmene a doplnení niektorých zákonov. In Slovenská zbierka zákonov.

Zákon č. 627/2005 Z. z. o príspevkoch na podporu náhradnej starostlivosti o dieťa. In Slovenská zbierka zákonov.

Zákon 383/2013 Z. z. o príspevku pri narodení dieťaťa a príspevku na viac súčasne narodených detí a o zmene a doplnení niektorých zákonov. In Slovenská zbierka zákonov.

Zákon 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. In Slovenská zbierka zákonov.

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

Zákon č. 571/2009 Z. z. o rodičovskom príspevku a o zmene a doplnení niektorých zákonov. In Slovenská zbierka zákonov.

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení. In Slovenská zbierka zákonov.

Zákon č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce. In Slovenská zbierka zákonov.

ZACHOVÁ, A. 1998. *Všeobecná deklarácia ľudských práv*. Organizácia Spojených národov. Bratislava: Slovenské národné stredisko pre ľudské práva, s. 19. ISBN 80-967983-2-4.

PREVENCIA INTRAHOSPITÁLNYCH INFEKCIÍ

PREVENTION OF INTRAHOSPITAL INFECTIONS

Kovačev Jelena^{1,2}

¹*Institut za kardiovaskularne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica,*

²*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o., Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava Nové Zámky, doktorand*

E-mail: kottarac@hotmail.com

Školiteľ/scientific adviser: doc. PhDr. Tatijana Hrindová, PhD

Abstrakt

Nozokomiálne infekcie (NI) sú veľkým problémom na celom svete, pričom až 5–10 % všetkých hospitalizovaných pacientov získa takúto infekciu počas liečby. Čisté ruky sú najdôležitejším faktorom, ktorý môže znížiť počet NI. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) uznala tento problém a iniciovala vypracovanie Smerníc pre hygienu rúk (SOP) v zdravotníckych zariadeniach. Hygiena rúk je dôležitým, najjednoduchším a najhospodárnejším opatrením na zníženie NI. NI, alebo infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou predstavujú hrozbu pre bezpečnosť pacienta a zaťažujú systém zdravotnej starostlivosti, pretože zvyšujú úmrtnosť a chorobnosť, čím predlžujú pobyt pacientov v nemocnici a náklady na ich liečbu. Správna hygiena rúk si vyžaduje zabezpečenie určitých technických prostriedkov, ako sú umývadlá, tečúca voda, mydlo, uteráky a dezinfekčné prostriedky, ale je tiež potrebné, aby zdravotné sestry mali dostatočné znalosti a boli motivované tieto znalosti využívať pri správnej hygiene rúk. Potrebná je priebežná edukácia sestier o opatreniach na prevenciu nozokomiálnych infekcií a o dôležitosti správnej hygieny rúk. Mal by sa uskutočniť výskum hygieny rúk medzi sestrami a na základe získaných výsledkov by sa mali definovať opatrenia na zlepšenie hygieny rúk. Ruky sestier by mali poskytovať bezpečný dotyk, nemali by prenášať patogény nozokomiálnych infekcií

Kľúčové slová. Nozokomiálne infekcie. Oútrujúci. Umývanie rúk,. Smernice pre hygienu rúk.

Abstrakt

Nosocomial infections (NI) are a significant problem worldwide, with as many as 5-10% of all hospitalized patients acquiring such an infection during treatment. Clean hands are the most critical factor in reducing the number of NI. The World Health Organization recognized this problem and initiated the development of Guidelines for hand hygiene in healthcare institutions. Hand hygiene is essential, the easiest to implement and the most economical measure to reduce NI. Nosocomial infections, i.e., infections related to health care, represent a danger to patient safety, they burden the health system because they increase mortality and morbidity and thus prolong the patient's stay in the hospital and the costs of their treatment. For proper hand hygiene, specific technical means must be provided, such as sinks, running water, soap, towels and disinfectants. Still, nurses must also have sufficient knowledge and be motivated to use that knowledge in proper hand hygiene. It is necessary to continuously educate nurses about intrahospital infection prevention measures and the importance of appropriate hand hygiene.

Research on hand hygiene among nurses should be conducted and measures to improve hand hygiene should be defined based on the results obtained. Nurses' hands should provide a safe touch, not the causative agents of intrahospital infections.

Keywords. Nosocomial infections. Nurses. Hand washing. Hand hygiene guidelines.

Úvod

Nozokomiálne infekcie (NI) sú vždy horúcou témou v ošetrovatel'stve. NI sú jednou z hlavných príčin úmrtnosti hospitalizovaných pacientov, vedú k predlžovaniu hospitalizácie, zvyšujú chorobnosť a komplikácie ochorenia, spôsobujú pacientom zbytočné utrpenie a prispievajú k zvýšenému používaniu a zneužívaniu antimikrobiálnych liekov, čo vedie k rozvoju antimikrobiálnej rezistencie. To všetko vedie k zvýšeným nákladom na liečbu, a k zvýšeniu výdavkov v zdravotníctve. NI sú dnes veľmi veľkým problémom súčasnej medicíny a vo vyspelých krajinách sú oveľa dôležitejšie ako klasické infekčné choroby.

Jedným z indikátorov kvality ošetrovatel'stva je výskyt NI v zdravotníckych zariadeniach. Vzhľadom na to, že ošetrovanie je odbornou oblasťou práce sestier, ktoré počas vzdelávania získavajú poznatky o všeobecných a špecifických opatreniach na ochranu pred NI, je ich výskyt často pripisovaný práci sestier. Očakáva sa od nich, že budú mať dostatočné vedomosti a budú implementovať všetky preventívne opatrenia na prevenciu NI v zdravotníckych zariadeniach. NI v súčasnom zdravotníctve a organizácia nemocničnej liečby sa stávajú čoraz dôležitejším problémom. Ich počet, závažnosť, komplikácie sa neustále zvyšujú, často končia smrťou a výrazne zvyšujú náklady na liečbu hospitalizovaných pacientov. Možnosť ich vzniku existuje u všetkých hospitalizovaných pacientov a riziko je obzvlášť vysoké u pacientov liečených na jednotkách intenzívnej starostlivosti a chirurgických oddeleniach. Sú bežné aj na pediatrických oddeleniach, najmä medzi novorodencami a dojčatami. Zvlášť ohrozenou skupinou sú pacienti s oslabenou imunitou.

Jedným z opatrení, ktoré bránia vzniku NI, je správne umývanie rúk zdravotníckymi pracovníkmi. Na to, aby sa toto dôležité opatrenie mohlo pravidelne praktizovať, je potrebné zabezpečiť technické podmienky (umývadlo, tečúca teplá voda, mydlo, uteráky, dezinfekčný prostriedok), ale nevyhnutné sú aj znalosti o dôležitosti pravidelného a správneho umývania rúk. To sa zabezpečuje prostredníctvom štandardných operatívnych postupov (standard operative procedure-SOP), ktoré existujú prakticky na všetkých oddeleniach a týkajú sa vykonávania ošetrovatel'ských činností. Postupy môžu byť všeobecné a špecifické. Všeobecné označujú vykonávanie najbežnejších ošetrovatel'ských činností vrátane umývania rúk (Sabo et al., 2023). Okrem pravidelného umývania rúk, SOP sa vzťahujú aj na postupy vedúce k narušeniu hygieny rúk, ktoré sa môžu stať nosičom a živnou pôdou pre mikroorganizmy, ktoré môžu viesť k šíreniu infekcie medzi pacientmi a zamestnancami. Toto správanie zahŕňa používanie mobilných telefónov, zdieľanie počítačov a nosenie šperkov pri práci.

Nozokomiálne infekcie

Nemocničná (nozokomiálna, intranemocničná) infekcia (NI) je infekcia, ktorá sa vyskytuje u pacientov a zamestnancov v nemocnici alebo v inom zdravotníckom zariadení. NI je z aspektu epidemiologického dozoru definovaná ako lokálne alebo systémové ochorenie (stav) spôsobené nežiaducou reakciou organizmu na prítomnosť infekčného agensu (jedného alebo viacerých) alebo jeho toxínov, ktoré sa v čase prijatia do nemocnice alebo iného zdravotníckeho zariadenia

nevyskytovali a pacient nebol v inkubácii (Drandarevic, 2008). Infekcia sa považuje za nozokomiálnu:

- ak vznikla v nemocnici a prejavila sa najmenej 48 hodín (inkubačná doba pre väčšinu bakteriálnych nemocničných infekcií) po prijatí pacienta do nemocnice,
- ak sa zistí, že súvisí s chirurgickým zákrokom a prejaví sa do 30 dní po chirurgickom zákroku v prípade, že implantát nie je nainštalovaný, alebo do jedného roka, ak je implantát nainštalovaný
- ak k nej došlo u novorodenca v dôsledku prechodu pôrodnými cestami matky.

NI sú významným medicínskym a verejným zdravotným problémom aj v 21. storočí.

V súčasnosti v nemocniciach je veľký počet hospitalizovaných pacientov, vrátane zvyšujúceho sa počtu starších ľudí a ľudí s poruchami imunity, rastúci počet invazívnych diagnostických a terapeutických postupov a rastúce, časté a iracionálne používané antibiotickej terapie (Marković-Denić, 2018), čo všetko podporuje rozvoj NI.

Pacienti so zvýšeným rizikom vzniku NI sú pacienti podstupujúci chirurgický zákrok – chirurgickí pacienti, pacienti s problémami imunity, predčasne narodené deti, novorodenci a dojčatá, pacienti s popáleninami, všetci pacienti liečení na jednotkách intenzívnej starostlivosti, pacienti na hemodialýze a pacienti na infekčných oddeleniach, ktorí sa liečia na tento typ ochorenia (Dodig, 2015). Frekvencia a typy NI môžu závisieť od rôznych faktorov, ako je profil nemocnice, imunita samotných pacientov, úroveň hygieny v nemocniciach, zaškolenie personálu, existencia a realizácia postupov pri používaní antibiotík (bez ohľadu na to, či sa používajú na preventívne a liečebné účely). Tomić, Tomas, Sabo et al (2018) upozorňujú, že na jednotkách intenzívnej starostlivosti sa antibiotiká často používajú empiricky, pred získaním antibiogramu. Nie vždy sa pritom venuje pozornosť farmakodynamickým charakteristikám antibiotík, čo vo veľkej miere prispieva k vzniku rezistencie baktérií voči nim.

V súčasnosti je čoraz viac starších ľudí s rôznymi chronickými a zhubnými ochoreniami, ako aj s vrodenou či získanou imunitou voči infekciám. Títo jedinci absolvovali v nemocnici početné agresívne diagnostické (endoskopické vyšetrenia, katetrizácia) a terapeutické výkony (endovenózne katetre, intubácia, mechanická ventilácia, podávanie cytostatík a kortikosteroidov). Aby sa im zabezpečila primeraná starostlivosť, diagnostika a liečba, v nemocniciach boli zorganizované špeciálne jednotky intenzívnej starostlivosti. Ale tieto jednotky majú aj najvyššie využitie antibiotík, ktoré zapríčiniuje vysoký nárast rezistencie. Preto sa v týchto prostrediach často objavujú multirezistentné kmene, charakteristické pre dnešné infekčné ochorenia (Dodig, 2015). Jeden

V posledných desaťročiach pokrok v lekárskej vede a technológii viedol k zvýšeniu prežitia u predčasne narodených detí s veľmi nízkym gestačným vekom. Starostlivosť o túto populáciu si vyžaduje umiestnenie na pediatrických jednotkách intenzívnej starostlivosti, udržiavanie vitálnych funkcií pomocou umelej ventilácie a iných metód podpory života, ktoré podporujú alebo vedú k rozvoju NI. V dôsledku nezrelosti orgánov a orgánových systémov sú predčasne narodené deti vystavené väčšiemu riziku komplikácií, vrátane rozvoja NI. Okrem rizikových faktorov, akými sú gestačný vek, pôrodná hmotnosť, základné ochorenie, pohlavie a vývoj imunity, ovplyvňujú výskyt NI aj faktory, ktoré sú priamo pod kontrolou odborných lekárov. Rizikové faktory pre vznik NI, ktoré sú v príčinnej súvislosti s kontrolou zdravotníckeho personálu, sú: dĺžka hospitalizácie, realizácia diagnostických a terapeutických výkonov (umelá ventilácia, tracheotómia, zavedenie žilovej kanyly, viacnásobné vpichy do päty a vpichy,

parenterálna výživa, vysadenie orálnej výživy, dlhodobá expozícia močových ciest a ich katetrizácia, katetrizácia nemocničného personálu, drenáž zdravotného personálu a hygienické postupy a napokon užívanie antibiotík (Vukmanić, 2013).

Výskyt NI komplikuje priebeh a výsledok základného ochorenia (zvyšuje morbiditu a mortalitu), predlžuje čas liečby a výrazne zvyšuje materiálové náklady. Napríklad v SSA má NI ročne takmer 2 milióny pacientov, čo predlžuje ich hospitalizáciu v priemere o 5,3 dňa (Delić, 2018). Odhady sú, že na liečbu NI sa ročne minie 33 miliárd dolárov, pričom v tej istej krajine bola v roku 1992 cena okolo 4,5 miliardy a v roku 2007 to bolo 6,6 miliardy dolárov. Na základe meta analýzy predtým publikovaných štúdií v Spojených amerických štátoch sa dospelo k záveru, že náklady na liečbu 5 najbežnejších NI (infekcie krvného riečišťa súvisiace s centrálnym vaskulárnym katétrom, pneumónia spojená s ventilátorom, infekcie v mieste chirurgického zákroku, infekcie močových ciest spojené s močovými katétromi a hnačka spôsobená *Clostridium difficile*) sú až 9,8 miliardy dolárov ročne. Individuálne náklady na liečbu jedného pacienta, u ktorého sa počas hospitalizácie v USA objaví hnačka, sa pohybujú okolo 42 000 USD. V Európe sa náklady na liečbu jedného pacienta s NI pohybujú od 694 do 13 880 EUR a ročne sa na tento účel minie asi 5,5 miliardy EUR (Marković-Denić, 2013). Štavnická, Trnková (2021) sú toho názoru, že rizikám nozokomiálnej nákazy sú vystavení aj zdravotnícki pracovníci. Navrhujú používanie ochranných pracovných prostriedkov na vytvorenie fyzickej bariéry medzi zdravotníckym pracovníkom a prameňom nákazy. Cieľom by malo byť minimalizovať expozíciu, predísť prenosu a ďalšiemu šíreniu nákazy.

Hlavnou činnosťou v stratégii boja proti NI je zavedenie prísneho dohľadu nad týmto typom infekcie. Surveillance zahŕňa neustály výskum, zisťovanie a definovanie súčasného stavu a údajov o nemocničných ochoreniach. Hlavným cieľom supervízie je určite prevencia. Dôležitú úlohu v tomto postupe zohráva epidemiológ, ktorý koordinuje prácu sestier a ostatného personálu v zdravotníckom zariadení. Ich interakcie poskytujú informácie, ktoré prispievajú k detekcii infikovaných pacientov, ako aj k určeniu frekvencie a prevalencie BI. Dôležitou súčasťou tohto procesu je určenie faktorov, ktoré vedú k NI, ako aj hodnotenie účinnosti opatrení na ich predchádzanie a boj s ich následkami.

Pôvod, klasifikácia a pôvodcovia nemocničných infekcií

Podľa pôvodu môžu byť NI endogénne alebo exogénne. Endogénne infekcie spôsobuje u pacientov ich vlastná mikroflóra. Medzi riziko faktory faktory, ktoré uľahčujú rozvoj infekcií patria charakteristiky samotného pacienta, -vek malnutricia, imunokompetencia ako aj prítomnosť chronických a všetkých ostatných ochorení, pre ktoré bol hospitalizovaný, a predchádzajúca hospitalizácia, počas ktorej boli nasadené antibiotická a ieventuálne munosupresívna liečba. Exogénne infekcie vyvolávajú mikroorganizmy z nemocničného prostredia, ktoré sa nachádzajú na iných pacientoch, zdravotníckom personále, návštevníkoch, nemocničných priestoroch, lekárskech prístrojoch a zariadeniach. Medzi ekzogénne rizikové faktory najčastejšie patrí mechanická ventilácia, centrálny venózný katéter, močový katéter, drenáž rany, nazogastričná sonda, hemodialýza, invazívne diagnostické a terapeutické zákroky a opakované chirurgické zákroky (Delić, 2018).

Podľa anatomickej lokalizácie sú NI klasifikované do trinástich skupín: infekcie na mieste chirurgického zákroku, infekcie močových ciest, zápal pľúc, infekcie krvi, infekcie kostí a kĺbov, infekcie kardiovaskulárneho systému, infekcie centrálného nervového systému, infekcie očí, uší a nosa, infekcie tráviaceho systému, infekcie dýchacieho systému (okrem zápalu pľúc),

infekcie pohlavných orgánov, infekcie kože a mäkkých tkanív a systémové infekcie (Drndarević, 2008).

Takmer všetky mikroorganizmy môžu spôsobiť nemocničné infekcie: baktérie, vírusy, plesne a parazity. Typy baktérií, ktoré spôsobujú nemocničné infekcie, sa časom menili v závislosti od používania antibiotík a aplikácie nových diagnostických a terapeutických, často agresívnych postupov, ktoré vedú k narušeniu, prípadne léziám slizníc a kože. Dôležité charakteristiky baktérií, ktoré spôsobujú nozokomiálne infekcie, sú: antibiotická rezistencia, antibiotická závislosť a rezistencia na dezinfekčné prostriedky. Najčastejšími pôvodcami nozokomiálnych infekcií sú: gram-pozitívne baktérie (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus species*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* a *Clostridium difficile*) a gramnegatívne baktérie (*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Campobylscheactia spp* a *Legionella spp*).

Vznik nových vírusov, zmenená epidemiológia niektorých vírusových infekcií, vznik rezistencie na niektoré antivirotiká, zvýšený počet imunosuprimovaných pacientov a lepšia diagnostika prispeli k zvýšeniu počtu aj významu vírusových NI. Podľa niektorých štúdií sú vírusy zodpovedné za 1 – 5 % infekcií v chirurgickom a gynekologickom prostredí, 35 % v pediatrickom prostredí a 77 % v psychiatrickom prostredí (Delić, 2018) môže byť príčinou NI prakticky akýkoľvek vírus. Niektoré vírusy, ako napríklad vírus hepatitídy B alebo vírus hepatitídy C, sú rizikové pre zdravotnícky personál, iné, napríklad respiračný syncytiálny vírus a rotavírus, sú rizikové predovšetkým pre mladších pacientov, zatiaľ čo Cytomegalovírus, vírus varicella zoster a vírus Herpes simplex môžu spôsobiť závažné ochorenie u imunosuprimovaných pacientov.

Výskyt mykotických infekcií u hospitalizovaných pacientov v posledných rokoch výrazne narastá a najvýznamnejšími pôvodcami IBD sú *Candida albicans*, *Aspergillus*, *Candida krusei* a iné druhy non-albicans. Výskyt systémových mykóz sa pohybuje od 25 – 30 % v populácii pacientov po transplantácii orgánov a ľudí s leukémiou až po približne 5 % pacientov so solídnymi nádormi. Nozokomiálna kandidémia predstavuje 10 – 15 % septikémie vyskytujúcej sa v nemocničnom prostredí. Napriek liečbe sa mortalita pri systémových mykózach pohybuje od 6 % do 75 % (Delić, 2018).

Rôzne nemocničné oddelenia majú rôzne riziká pre rozvoj NI a vzhľadom na frekvenciu a závažnosť týchto infekcií sú rozdelené do troch kategórií:

1. Rizikové oddelenia sú jednotky intenzívnej starostlivosti, sterilné jednotky, novorodenecké jednotky intenzívnej starostlivosti, jednotky popálenín, transplantáčnej, kardiochirurgia, neurochirurgia, cievna chirurgia, ortopédia, traumatológia, hemodialýza a onkologické a hematologické oddelenie.
2. Stredne rizikové oddelenia sú všeobecná chirurgia, urológia, neonatológia, gynekologicko-pôrodnice, kožné a infekčné.
3. Nízkorizikové oddelenia sú interné, pediatrické, psychiatrické a geriatrické oddelenie (Delić, 2018).

Incidenca NI

Výskyt nemocničných infekcií je ťažké určiť aj pri systematickom sledovaní týchto infekcií v nemocnici, nakoľko sa vyskytujú ako po ukončení nemocničnej liečby, tak aj u ambulantných pacientov. Odhaduje sa, že priemerne 8–10 % hospitalizovaných pacientov získa počas hospitalizácie nozokomiálnu infekciu. Infekcie močových ciest sú najčastejšie a sú zodpovedné

za 40 – 45 % všetkých nozokomiálnych infekcií. Pneumónia predstavuje 15-20%, infekcie chirurgických rán 25-30% a bakteriémia predstavuje 5-7% nozokomiálnych infekcií. Pneumónia je na prvom mieste z hľadiska závažnosti ochorenia, pričom mortalita pacientov sa pohybuje od 30 do 50 % (Dodig, 2015). Výskyt NI sa veľmi líši medzi jednotlivými nemocnicami, ale aj medzi rôznymi oddeleniami v rámci tej istej nemocnice. Zvyčajne priamo súvisí so základným ochorením a spôsobom liečby. Výskyt je najvyšší u chirurgických pacientov s močovými a endovenóznymi katétami, po transplantácii orgánov a tkanív, u pacientov na mechanickej ventilácii atď. Najčastejšie sa vyskytujú na jednotkách intenzívnej starostlivosti, chirurgických, gynekologických a infekčných oddeleniach.

Frekvencia a typy NI závisia od mnohých faktorov: nemocničný profil, imunitný stav pacienta, nemocničná hygiena, školenie personálu, akceptovaná alebo neakceptovaná doktrína používania antibiotík na preventívne a terapeutické účely atď. Publikované štúdie o prevalencii NI v Srbsku naznačujú, že je v rámci globálneho priemeru (5,5 – 9,9 % na Vojenskej lekárskej akadémii v Belehrade) alebo mierne vyššie (5,2 – 15 % na urgentnom príjme Klinického centra Srbska) (Delić, 2018).

Úloha hygieny rúk pri prenose mikroorganizmov

Hygiena rúk označuje proces dekontaminácie rúk, ktorý zahŕňa umývanie rúk niektorými prostriedkami, napríklad mydlom a vodou alebo alkoholom, s cieľom odstrániť alebo znížiť počet patogénnych mikroorganizmov na rukách. Táto metóda sa považuje za veľmi účinnú v boji proti infekciám získaným v nemocnici. V praxi však personál v niektorých prípadoch nedodržiava predpísané pravidlá a postupy hygieny rúk (Kilpatrick, 2009). Niektoré z dôvodov nedodržiavania predpísaných hygienických pravidiel sú: podráždenie pokožky a alergie v dôsledku častého umývania rúk, technické podmienky ako znížený počet umývadiel, mydla a papiera, na druhej strane nedostatok času a preplnenosť môžu byť dôvodom zníženej hygieny rúk (Van der Kooi, 2010). Hygienické umývanie rúk je proces umývania rúk antiseptickým prostriedkom a vodou s cieľom znížiť prechodnú mikroflóru bez výrazného ovplyvnenia trvalej kožnej flóry. Zvyčajne je menej účinný a pôsobí pomalšie ako dezinfekcia rúk.

Ľudskú pokožku obývajú mnohé mikroorganizmy. Väčšina týchto mikroorganizmov je neškodná. Ich prítomnosť na koži dokonca pomáha chrániť pred patogénnymi mikroorganizmami, ktoré môžu spôsobiť rôzne ochorenia (Dević, 2009). Len menší počet sú patogénne baktérie. Vo väčšine prípadov sú ruky zdravotníckych pracovníkov prostriedkom prenosu mikroorganizmov zo zdroja k pacientovi. Často počas zdravotnej starostlivosti môžu byť ruky zdravotníckych pracovníkov kolonizované mikroorganizmami a potenciálnymi patogénmi, keď sú zdrojom mikroorganizmov samotní pacienti. Pri absencii správnej hygieny rúk platí, že čím dlhšie trvá zdravotná starostlivosť, tým väčší je stupeň kontaminácie rúk, a tým aj potenciálne riziko pre bezpečnosť pacienta (Lopez, 2006). Podľa odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie, WHO (2009) používanie lekárskeho rukavíc nenahrádza potrebu hygieny rúk, či už použitím prostriedkov na báze alkoholu alebo umývaním tekutým mydlom a vodou. Pri očakávanom kontakte s krvou a iným potenciálne infekčným materiálom, sliznicami a poškodenou pokožkou by ste vždy mali nosiť rukavice. Po starostlivosti o pacienta by sa rukavice mali zložiť. Za žiadnych okolností by sa jeden pár rukavíc nemal používať na starostlivosť o viac ako jedného pacienta. Pri prechode z kontaminovanej časti tela pacienta do čistej časti by sa mali počas starostlivosti o pacienta vymeniť rukavice (vrátane poškodenej kože, slizníc alebo zdravotníckych pomôcok), rukavice sú len na jedno použitie. Dôležitú úlohu

zohráva aj veľkosť rukavíc. Je potrebné určiť vhodnú veľkosť podľa tabuľky (obrázok 1). Dezinfekcia rúk by sa mala vykonávať vždy po odstránení sterilných rukavíc a po odstránení nesterilných rukavíc (WHO, 2009).

Starostlivosť o pokožku rúk zdravotníckych pracovníkov

Dodržiavanie hygieny rúk je priamo ovplyvnené kožnou toleranciou, ktorá je považovaná za jeden z najdôležitejších parametrov vedúcich k akceptácii medzi zdravotníckymi pracovníkmi (Rušani, 2017). Dráždivá kontaktná dermatitída môže byť spôsobená častým a opakovaným používaním prostriedkov na hygienu rúk, najmä mydla, ale aj iných prostriedkov, najmä u zdravotníckych pracovníkov na oddeleniach, kde si pracovné miesta vyžadujú vykonanie procedúr hygieny rúk viackrát v krátkom čase. Tieto oddelenia sú oddeleniami intenzívnej a polointenzívnej starostlivosti. Dráždivý účinok môže byť dráždivý aj v zimnom období. Z týchto dôvodov je nanajvýš dôležitá starostlivosť o pokožku rúk, ktorá zahŕňa pravidelné používanie kvalitných krémov a osvojenie si vhodných postupov (Brusaferro, 2015).

Pre zamestnancov, ktorí majú špeciálne problémy s pokožkou rúk vo forme alergií alebo iných vedľajších účinkov, na prípravky používané v ústave, by sa mali zabezpečiť alternatívne antiseptické prípravky. Pre správnu starostlivosť je potrebné zabezpečiť dostatočné množstvo mlieka alebo krému na starostlivosť o ruky personálu, aby sa minimalizoval výskyt kontaktnej dermatitídy a podráždenia pokožky používaním antiseptík. Ak sa v inštitúcii používa alkoholové antiseptikum, neodporúča sa používať detergenčné antiseptikum. Mydlo alebo detergenčné antiseptikum a alkoholové antiseptikum by sa nemali používať jeden po druhom (WHO, 2009). Taktiež nasadenie rukavíc, keď sú ruky ešte mokré, či už z umývania alebo po aplikácii dezinfekčného prostriedku na ruky na báze alkoholu, zvyšuje riziko podráždenia pokožky. Malo by sa vyhnúť určitému správaniu a malo by sa zabezpečiť, aby pokožka rúk zdravotníckych pracovníkov bola v dobrom stave (Pittet, 2006). Kožná znášanlivosť konkrétneho produktu by sa mala považovať za jedno z najdôležitejších kritérií pri výbere produktov na hygienu rúk (Zingg, 2016).

Pokyny a odporúčania pre umývanie rúk

Od čias IP Semmelweisa je známe, že čisté ruky sú najdôležitejším jediným faktorom, ktorý môže znížiť počet infekcií v nemocniciach. Svetová zdravotnícka organizácia uznala tento problém ako problém bezpečnosti pacientov a koncom roka 2005 spustila projekt s názvom „Prvá globálna výzva pre bezpečnosť pacientov Čistá starostlivosť je bezpečnejšia starostlivosť“, ktorý sa v súčasnosti implementuje globálne v rôznych častiach sveta (WHO 2006). Svetová zdravotnícka organizácia (WHO, 2006) dospela k záveru, že okrem čistých rúk je hygiena v nemocniciach veľmi dôležitým preventívnym faktorom, ktorý môže viesť k výraznému zníženiu počtu infekcií získaných v nemocnici. Potom sa zlepšenie hygieny rúk stalo jedným z piatich základných cieľov Svetovej zdravotníckej organizácie ako faktora prevencie intranemocničných infekcií, po ktorom sa zaviedla séria účinných opatrení na zlepšenie hygieny rúk. Do septembra 2008 sa 114 krajín písomne zaviazalo implementovať tieto opatrenia. V Nemecku bola kampaň Čisté ruky ("Aktion saubere Hände") spustená 1. januára 2008 pod záštitou Spolkového ministerstva zdravotníctva. Do 14. júna 2009 bolo zaregistrovaných 550 nemocníc. Cieľom týchto kampaní bolo zaviesť hygienu ako každodennú klinickú rutinu.

Návody a odporúčania sú určené všetkým zdravotníckym pracovníkom, ktorí majú priamy kontakt s pacientmi alebo ich prostredím. Časť odporúčaní je určená pacientom a návštevníkom. Účelom týchto odporúčaní je zníženie počtu infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou prenášaných nečistými rukami zdravotníckych pracovníkov. Cieľom odporúčaní je zvýšenie informovanosti zdravotníckych pracovníkov o potrebe bežnej hygieny rúk pri starostlivosti o pacienta, akceptovanie indikácie, metódy a používania prostriedkov na hygienu rúk a zvýšenie potreby hygieny rúk pri starostlivosti o pacienta. Indikácie pre hygienu rúk podľa WHO (WHO, 2009) sú nasledovné:

1. Ruky si treba umývať tekutým mydlom a vodou, keď sú viditeľne znečistené, alebo keď sú viditeľne kontaminované krvou alebo inými telesnými tekutinami a sekrétmi, a tiež pred jedlom a po použití toalety. Voda na umývanie rúk by mala mať rovnakú kvalitu ako pitná voda.
2. Ak došlo k expozícii sporogénnym mikroorganizmom vrátane *Clostridium difficile*, najlepším spôsobom hygieny rúk je umývanie tekutým mydlom pod tečúcou vodou.
3. Ruky by sa mali bežne dezinfikovať trením prípravkom na báze alkoholu, ak nie sú viditeľne znečistené. Ak to nie je možné, mali by sa umyť tekutým mydlom a vodou.
4. Hygiena rúk by sa mala vykonávať: a) pred a po priamom kontakte s pacientmi. b) pred manipuláciou s invazívnym zariadením starostlivosti o pacienta (bez ohľadu na to, či sú alebo nie sú použité rukavice), c) po kontakte s telesnými tekutinami a sekrétmi, sliznicami, d) pri prechode z kontaminovanej do čistej časti tela pacienta počas starostlivosti o pacienta, e) po kontakte s neživým prostredím (vrátane zdravotníckych pomôcok) v bezprostrednej blízkosti pacienta a f) po odstránení sterilných alebo nesterilných rukavíc.

Pred manipuláciou s liekmi a pri príprave jedla si treba ruky umyť vodou a votrieť tekuté mydlo alebo dezinfekčný prostriedok na ruky na báze alkoholu. 6. Ak už bol aplikovaný prípravok na ruky na báze alkoholu, nemalo by sa súčasne používať antiseptické mydlo (WHO, 2009).

V Srbsku, Republiková odborná komisia pre dohľad nad NI prichystala brožúru, ktorá obsahuje odporúčania a usmernenia pre umývanie rúk v zdravotníckych zariadeniach. Príručka môže byť veľmi užitočná pri prevencii infekcií a racionálnom používaní antiseptík pri hygieny rúk v zdravotníckych zariadeniach, kde môže prispieť k pozdvihnutiu hygieny rúk na vyššiu úroveň. Na túto tému sa vyjadril prof. Dr. Čedomir Vučetić, ktorý v predslove k tejto príručke spomína, že hygiena rúk je stará a známa téma v každodennom živote aj v zdravotníctve. Možno práve preto je potrebné systematizovať a prezentovať doterajšie skúsenosti s tradične používanými dezinfekčnými prostriedkami a novými, ktoré sa zavádzajú do praxe. Táto príručka prezentuje práve túto problematiku moderným a odborne zdatným spôsobom. Autori sa snažili preskúmať hygienu rúk v zdravotníckych zariadeniach z pohľadu súčasných odborných a vedeckých úspechov v epidemiológii, mikrobiológii, hygiene, technológii, organizácii a ekonomike. Osobitnou hodnotou príručky je jej praktická využiteľnosť pri každodennej práci v zdravotníckych zariadeniach, keďže obsahuje odporúčania a návody na výber a zaobchádzanie s dezinfekčnými prostriedkami. Kilíková a kol. (2020) popísala minimálne požiadavky na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti zavedenia optimálnych postupov hygieny rúk v ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Uvádzajú, že bezpečnostné podmienky sú splnené vtedy, keď má poskytovateľ:

- vypracovaný postup vstupného školenia a periodického školenia všetkých zdravotníckych pracovníkov a iných odborných pracovníkov zdravotníckeho zariadenia v oblasti hygieny rúk a bariérovej starostlivosti

- zabezpečené každé umývadlo hygienickými potrebami, dezinfekčnými prostriedkami a schémou správneho umývania a dezinfekcie rúk najmä na exponovaných miestach

- zabezpečené dezinfekčné prostriedky k dispozícii v mieste poskytovania zdravotnej starostlivosti a na ďalších rizikových miestach, kde sa manipuluje so zdravotníckymi pomôckami a pomôckami kontaminovanými biologickým materiálom, vypracovaný postup opatrení na odstránenie zistených nedostatkov.

Koncept „Mojich 5 momentov pre hygienu rúk“

„Mojich 5 momentov pre hygienu rúk“ je koncept vyvinutý skupinou odborníkov WHO (2009), ktorí pracujú na pokynoch pre hygienu rúk. Koncept vychádza z toho, že pre hygienu rúk v zdravotníctve existuje 5 hlavných momentov, kedy je hygiena rúk nepostrádateľným spôsobom prevencie prenosu mikroorganizmov a všetky ostatné indikácie hygieny rúk možno zaradiť do týchto 5 momentov. Moment (indikácia) pre hygienu rúk je definovaný ako moment keď jestvuje možnosť prenosu mikroorganizmov z jedného bodu do druhého – či už z rúk zdravotníckeho pracovníka k pacientovi alebo jeho prostrediu, alebo z pacienta alebo jeho prostredia do rúk zdravotníckeho pracovníka (Kaleníć, 2011). Ide o momenty (indikácie) podľa WHO: pred kontaktom s pacientom alebo jeho prostredím, pred aseptickým výkonom, po kontakte s telesnými tekutinami a sekrétom pacienta, po kontakte s pacientom, po kontakte s okolím pacienta, aj keď nedošlo ku kontaktu s pacientom (WHO, 2009).

- Pred kontaktom s pacientom alebo jeho prostredím - Ide o čas, kedy boli ruky zdravotníckeho pracovníka naposledy v kontakte s povrchom mimo priestoru pacienta a to až do prvého kontaktu s pacientom a jeho okolím. Ide o ochranu pacienta pred kolonizáciou, ktorú má zdravotnícky pracovník na rukách a ktorú zachytil od iných pacientov alebo povrchov v zdravotníckom zariadení (Sax, 2007). Príklady takýchto momentov zahŕňajú potrasenie si rukou s pacientom, pred pomocou pacientovi prevrátiť sa v posteli, okúpať sa alebo obliecť, pred umiestnením a záznamom EKG, pred meraním vitálnych funkcií a podobne (WHO, 2009).



Obrázok 2 Odporúčania na umývanie rúk pre zdravotníckych pracovníkov Prevzaté z: <https://www.ipb-ild.edu.rs/sr/nauka-i-nastava/zdravstvena-nega>

- Pred aseptickým výkonom - Ide o moment, kedy boli ruky zdravotníckeho pracovníka naposledy v kontakte s pacientom a jeho prostredím a pred samotným aseptickým výkonom (otvorenie žilového vstupu, podanie injekcie a pod.). Pacient je chránený zabránením vstupu mikroorganizmov do jeho tela, tých mikroorganizmov, ktoré sa bežne vyskytujú na pacientovi alebo v jeho okolí (patogénne a tie, ktoré tvoria normálnu flóru pacienta). Zdravotnícki pracovníci počas väčšiny aseptických postupov nosia rukavice. Potom je potrebné vykonať hygienu rúk pred nasadením ochranných rukavíc a po vykonaní zákroku, prípadne ich zložením (Sax, 2007). Príkladom takýchto situácií je starostlivosť o ústnu dutinu, odsávanie sekrétov, obväz na rany, zavedenie močového katétra alebo nazogastrickej sondy, zavedenie čapíkov, aplikácia masti na poškodenú kožu, otvorenie intravenózneho linky, podanie perkutánnych injekcií atď. (WHO, 2009).
- Po kontakte s telesnými tekutinami - Ide o moment, kedy sú ruky zdravotníckeho pracovníka vystavené telesným tekutinám pri výkone zdravotnej starostlivosti. Pred akýmkoľvek následným zásahom musí zdravotnícky pracovník vykonať hygienu rúk. V tomto bode máme v skutočnosti dvojnásobné skóre ochrany. Chránime zdravotníckeho pracovníka pred kolonizáciou mikroorganizmami a potenciálnou infekciou, no na druhej strane máme ochranu pacienta tým, že bránime prechodu mikroorganizmov z jednej časti tela pacienta do druhej. Pri nebezpečenstve vystavenia telesným tekutinám si zdravotnícky pracovník pred výkonom nasadí rukavice. Hygiena rúk sa vykonáva pred nasadením rukavíc a po ich zložení. Príkladom takýchto situácií je manipulácia s močom, stolicou alebo zvratkami, manipulácia s odpadom, ako sú plienky, obväzy, odsávanie sekrétov, manipulácia s drenážnym systémom, po odstránení určitej formy ochrany pacienta (obrázok, gáza, uterák) atď. (WHO, 2009).
- Po kontakte s pacientom - Ide o moment po kontakte s pacientom, a pred kontaktom zdravotníckeho pracovníka so zvyškom nemocničného prostredia. Tá má zabrániť prechodu mikroorganizmov, ktoré zdravotnícky pracovník zachytil od pacienta. Cieľom je zastaviť ďalšie šírenie v rámci zdravotníckeho zariadenia a na ďalší zdravotnícky a nezdravotnícky personál (WHO; 2009). Príklady takýchto situácií zahŕňajú manipuláciu s pacientom, po asistencii pacientovi prevrátiť sa v posteli, kúpať sa alebo obliecť, po umiestnení a zaznamenaní EKG, po meraní pulzu, po neinvazívnych procedúrach starostlivosti, ako je nasadenie kyslíkovej masky a podobne. (WHO, 2009).
- Po kontakte s okolím pacienta aj keď nedošlo ku kontaktu s pacientom - Sú to chvíle po kontakte s okolím pacienta, ale pred kontaktom s nemocničným prostredím. Predmety v prostredí pacienta sú kontaminované jeho bežnou flórou. Preto aj bez fyzického kontaktu s pacientom môžu byť ruky zdravotníckeho pracovníka kontaminované (WHO, 2009). Príkladom takýchto situácií je dotýkanie sa okolia pacienta, úprava rýchlosti perfúzie, manipulácia s monitormi, čistenie nočného stolíka, zdvihnutie čela posteľe, výmena posteľnej bielizne a podobné úkony.

Pacient a priestor, ktorého sa dotýka, t.j. v ktorej sa nachádzajú jej mikroorganizmy, sa nazýva „chorá zóna“. Všetky ostatné priestory v zdravotníckom zariadení mimo patientskej zóny sa nazývajú „nemocničný priestor“. Nemocničný priestor a patientska zóna sú relatívne jednoducho definovateľné pre imobilných pacientov a oveľa ťažšie pre mobilných pacientov. Zóna pre pacienta zahŕňa kožu pacienta (neporušenú a poškodenú), jeho sliznice, ako aj všetky povrchy, ktoré sú v priamom kontakte s pacientom, ako sú zábrany na posteľ, skrinky, posteľná

bielizeň, monitory a iné zdravotnícke vybavenie. Predpokladom je, že flóra pacienta rýchlo kontaminuje celú oblasť pacienta. Veľmi často si pacienti zle umývajú ruky, čo vedie k šíreniu infekcie. Veci vynesené z pacientovej izby a vrátené do pacientovej izby musia byť čisté. Medzi prijatím nového pacienta a prepustením starého pacienta je potrebné upratať izbu pacienta (Kaleníc, 2011). Je dôležité, aby zdravotnícki pracovníci vedeli rozpoznať, kedy je potrebné si umyť ruky a vykonávať hygienu rúk kvalitne (Amissah, 2016)



Obrázok 24asti rúk ktoré sa najčastejšie neumyjú dobre pri umývaní rúk

Preuzeto sa: <https://www.zzjzle.org.rs/saveti-i-edukacija/prewencija-crevni-zaraznih-bolesti/>

Diskusia

Umývanie rúk je najjednoduchším a najúčinnším opatrením na prevenciu pohlavne prenosných chorôb. Jeho realizácia si vyžaduje technické podmienky v zmysle zabezpečenia adekvátnych umývadiel, teplej tečúcej vody, mydla, uterákov a dezinfekčných prostriedkov v mieste aplikácie, ako aj znalosť zdravotníckych pracovníkov o tom, prečo je potrebná správna hygiena rúk, ako aj zručnosti pri vykonávaní tohto epidemiologického opatrenia. Človek má dojem, že umývanie rúk je samozrejmosťou a je to niečo, čo sa učí v rodine a neskôr počas školskej dochádzky. Početné štúdie, ktoré sa uskutočnili, však naznačujú, že je potrebné zdravotníckym pracovníkom toto dôležité preventívne opatrenie neustále pripomínať. Otázka technických podmienok je do značnej miery vyriešená vo všetkých zdravotníckych zariadeniach, ale vzdelávanie musí byť kontinuálne a všetkým zdravotníckym pracovníkom musí byť jasnejšia úloha tímov prevencie BI.

V rámci hodnotenia vzdelania zdravotníckych pracovníkov o NI, ktoré uskutočnil Mestský ústav verejného zdravotníctva v Belehrade (Uzelac-Škorić, 2011), sa teda posudzovali znalosti účastníkov školenia (lekárov a sestier) o hygiene rúk. 15,8 % účastníkov malo požadované znalosti o BI a 61,4 % účastníkov malo znalosti o hygiene rúk. Navyše sestry so stredoškolským vzdelaním mali celkovo najvyššiu úroveň vedomostí vo vstupnom vedomostnom teste. Tejto téme sa venovala ďalšia štúdia. V štúdiu uskutočnenej medzi študentmi medicíny o vplyve hygieny rúk na výskyt BI bolo zaznamenané nízke percento správnych odpovedí, len 17 % (Marković-Denić, 2010).

V predchádzajúcom období došlo k veľkému presunu sestier z existujúcich na nové, dočasné alebo trvalé, pracovné miesta. Je možné, že pri presune neboli dostatočne informovaní o existencii postupov a existencii BI preventívnych tímov, čím sa odôvodnil nesúlad medzi

znalosťou postupov a návykmi správania. Existencia postupov je nevyhnutná na dosiahnutie a udržanie kvality práce v zdravotníckych zariadeniach. Všetci zamestnanci by však mali byť oboznámení s postupmi. Čo sa týka postupu umývania rúk (SOP) , väčšina postupu je umiestnená na každom mieste, kde sa umývanie rúk vykonáva, formou schematického znázornenia, takže sestry techniku umývania rúk určite poznajú, ale nepoznali správnu schému umývania rúk a ďalšie záznamy vyvesené na pracoviskách ako „postup“.

Ciele a metodológia výskumu

Štúdia by mala preskúmať faktory, ktoré ovplyvňujú frekvenciu a presnosť umývania rúk v rôznych prostrediach.

Mali by sa testovať nasledujúce nulové pracovné hypotézy:

- Frekvencia umývania rúk vo vzťahu k potrebe a rôznym situáciám nezávisí od geografického prostredia, ani od ekonomických možností konkrétneho prostredia.
- Spôsob umývania rúk a načasovanie umývania rúk nezávisí od odbornej spôsobilosti ani miesta, kde zdravotnícki pracovníci pracujú.
- Výskyt NI je v zdravotníckych zariadeniach rovnaký, bez ohľadu na sociálne a ekonomické faktory

Metodika výskumu

Samotný výskum by bol multinacionálny a multicentrický.

V ňom by skúmali, porovnávali a analyzovali frekvenciu NI na viacerých oddeleniach.

V druhej časti by sme prostredníctvom dotazníka skúmali a porovnávali tak vzdelávanie, ako aj dostupnosť a obsah materiálov (SOP) pre úrazy ruky. V špeciálnom dotazníku by sme preverili znalosti a správanie zamestnancov v oblasti hygieny rúk.

V tretej časti by sme výsledky porovnali so sociálnou a ekonomickou situáciou v skúmaných prostrediach.

Literatúra

AMISSAH, I. - SALIA, S. - CRAYMAH, JPA. (2016). Study to assess hand hygiene knowledge and practices among health care workers in a teaching hospital in Ghana. *International Journal of Science and Research*, ISSN 2319-7064, vol. 5, no. 8, p. 301-308.

BUSAFERRO, S., et al. (2015). Harmonizing and supporting infection control training in Europe. In *Journal of hospital infection*, ISSN 1532-2939, 2015. vol. 89, no. 4, p. 351–356.

DELIĆ, D. (2022). Intrahospitalne infekcije. [On line] postavljeno 2.06.2022. Dostupno na: <https://www.stetoskop.info/moderna-medicina/intrahospitalne-infekcije>.

DEVIĆ, I. (2009). *Higijena ruku u zdravstvenih djelatnika Opće bolnice Nova Gradiška*: [diplomski rad]. Varaždin: Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin. s. 48

DODIG, I. (2015). Intrahospitalne infekcije. *Reuche zdravstveni časopis*. [On line] Postavljeno 6.06.2022. ISSN 2397-3374. Dostupno na: Web sajta: <http://www.rauche.net>.

DRNDAREVIĆ, P. - JANKOVIĆ, S. (2008). *Bolničke infekcije: definicije*. Beograd: Institut za zaštitu zdravlja Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“.

KALENIĆ, S. et al. (2011) Smjernice za higijenu ruku u zdravstvenim ustanovama. In *Liječnički Vjesnik*, ISSN 1849-2177 vol. 133, no. 1, p. 155-170.

KILÍKOVÁ, M. a kol. 2020. *Bezpečnosť pacienta – ukazovateľ kvality zdravotnej starostlivosti*. Píbram : Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2020, 159 s. ISBN 978-80-88206-18-7.

- KILPATRICK, C. - ALLEGRANZI, B. - PITTET, D. (2009). The global impact of hand hygiene campaigning. In *EuroSurveillance*, ISSN 1560-7917, vol. 14, no. 17, p. 19191.
- LOPEZ, A. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors: Systematic analysis of population health data. In *Lancet*, ISSN 0140-6736, vol. 367, p. 1747–1757.
- MARKOVIĆ-DENIĆ, LJ. (2018). Bolničke infekcije - problem savremene medicine i uloga medicinske sestre u njihovoj prevenciji. In *Sestrinska reč*, ISSN 2466-5126, 2018. vol. 21, no. 76, p. 4-6.
- RUŠANI, D. (2017). *Higijena ruku kao najvažnija mjera prevencije infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi*. [diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u zagrebu medicinski fakultet sveučilišni diplomski studij sestrinstva. s. 57
- SAX, H., et all. (2007). My five moments for hand hygiene': a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. In *Journal of hospital infection*, ISSN 1532-2939, vol. 67, no. 1, p. 9–21.
- SABO, S., JOVIĆ, M. MESAROVIC A, TOMIĆ N, ZEČEVIĆ D, KILÍKOVÁ M, TOMIĆ, Z. 2023 Sestrinske procedure u anesteziji. *Zbornik radova sa prvog naučno stručnog kongresa sa međunarodnim učešćem pod nazvom Zdravlje za sve, pogled u budućnost*, Bijeljina, oktobar 2023
- ŠTAVNICKÁ, K., TRNKOVÁ, L. (2021). Skúsenosti zamestnancov s používaním ochranných pracovných pomôcok. Experience of employees with the use of protective work. In HOSÁKOVÁ, J. (ed.) *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech. Rationing Nursing care. Sborník z XI. Mezinárodního symposia ošetrovatelství. Ostrava: Ostravská univerzita, Lékařská fakulta*, 2021. s. 127-134. ISBN 978-80-7599-279-6.
- TOMIĆ, N. TOMAS A, SABO S., KRSMANOVIĆ A, ZEČEVIĆ D. Uticaj farmakodinamskih parametara na sudbinu antibiotika. *Zborník prác k 10 výročiu založeniu ustavu Sv Cirila a metoda VšZaSP Sv. Alžbety* 2018: p. 101-107
- VAN DER KOOI, T. et all. (2010). Prevalence of nosocomial infections in The Netherlands, 2007-2008: results of the first four national studies. In *Journal of hospital infection*, ISSN 1532-2939, 2010, vol. 75, no. 3, p. 168–172.
- WHO (15.01.2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. [on line]. Postavljeno 2.02.2025. Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>.
- ZING, W. (2016). Hand coverage by alcohol-based handrub varies: Volume and hand size matter. In *American journal of infection control*, ISSN 0196-6553, vol. 44, no. 12, p. 1689–1691.

SYNDRÓM VYHORENIA U KOMUNITNÝCH SESTIER POČAS PANDEMIE COVID-19

BURNOUT IN COMMUNITY NURSES DURING COVID – 19 PANDEMIC

Jadranka Pruginić^{1,2}

¹ Polyvalentná ambulantná služba, Zdravotné stredisko Zrenjanin, Srbsko

² Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o., doktorand

E-mail: jadrankapruginic@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: doc. Mgr. et Bc. Mária Jackulíková, PhD.

Abstrakt:

Syndróm vyhorenia je vážnym problémom medzi zdravotníckymi pracovníkmi, najmä v krízových situáciách, ako je pandémia Covid-19. Komunitné zdravotné sestry sú vystavené výnimočným profesionálnym a emocionálnym výzvam, pretože poskytujú nepretržitú starostlivosť pacientom v ich domovoch, často bez primeranej ochrany a podpory. Dlhodobé vystavenie stresu, zvýšená pracovná záťaž, nedostatok zdrojov, emocionálne vyčerpanie prispievajú k rozvoju syndrómu vyhorenia, ktorý negatívne ovplyvňuje kvalitu starostlivosti a zdravie samotných opatrovateľov. V tomto príspevku sme analyzovali faktory, ktoré prispievajú k syndrómu vyhorenia u komunitných sestier, vrátane intenzity práce, emocionálneho tlaku, organizačnej podpory a možností prevencie. Osobitne sme sa zamerali na dôsledky syndrómu vyhorenia, ktorý sa prejavuje chronickou únavou, depresiou, úzkosťou a zníženou pracovnou výkonnosťou. Vysvetľujeme tiež stratégie prevencie a možné intervencie, ako je psychologická podpora, primerané pracovné rozvrhy a poskytovanie lepších podmienok pre komunitné sestry. Pre prevenciu a kontrolu syndrómu vyhorenia je potrebné vyvinúť efektívne modely podpory na individuálnej a systémovej úrovni pre všetky sestry. Pochopenie týchto problémov a prijatie adekvátnych opatrení je kľúčové pre zachovanie duševného zdravia komunitných sestier a zlepšenie kvality poskytovanej starostlivosti.

Kľúčové slová: Syndróm vyhorenia. Komunitné sestry. COVID-19.

Abstract

Burnout syndrome is a serious problem among healthcare workers, especially in crisis situations like the Covid-19 pandemic. Community nurses are exposed to extraordinarily professional and emotional challenges, because they provide continuous patient care in home conditions, often without adequate protection and support. Long-term exposure to stress, increased workload, lack of resources and emotional exhaustion will contribute to burnout, negatively affecting the quality of care and health. In this work, we analyzed the factors contributing to burnout among community nurses, including work intensity, emotional pressure, organizational support and opportunities for prevention. We put a special focus on the consequences of burnout syndrome, which are manifested through chronic fatigue, depression, anxiety and a decrease in work efficiency. We also explain prevention strategies and possible interventions, such as psychological support, adequate work schedules, and better conditions for visiting nurses. All nurses must develop effective support models at the individual and system levels to prevent and control the burnout syndrome. Understanding these problems and taking adequate measures is

crucial for preserving the mental health of visiting nurses and improving the quality of care provided.

Key words: Burnout syndrome. Community nurses. Covid-19.

ÚVOD

Syndróm vyhorenia v práci predstavuje mimoriadne závažný problém verejného zdravia, pretože sa môže vyskytnúť u každého človeka, ktorý je v práci dlhodobo zaťažený. Zdravotnícke povolanie je jednou z najzraniteľnejších kategórií a od 80. rokov 20. storočia sa uskutočnilo veľké množstvo štúdií o prítomnosti syndrómu vyhorenia u sestier.

Profesia komunitnej sestry je jednou z profesií najviac náchylných na syndróm vyhorenia, ktorý bol obzvlášť výrazný počas pandémie COVID-19. Počas pandémie spôsobenej vírusom SARS-CoV-19 boli komunitné sestry vystavené zvýšenému psychickému tlaku a iným stresorom, čo zvýšilo pravdepodobnosť vzniku syndrómu vyhorenia. Sestry su ktorých sa rozvil syndróm vyhorenia čelia stavu únavy, vyčerpania, podráždenosti či apatie, stiahnutia sa a narušenia vzťahov s členmi tímu a rodinou. Stráca sa motivácia k plneniu pracovných úloh, čo môže viesť k odborným chybám a ohroziť bezpečnosť pacienta (West, 2016).

Rastúci záujem o výskum syndrómu vyhorenia v profesii sestry viedol k poznaniu potreby rozvoja preventívnych programov zameraných na identifikáciu, kontrolu a prekonanie syndrómu vyhorenia, ktoré by sa mali realizovať na individuálnej úrovni a ako organizovaná systémová intervencia. V praxi by sa boj proti syndrómu vyhorenia mal zamerať na jeho včasnú detekciu a liečbu, a na druhej strane na realizáciu preventívnych programov individuálne aj na úrovni zdravotníckych zariadení na prevenciu syndrómu vyhorenia u zamestnancov (WOO, 2020). Táto práca prezentuje údaje o prevalencii syndrómu vyhorenia u komunitných sestier, ktoré boli počas pandémie zapojené do systému COVID, s cieľom identifikovať faktory, ktoré ovplyvňujú výskyt syndrómu vyhorenia. Čeliť zvýšenému psychickému tlaku medzi komunitnými sestrami vedie k vyššiemu výskytu stresu, úzkosti, depresie, ako aj psychických porúch (Antonijevic, 2020).

BURN OUT SYNDOM

Syndróm vyhorenia je definovaný ako „stav fyzického, emocionálneho a duševného vyčerpania spôsobený dlhodobým zapojením sa do emocionálne náročných situácií“ (Harrison, 1999).

Pokiaľ ide o prevalenciu syndrómu vyhorenia, štúdia vykonaná v roku 2015 v 35 európskych krajinách, ktorá zahŕňala 43 675 pracovníkov rôznych profesií, ukazuje, že prevalencia syndrómu vyhorenia je najvyššia medzi pracovníkmi vo východnej a juhovýchodnej Európe (Poľsko, Albánsko, Srbsko, Čierna Hora, Chorvátsko, Slovinsko, Severné Macedónsko a Švédsko medzi pracovníkmi viac ako v Severnom Macedónsku a 14 % pracovníkov v Nórsku). , Fínsko, Lotyšsko, Belgicko, Dánsko) je to menej ako 9 %. Spomedzi západoeurópskych krajín sú výnimkou Francúzsko a Luxembursko, pretože sú to krajiny, kde je prevalencia syndrómu vyhorenia vysoká. Spravidla je v európskych krajinách prevalencia syndrómu vyhorenia vyššia v krajinách s nízkym hrubým domácim produktom, napr. v Turecku, Severnom Macedónsku, Srbsku, Čiernej Hore, Albánsku, Chorvátsku, ako vo vyspelejších krajinách (Schaufeli, 2018). Syndróm vyhorenia je rozšírený najmä medzi zamestnancami, ktorí sú z povahy svojej práce vystavení vysokému stresu, ako sú lekári, policajti a vojaci, ako aj medzi zamestnancami, ktorí

sú pod tlakom dosahovať väčšie zisky, ako sú ekonómovia alebo ľudia na riadiacich pozíciách, ako aj medzi zamestnancami, ktorí pociťujú rozpor medzi vysokou zodpovednosťou a nízkym príjmom, ako sú učitelia a profesori. Ako uvádza Leiter, (2014), veľmi výrazne sa prejavuje aj v povolaniach, ktoré sú fyzicky a psychicky náročné s vysokou mierou zodpovednosti (zdravotné sestry, komunitné sestry, lekári, piloti, policajti). Bez ohľadu na ekonomické, politické a kultúrne rozdiely medzi krajinami, celosvetovo je medzi zdravotníckymi pracovníkmi vysoká prevencia syndrómu vyhorenia, ktorá podľa výskumov presahuje aj 50 % (Kovačević, 2015).

Výsledky metaanalýzy zverejnenej v roku 2020, do ktorej bolo zaradených 45 539 sestier, ukázali, že prevencia syndrómu vyhorenia medzi sestrami bola 11,2 %, pričom najviac prevláda u detských sestier a najmenej u geriatrických sestier. Štúdia tiež ukázala rozdiely v prevalencii syndrómu vyhorenia podľa regiónov, s najvyššou prevalenciou v Afrike a najnižšou v Európe a Ázii (Woo, 2020). Podľa výsledkov štúdie uskutočnenej v Spojených štátoch amerických je syndróm vyhorenia prítomný u 30 % sestier pracujúcich v domovoch dôchodcov (White, 2019).

Definície syndrómu vyhorenia

Syndróm vyhorenia zaviedol ako termín americký psychológ Herbert Freudenberger v 70. rokoch 20. storočia. Popisuje to ako nedostatok motivácie a oddanosti k práci u ľudí, ktorí boli často vystavení chronickému stresu a ktorých povolanie súvisí so starostlivosťou a pomocou iným ľuďom. Všimol si, že ľudia, s ktorými pracoval a ktorí robili svoju prácu na dobrovoľníckej báze, vykazovali známky emocionálneho a fyzického vyčerpania, nedostatku motivácie a záujmu o prácu, čo rozpoznal ako stav vyčerpania a frustrácie. Tento stav sa okrem zmien správania (nervozita, apatia, sociálna izolácia) prejavoval aj telesnými príznakmi ako bolesti hlavy, nespavosť, problémy s gastrointestinálnym traktom. Syndróm vyhorenia hovorí o existencii veľkého počtu stresorov v práci a chronickom vystavení sa im.

Syndróm vyhorenia je dnes vnímaný ako reakcia organizmu na dlhodobý stres, ktorý je prítomný v povolaniach, kde prebieha priama komunikácia s inými ľuďmi a zahŕňa tri najdôležitejšie oblasti: emocionálne vyčerpanie a pracovné preťaženie (emocionálne vyčerpanie - EE), depersonalizácia (depersonalizácia - DP) a zníženie osobnej naplny, pocitu kompetencie a pracovnej spokojnosti (osobné úspechy - PA). Emocionálne vyčerpanie a pracovné preťaženie je súčasťou syndrómu vyhorenia, ktorý zahŕňa sebahodnotenie svojich emocionálnych a fyzických rezerv. Človek sa cíti úplne vyčerpaný emocionálnou energiou. Vyčerpaný človek je fyzicky aj emocionálne vyčerpaný a potrebuje čas na zotavenie. V prípadoch vyčerpania týchto rezerv sa dostávajú príznaky ako únava, bolesť hlavy, bolesti, nespavosť, poruchy chuti do jedla... Za najvýznamnejšiu sa pri profesionálnom syndróme vyhorenia a jeho prvom štádiu považuje doména emocionálneho vyčerpania.

Depersonalizácia je súčasťou syndrómu vyhorenia, ktorý predstavuje synizmus a necitlivosť voči klientom. Prejavuje sa negatívnym postojom k práci a stratou pocitu vlastnej identity. Predstavuje ochranný mechanizmus človeka pred nadmerným emocionálnym vyčerpaním a pokusom človeka o distancovanie sa aktívnym ignorovaním. Depersonalizácia sa prejavuje ako frustrácia a záujem o komunikáciu s inými ľuďmi, prejavuje sa ľahostajnosťou a negatívnymi postojmi k iným. Osobný úspech odzrkadľuje pocit kompetencie a úspechu v práci s inými ľuďmi. Znížený pocit osobného úspechu, kompetencie a pracovnej spokojnosti sa týka toho, ako človek negatívne hodnotí svoju kompetenciu a úspech v práci. Prejavuje sa znížením

motivácie k práci a produktivity práce, ako aj znížením sebaúcty. Človek sa cíti vo svojej práci neúspešný, pretože je ťažké dosiahnuť úspech, keď ste vyčerpaní alebo keď pracujete s ľuďmi, ku ktorým sa cítite ľahostajní. Viacerí výskumníci pri definovaní profesionálneho syndrómu vyhorenia vylučujú pocit zníženého osobného naplnenia a považujú túto zložku skôr za následok syndrómu vyhorenia ako za jeho príčinu. Najmä v nedávnych výskumoch je syndróm vyhorenia definovaný buď výlučne existenciou emocionálneho vyčerpania a pracovného preťaženia, ktoré sa považuje za jeho najdôležitejšiu zložku, alebo spolu s depersonalizáciou. Títo výskumníci úplne ignorujú existenciu poklesu osobného naplnenia (Doulougeri, 2016).

V literatúre sa uvádzajú tri fázy burn out syndromu. Stres v počiatočnej fáze vyvoláva v organizme fyziologické reakcie ako je podráždenosť, úzkosť, zvýšený krvný tlak, zábudlivosť, nespavosť, búšenie srdca, arytmia, gastrointestinálne problémy. Osoba už nerobí svoju prácu s radosťou. Táto fáza je zvyčajne maskovaná a zriedkavo sa rozpoznáva ako syndróm vyhorenia, hoci prítomnosť dvoch symptómov naznačuje vystavenie stresu. Druhá fáza je charakteristická šetrením energie na kompenzáciu stresu, čo sa prejavuje meškaním do práce, odkladaním povinností, odmietaním nových úloh, dlhšími prestávkami v pracovnom čase, pocitom únavy, cynizmom, zatrpknutosťou, zníženou sexuálnou túžbou, nadmerným fajčením, konzumáciou kávy a alkoholu, psychoaktívnych látok, až apatiou. Človek sa stiahne do seba a snaží sa šetriť energiou. Ak nedôjde k včasnej reakcii, burn out prejde do tretej fázy. V tretej fáze dochádza k vyčerpaniu organizmu a z práce sa stáva veľká záťaž. Vyčerpanosť organizmu sa prejavuje depresiami, psychickou a fyzickou únavou, zníženou imunitou a náchylnosťou k rôznym chorobám, gastrointestinálnymi problémami, bolesťami hlavy, migrénami, izoláciou od rodiny a priateľov, až myšlienkami na samovraždu. Syndróm vyhorenia v práci je často spôsobený zlými medziľudskými vzťahmi, mobbingom, nedostatočnou spätnou väzbou na dobre vykonanú prácu a nedostatočnou účasťou na rozhodovaní, čo všetko vedie k rozvoju organických ochorení u zamestnanca (Melnick, 2017).

Syndróm vyhorenia v ošetrovateľskej profesii

Ošetrovateľstvo patrí medzi profesie s vysokou expozíciou stresovým situáciám, a teda s vysokým rizikom vzniku syndrómu vyhorenia (Adriaenssens, 2015). Zdravotné sestry sú vystavené vysokému riziku predovšetkým pre emocionálnu náročnosť samotnej profesie na jednej strane a na druhej strane pre vysokú mieru zodpovednosti, ktorú toto povolanie so sebou nesie predovšetkým voči ľudskému životu a zdraviu pacienta (Laurentiu, 2017). Okrem odborných vedomostí a zručností musí byť sestra aj emocionálne stabilnou osobou, aby mohla znášať bremeno povolania, ktoré často zahŕňa riešenie život ohrozujúcich stavov, zvládanie utrpenia a bolesti ľudí, etických a morálnych dilem. Ošetrovateľstvo je povolanie, kde prebieha priama komunikácia s inými ľuďmi, či už s pacientmi, ich rodinami, kolegami, alebo nadriadenými. V porovnaní s lekármi sestry trávajú podstatne viac času s pacientmi, ako aj komunikáciou s ich rodinnými príslušníkmi, a preto si s nimi vytvárajú užšie vzťahy. Sú to prví ľudia, na ktorých sa pacient obracia a od ktorých očakáva lekársku a psychologickú pomoc. Preto, aby sestra mohla dobre vykonávať svoju prácu, musí mať empatiu, vysokú mieru zodpovednosti a ochotu pracovať samostatne alebo v tíme (Milutinović, 2012). Riziku syndrómu vyhorenia v období pandémie boli vystavené aj iné povolania. Poukazuje na to Trnková, Parnicová, Raušová (2020). Strach z možnosti kontaminácie potravinových zložiek, výživových komponentov zvyšovalo riziko vzniku vyhorenia aj u nutričných terapeutov. Autorky vyslovili premisu, že pandemia COVID 19 zásadným spôsobom ovplyvňuje životy

stámiliónoch ľudí všetkých svetových kontinentov. Veľa z toho, čo bolo v období pred pandémiou samozrejmosťou, sa stalo nedostupným. Zmena správania sa populácie zdravotníckych pracovníkov často vyústila syndrom vyhorenia.

Od roku 1980 až dodnes sa syndróm vyhorenia v profesii sestry skúmal v prácach mnohých autorov. Podľa niektorých autorov má na vznik syndrómu vyhorenia vplyv okrem osobnostných charakteristík sestry aj typ zdravotníckeho zariadenia, vzdelanostná úroveň sestry, jej postavenie v kolektíve a samotné pracovné prostredie. Spomedzi ošetrovateľských profesií bolo najvyššie riziko profesionálneho vyhorenia pozorované u sester pracujúcich na onkologických oddeleniach, intenzívnej starostlivosti a paliatívnej starostlivosti (Dugani, 2018). Potvrdzujú to aj výsledky štúdie uskutočnenej v Republike srbskej, ktoré naznačujú, že syndróm vyhorenia je výrazne častejší u 19 sester zamestnaných v zdravotníckych zariadeniach na sekundárnej ako primárnej úrovni zdravotnej starostlivosti (Božić, 2017). Medzi každodenné ťažkosti, ktorým sestry čelia, patrí veľká pracovná záťaž, nesamostatnosť v rozhodovaní, často zlá organizácia, náročné administratívne úkony a ťažkosti pri zosúladzovaní rodinných povinností a pracovných nárokov. Zlá organizácia práce v zmysle nejasného rozdelenia úloh a zodpovedností, nejasné úlohy, nesúlad medzi úsilím a odmenou a narušené kolegiálne vzťahy sú dôležitými faktormi vzniku syndrómu vyhorenia (Sabo a kol, 2024). Príčinou preťaženia je často nedostatok personálu, čo spolu s časovou náročnosťou na výkon práce vedie k emočnému vyčerpaniu sester (Cañadas-De la Fuente, 2015). Všeobecne pozorovaný predĺžený pracovný čas, nedostatok prestávok počas pracovnej doby a zlá komunikácia v rámci tímov a medzi nimi sú prediktormi syndrómu vysokého vyhorenia u sester (McHugh, 2011). Taktiež počet pacientov priradených k sestre je dôležitým prediktorom pre výskyt syndrómu vyhorenia, pretože čím viac pacientov pripadá na jednu sestru, tým vyššia je úroveň profesionálneho syndrómu vyhorenia (Moussa, 2013).

Pre lekárske povolanie je typické, že sestry neustále spochybňujú svoju odbornosť, vedomosti a zručnosti a často majú pocit, že medzi ich úsilím a obetavosťou na jednej strane a ich odmenou za prácu na strane druhej je rozpor. Ak nie je možnosť napredovania a chýba sociálna opora, potom tieto sestry zažívajú veľmi výrazný pokles osobnej realizácie (Kovačević, 2015). Výskum naznačuje, že neúcta od pacientov alebo kolegov, ako aj nedostatok sociálnej podpory, vrátane emocionálnej podpory, sú spojené s emocionálnym vyčerpaním a depersonalizáciou, zatiaľ čo nedostatok odhodlania je spojený s vysokou úrovňou depersonalizácie a nízkou úrovňou osobného naplnenia (He, 2017). Prítomnosť nespokojnosti s prácou, ktorú robia, je vysoko spojená so syndrómom vyhorenia vo všetkých troch jeho dimenziách (Konstantinou, 2018). Sestry sú vystavené aj iným rizikám stresu, ako je práca na zmeny, nadčasy, vystavenie infekciám, ožiareniu a toxickým liekom. Rýchly rozvoj poznatkov v medicíne a nových technológiách vyžaduje, aby sa sestry neustále vzdelávali a osvojovali si nové zručnosti, ktoré sa uplatňujú pri diagnostike a liečbe pacienta. Často je potrebné ovládať nové informačné technológie, čo najmä pre staršie sestry predstavuje zdroj stresu a riziko syndrómu vyhorenia (Dhande, 2016). Vo svojej každodennej práci sestry okrem svojej primárnej úlohy starostlivosti o pacienta vykonávajú celý rad administratívnych povinností, ako je vedenie elektronickej a papierovej dokumentácie a v niektorých krajinách aj vydávanie receptov. Zaťaženie administratívnymi úlohami často vedie k zníženiu osobného naplnenia a spokojnosti na pracovisku (Khamisa, 2015). Podľa štúdie uskutočnenej v Turecku bolo vyhorenie medzi zdravotníckymi pracovníkmi vyššie u sester ako u lekárov (Akman, 2016). Výskum

uskutočnený v Spojených štátoch (Mealer, 2012), Španielsku (Gómez-Urquiza, 2017), Turecku (Adriaenssens, 2015) a niekoľkých ďalších krajinách dokázal, že najvyššia úroveň vyhorenia je medzi sestrami na pohotovosti, hoci syndrómom vyhorenia trpia aj sestry v iných špecializáciách. Na druhej strane metaanalýza, ktorá zahŕňala 34 štúdií o syndróme vyhorenia medzi zdravotníckymi pracovníkmi, naznačuje vysokú úroveň syndrómu vyhorenia u detských sestier (Izedi, 2016). Štúdia vykonaná v Chorvátsku identifikovala nízke platy, nepredvídateľnosť a vysoké pracovné zaťaženie, prácu na zmeny a pohotovostnú službu, ako aj zlé medziľudské vzťahy ako najväčšie stresové faktory pre sestry (Ekić, 2016). Štúdia vykonaná v Číne identifikovala prácu vo vysoko špecializovaných zdravotníckych zariadeniach, nižší vek a nadčasy ako prediktívne faktory pre syndróm vyhorenia sestier (Lo, 2018). V štúdiu o syndróme vyhorenia medzi sestrami v Grécku sa zistilo, že najväčším zdrojom stresu bola smrť pacienta, po ktorej nasledovali pocity neistoty pri starostlivosti o pacienta, ako aj nereálne požiadavky a očakávania zo strany pacientov a ich rodinných príslušníkov (Chatzigiann, 2018). Hoci sa dá očakávať, že smrť pacienta je jedným z najsilnejších stresorov, výsledky metaanalýzy, ktorá sa zaoberala syndrómom vyhorenia u sestier v paliatívnej starostlivosti, ukázali, práve naopak, že prevalencia syndrómu vyhorenia je u sestier nízka. Predpokladom je, že sestry v paliatívnej starostlivosti prežívajú výraznú depersonalizáciu ako obranný mechanizmus v dôsledku neustálej konfrontácie so smrťou.

V štúdiu uskutočnenej v Ústave pľúcnych chorôb Vojvodiny v Sremskej Kamenici viac ako polovica zamestnaných sestier uviedla ako zdroj stresu pracovnú vyťaženosť, nevhodnú organizáciu práce, krátke termíny, veľký počet pacientov denne, nedostatočné materiálne zabezpečenie práce, nízke platy, náročnú administratívnu prácu a starostlivosť o pacientov s nevyliciteľnými chorobami. Sestry ako stresory uviedli aj obmedzený čas na venovanie sa pacientovi, obmedzené možnosti liečby, veľkú zodpovednosť, koordináciu s ostatnými kolegami pri plánovaní dovolení a nereálne očakávania pacientov a ich rodín (Kovačević, 2020). Tak ako pracovné podmienky môžu spôsobiť stres u zamestnancov, prítomnosť stresu u zamestnaných sestier môže mať negatívne dôsledky na organizáciu práce. Najčastejšie ide o práceneschopnosť, pracovné úrazy, zníženú výkonnosť, nezhody a konflikty medzi zamestnancami, nespokojnosť a sťažnosti pacientov a v konečnom dôsledku to môže viesť k prepúšťaniu a zmenám zamestnania. Časté absencie v práci, striedanie sestier na rôzne pracovné miesta s cieľom kompenzovať nedostatok zamestnancov a znížená produktivita v dôsledku vyhorenia sestier má za následok zníženú kvalitu práce (Chao, 2016). Podľa štúdie, ktorá identifikovala 25 zdrojov stresu v profesii sestry, najstresujúcejším boli neadekvátne platy sestier. Zatiaľ čo komunikácia medzi členmi tímu bola hodnotená ako zdroj stresu nízko, práca s ľuďmi so zrakovým či sluchovým postihnutím bola najmenej stresujúca. Ako jeden z dôsledkov nespokojnosti s týmito faktormi, ktorá vedie k chronickému stresu a v konečnom dôsledku syndrómu vyhorenia, sa uvádza migrácia sestier, ktorá má za následok ďalšie znižovanie počtu sestier, väčšiu záťaž na pracovisku a predstavuje ďalší stimul pre stres (Stevanov - Sabo, 2021). Pre sestry na riadiacich pozíciách je najväčším zdrojom stresu nedostatočný čas na starostlivosť o pacienta, pričom najnižšie hodnoteným zdrojom stresu je ich vylúčenie z iných kolegov z dôvodu ich riadiacej pozície (Ekić, 2016). Väčšina štúdií označuje dĺžku služby, špecifickosť práce, spokojnosť s prácou, osobnostné charakteristiky a niektoré sociodemografické charakteristiky sestier ako najčastejšie rizikové faktory pre výskyt syndrómu vyhorenia u sestier (Kim, 2017).

Dôsledky nerozpoznania a adekvátnej reakcie v prípade syndrómu vyhorenia u sestier sa netýkajú len sestry, ale môžu mať dôsledky aj pre samotné zdravotnícke zariadenie, pretože môže ovplyvniť kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti v dôsledku odborných chýb, nespokojnosti pacientov a následne aj zlého mena zariadenia. Podľa Westovho výskumu nesie syndróm vyhorenia u sestier dvojité riziko odborných chýb, sťažností a žalôb zo strany pacientov (West, 2019).

Prevenia syndrómu vyhorenia u sestier a podporné programy

V profesii sestry sa počas formálneho vzdelávania nevenuje dostatočná pozornosť edukácii sestier, ako zvládať profesionálny stres, aj keď každý deň prechádzajú rôznymi náročnými situáciami. Väčšina sestier nemá žiadne formálne vzdelanie o tom, ako zvládať stres pri oznamovaní ťažkých diagnóz a prognóz pacientom a rodinným príslušníkom, kedy sa často stretávajú s ich rôznymi reakciami ako smútok, strach, hnev, sklamanie, beznádej, ale aj pri úmrtí pacienta. Ďalším zdrojom stresu, s ktorým sa sestry často stretávajú, je tlak na rýchle vykonanie práce. Zdrojom stresu môže byť aj spolupráca s kolegami a členmi tímu, najmä ak sú narušené medziľudské vzťahy, ako aj organizácia práce z hľadiska zmien a pracovnej pohotovosti (Rath, 2015).

V metaanalýze, ktorá zahŕňala 2 617 rôznych štúdií, West (2016) dokázal, že individuálne aj organizované preventívne programy pre zamestnancov vedú k zníženiu syndrómu vyhorenia. Výsledky tejto analýzy ukázali, že celkový syndróm vyhorenia sa znížil z 54 % na 44 %, emocionálne vyčerpanie sa znížilo z 38 % na 24 %, zatiaľ čo prevalencia depersonalizácie sa znížila z 38 % na 34 %. Keďže medzi individuálnymi a systémovými podpornými programami nebol zistený rozdiel v účinnosti, odporúča sa, aby boli oba modely implementované súčasne (Shanafelt, 2014). Z individuálneho modelu podporného programu vyplýva, že zdravotnícky pracovník je schopný identifikovať symptómy syndrómu vyhorenia u seba a ostatných zamestnancov a rozvíjať vzorce správania a zručnosti na zvládanie a zvládanie stresových situácií. Na individuálnej úrovni je žiaduce vyhýbať sa nadčasom, prestávkam v práci, nastoliť rovnováhu medzi profesionálnym a súkromným životom, rozvíjať kognitívno-behaviorálne zručnosti na riadenie času a prekonávanie konfliktov na pracovisku, uplatňovať techniky relaxácie a znižovania stresu, zabezpečiť dostatok spánku, primeranú výživu, venovať sa športu a prijímať podporu od rodiny a priateľov (Le Blanc, 2008). Kilíková (2023) v súbore sestier (n=122) preukázala, že klinický pracovisko má vplyv na vznik syndrómu vyhorenia. Riziko syndrómu vyhorenia boli najviac vystavené sestry na chirurgickom oddelení (p=0,015). Autorka hodnotila aj vplyv dĺžky praxe v povolaní sestra na vznik rizika syndrómu vyhorenia. Dĺžka praxe, hodnota testovacieho kritéria (p) nepresiahla hladinu významnosti $\leq 0,05$. Konštatovala, že v súbore (n=122) dĺžka praxe v povolaní sestra nemá vplyv na prežívanie psychickej záťaže.

Na systémovej úrovni by programy prevencie syndrómu vyhorenia mali poskytovať podporu zamestnancom, najmä tým skupinám, ktoré sú vzhľadom na špecifiká svojej práce vystavené zvýšenému riziku vzniku syndrómu vyhorenia, ako aj rozpoznávať zdroje stresu a rizikové faktory syndrómu vyhorenia v pracovnom prostredí. Realizácia takýchto programov si vyžaduje pochopenie a podporu vedenia inštitúcie (Shanafelt, 2014). Jeden takýto program vyvinula Mayo Clinic v Spojených štátoch amerických, ktorý sa uskutočňuje raz ročne a zahŕňa všetkých zamestnancov, u ktorých sa hodnotí syndróm vyhorenia a spokojnosť s prácou.

Klinika implementuje individuálne a systémové programy podpory zamestnancov (Wright, 2018).

Literatúra popisuje výsledky o účinnosti systémových intervencií zameraných na prevenciu syndrómu vyhorenia u zamestnancov. Takéto zásahy si vyžadujú finančné zdroje, niekedy reorganizáciu práce a dodatočný čas na organizovanie skupinových školení zamestnancov a stretnutí, kde by si zamestnanci vymieňali skúsenosti, problémy a pocity. V štúdiu zahŕňajúcej sestry z onkologických oddelení pravidelné stretnutia medzi členmi tímu viedli k zlepšeniu vzťahov a zvýšeniu spokojnosti sestier, neovplyvnili však prevalenciu syndrómu vyhorenia (Le Blanc, 2008). Na druhej strane zdravotnícki pracovníci, ktorí sa zúčastnili organizovaných „balintovských“ skupín, mali zníženú prevalenciu syndrómu vyhorenia (Stojanović, 2018). Karol'ová, Kilíková (2022) publikovali naratívnu štúdiu o pracovnej záťaži v povolání sestra. Analyzovali viac ako 30 vedeckých článkov za obdobie od roku 2008 do roku 2018. Z monografií, záverečných prác, príručiek vyplynuli zistenia o nadmernej pracovnej záťaži, ktorá predikuje syndróm vyhorenia.

Syndróm vyhorenia u sestier počas pandémie Covid-19

Podľa výsledkov veľkého počtu štúdií bolo počas pandémie COVID-19 vyššie riziko syndrómu vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov (Sunjaya, 2021). Ošetrovatel'stvo je jednou z profesií s najvyššou mierou vyhorenia a dodatočný stres na pracovisku spôsobený pandemiou COVID-19 len zvýšil pravdepodobnosť jej výskytu (Rotenstein, 2018). Pandémia COVID-19 zasiahla celý svet, kde boli komunitné sestry ako prvá obranná línia vystavené vysokému riziku infekcie, pričom počas pandémie sa nakazili tisíce zdravotných sestier a ich rodinných príslušníkov. Stretnutie s dovtedy úplne neznámou chorobou postavilo zdravotníctvo pred nové výzvy v organizácii práce a starostlivosti o ťažko chorých pacientov.



Obrázok 1 Zmena prostredia na pracovisku počas pandémie Covid

(Zdroj: Osobné)

Komunitné sestry boli vystavené častým zmenám zamestnania, niektoré oddelenia boli premenené na liečebné oddelenia COVID-19, zaviedli sa nové liečebné protokoly a zaviedli sa bezpečnostné opatrenia na zabránenie šírenia choroby (McCartney, 2020).

Komunitné sestry sa v tomto období stávajú aj virtuálnymi komunitnými sestrami v oblasti telemedicíny, kde majú špecifický charakter:

- telecare (poskytovanie pomoci pri starostlivosti o tehotné ženy, matky, novorodencov, dojčatá, malé deti, seniorov, chronických pacientov)
- telefarmácia (aplikácia terapie užívateľom, školenia a vzdelávanie)
- telerehabilitácia (aplikácia procedúr)
- •materská telepsychoterapia (spolu s telepsychoterapiou).

Sestry na riadiacich pozíciách boli navyše zaťažené organizáciou školení sestier, ako sa správať v novej situácii, častými zmenami v organizácii práce a školením sestier na prijatie nových protokolov starostlivosti o pacientov s COVID-19 (Quintão, 2020). Dodatočným zdrojom stresu bola potreba osvojiť si nové spôsoby komunikácie naprieč rôznymi platformami v dôsledku zložitých okolností na organizovanie živých stretnutí, ako aj potreby rýchlej výmeny informácií. Na druhej strane, súkromný život zdravotných sestier, podobne ako iných občanov, utrpel v dôsledku rôznych obmedzení pohybu uzákonených na štátnej úrovni (Lee, 2020). Počas pandémie boli sestry v stave neustáleho psychického stresu založeného na strachu z neznámeho súvisiaceho s COVID-19, ako aj strachu z prenosu choroby na rodinných príslušníkov, a preto boli často odlúčené od svojich rodín.

Podľa štúdie Galanis z roku 2021 je jedným z najväčších problémov, ktorým čelil systém zdravotnej starostlivosti počas pandémie COVID-19, syndróm vyhorenia medzi zdravotnými sestrami. Potvrdil, že počas pandémie COVID-19 nespokojnosť s podmienkami na pracovisku výrazne ovplyvnila výskyt syndrómu vyhorenia u sestier (Galanis, 2021). 27 Počas vypuknutia pandémie spôsobenej vírusom SARS-CoV-2 boli sestry pod zvýšeným psychickým tlakom, ktorý sa prejavoval vyššou mierou stresu, úzkosti, depresie a psychických porúch (Antonijevič, 2020).

Podľa výsledkov prieskumu uskutočneného počas pandémie COVID-19 v Španielsku 56,6 % sestier uviedlo posttraumatický stres, 58,6 % úzkosť, 46,0 % depresiu a 41,1 % emocionálne vyčerpanie (Luceño-Moreno, 2020). V štúdii uskutočnenej v Japonsku v roku 2020 počas vrcholiacej pandémie COVID-19 pomocou dotazníka MBI medzi zdravotníckymi pracovníkmi bola zaznamenaná prevalencia syndrómu vyhorenia 31,4 % (Matsuo, 2020). V tom istom roku štúdia v Spojených štátoch ukázala prevalenciu syndrómu vyhorenia medzi sestrami na úrovni 54 % (Kelly, 2021). V Taliansku počas pandémie COVID-19 zdravotné sestry, ktoré boli priamo zapojené do starostlivosti o pacientov s COVID-19, uviedli, že sú pod značným psychickým tlakom a často pociťujú príznaky ako podráždenosť, nespavosť, svalové napätie, strata chuti do jedla alebo zmenené stravovacie návyky. Zdravotníci ako spôsoby zvládania stresu najčastejšie spomínajú fyzickú aktivitu, zverovanie sa blízkej osobe, počúvanie hudby, dostatok spánku a konzumáciu rýchleho občerstvenia a alkoholu (Barello, 2020). V štúdii uskutočnenej v Mostare v roku 2020 počas pandémie COVID-19 štatisticky významná väčšina sestier považovala svoju prácu za rutinnú a veľmi únavnú a že ich pracovné tempo bolo príliš rýchle (Tomić, 2021).

Štúdie uskutočnené počas pandémie COVID-19 ukázali, že syndróm vyhorenia je vyšší u sestier pracujúcich v nemocniciach na oddeleniach, kde je vystavenie stresu vyššie, ako je onkológia, intenzívna starostlivosť a pediatria (De la Fuente-Solana, 2019) a nižšie u sestier pracujúcich v primárnej starostlivosti (Monsalve-Reyes, 2018). Potvrdzuje to výskum Pradas-Hernández, ktorý dokázal, že najvyšší stupeň syndrómu vyhorenia majú sestry pracujúce na onkologických oddeleniach (Pradas-Hernández, 2018). Realizácia psychologických intervencií so sestrami počas pandémie COVID-19 zvýšila sebavedomie sestier pri plnení pracovných úloh

a ich produktivitu práce a tiež znížila hladinu stresu a výskyt syndrómu vyhorenia (Dhandapani, 2021).

Nástroje na posudzovanie syndrómu vyhorenia práce

Najznámejším a najčastejšie používaným nástrojom na hodnotenie syndrómu vyhorenia v práci je Maslach Burnout Inventory (MBI), ktorý v roku 1981 vytvorila Christine Maslach. Dotazník má dobré psychometrické vlastnosti, a preto bol široko používaný vo výskumoch po celom svete. MBI bol preložený do veľkého počtu jazykov a overený v mnohých štúdiách (Ntantana, 2017).

Niektoré z najznámejších nástrojov na hodnotenie syndrómu profesionálneho vyhorenia sú Bergen Burnout Inventory (BBI), Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM), Copenhagen Burnout Inventory (CBI), Stanford Professional Fulfillment Index, atď. cynizmus a pocity nedostatočnosti (Feldt, 2014).

Nástroj Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) zahŕňa stupnice fyzickej únavy, emocionálneho vyčerpania a kognitívneho vyčerpania. Copenhagen Burnout Inventory (CBI) pozostáva z 3 oblastí: osobnej (fyzická a duševná únava a vyčerpanie), obchodnej (fyzická a duševná únava a vyčerpanie súvisiace s prácou) a domény vyhorenia súvisiacej s používateľom (pacient, študent) Patrí do skupiny všeobecných dotazníkov a môže byť použitý na hodnotenie syndrómu profesionálneho vyhorenia v rôznych profesiách (Copur, 2019).

Stanfordský index profesijného naplnenia 2018 sa používa na výskum syndrómu vyhorenia u lekárov a má dve škály: vyhorenie a profesionálne naplnenie (Trockel, 2018). Ďalším novším dotazníkom je Burnout Assessment Tool (BAT), ktorý sa používa na hodnotenie syndrómu vyhorenia na individuálnej a kolektívnej úrovni vo firmách (Schaufeli, 2018). Napriek veľkému množstvu rôznych nástrojov predstavuje Maslach dotazník na hodnotenie profesionálneho syndrómu vyhorenia „zlatý štandard“.

Cieľ práce :

Cieľom výskumu, ktorý by sa uskutočnil, by bolo vykonať medzinárodné porovnanie syndrómu vyhorenia z hľadiska sociálnych a ekonomických okolností.

Príspevok by testoval nasledovné pracovné hypotézy:

- Zmeny pracovných podmienok zavedené v Srbsku výrazne ovplyvnili zníženie syndrómu vyhorenia a zvýšenie spokojnosti sestier.
- V syndróme vyhorenia nie je významný rozdiel z pohľadu rôznych ekonomických podmienok.
- Nie sú výrazné rozdiely vo výskyte syndrómu vyhorenia z pohľadu rôznych sociálnych podmienok.

Metodológia

Práca by bola medzinárodná a multicentrická. Prvá časť by skúmala frekvenciu syndrómu vyhorenia a druhá časť by prostredníctvom dotazníkov a analýz testovala ďalšie dve hypotézy.

Záver

Na základe všetkého uvedeného možno definovať, ktoré domény v práci sestry v primárnej zdravotnej starostlivosti, vrátane komunitných sestier, majú najväčší vplyv na vznik profesionálneho syndrómu vyhorenia. Východiskom prevencie syndrómu vyhorenia je rozpoznanie faktorov vyvolávajúcich stres v pracovnom prostredí a pochopenie vzťahu príčiny

a následku. Každé zdravotnícke zariadenie by malo definovať existujúce stresové faktory na pracovisku, ako aj identifikovať pracoviská s vysokým rizikom chronického stresu, ktorý časom vedie k rozvoju syndrómu vyhorenia. Vedenie zdravotníckeho zariadenia by malo po zistení najčastejších stresorov v práci iniciovať opatrenia na ich odstránenie, alebo ak to nie je možné, aspoň na ich zníženie. Je potrebné neustále pracovať na implementácii preventívnych programov a podpory všetkých sestier, ktorá by zahŕňala posilňovanie individuálnych psychických potenciálov, ale aj zlepšovanie pracovných podmienok na pracovisku. Prostredníctvom rôznych foriem vzdelávania môžu sestry prostredníctvom získaných vedomostí a zručností lepšie zvládať záťažové situácie. Významnou súčasťou práce každej sestry je komunikácia, ktorá môže byť zdrojom stresu, najmä ak sú narušené medziľudské vzťahy v rámci tímu. Osvojením si komunikačných zručností a osvojením si techník aktívneho počúvania môžu sestry výrazne zlepšiť komunikáciu s pacientmi a ich rodinnými príslušníkmi, s kolegami a manažérmi, a tým znížiť vplyv stresu. Na individuálnej úrovni je potrebné nastoliť rovnováhu medzi profesionálnym a súkromným životom. Organizácia voľného času s rodinou a priateľmi, fyzická aktivita, správna výživa, dostatok spánku, relaxácia a techniky odbúravania stresu ako joga, meditácia alebo iná forma autogénneho tréningu môže prispieť k zníženiu úrovne stresu. Je tiež žiaduce rozvíjať kognitívno-behaviorálne zručnosti na riadenie času a prekonávanie konfliktov. Na úrovni organizovanej systémovej intervencie by opatrenia a aktivity mali smerovať k prevencii syndrómu vyhorenia u zamestnaných sestier. Ide o organizovanie práce v zmysle zmenovej a pracovnej pohotovosti, zabezpečenie dostatočného počtu zamestnancov pre danú záťaž, primerané vybavenie práce, povinné prestávky v práci, ako aj pravidelné stretnutia zamestnancov, kde by sa vymieňali skúsenosti, problémy a pocity. Tieto typy intervencií si vyžadujú podporu vedenia inštitúcie.

Literatúra

- ADRIAENSSENS, J., DE GUCHT, V., MAES, S. 2015. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. In *Journal of nursing management*, ISSN 0966-0429, 2015, vol. 23, no. 3, p. 346-358.
- AKMAN, O. et al. 2016. Job satisfaction and burnout among paediatric nurses. In *Journal of Nursing Management*, ISSN 0966-0429, 2016. vol. 24, no. 7, p. 923-933.
- ANTONIJEVIC, J. et al. 2020. Mental health of medical personnel during the COVID-19 pandemic. In *Brain and Behavior*, ISSN 2162-3279, 2020, vol. 10, no. 12, p. e01881.
- BARELLO, S., PALAMENGHI, L., GRAFFIGNA, G. 2020. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. In *Psychiatry research*, ISSN 0165-1781, 2020, vol. 290, p. 113129.
- BOŽIĆ, D. 2017. Uticaj stresogenih faktora radnog mjesta na zdravlje zaposlenih u različitim nivoima zdravstvene zaštite na području Doboja. In *Biomedicinska istraživanja*, ISSN 1986 8529, 2017, vol. 8, br. 2, s. 128-135.
- CANADAS-DE LA FUENTE et al. 2015. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. In *International journal of nursing studies*, 2015, ISSN 0020-7489, vol. 52, no. 1, p. 240-249.
- CHATZIGIANN, D. et al. 2018. Occupational Stress Experienced by Nurses Working in a Greek Regional Hospital: A Crosssectional Study. In *Iranian journal of nursing and midwifery research*, ISSN 1735-9066, 2018, vol. 23, no. 6, p. 450-457.

- CHAO, M., SHIH, C.T., HSU, S.F. 2016. Nurse occupational burnout and patient-rated quality of care: the boundary conditions of emotional intelligence and demographic profiles. In *Japan journal of nursing science*, ISSN 1742-7932, 2016, vol. 13, no. 1, p. 156-165.
- COPUR, M.S. 2019. Burnout in Oncology. In *Oncology*, ISSN 0890-9091, 2019, vol. 33, no. 11, p. 687522.
- DE LA FUENTE-SOLANA, E. et al. 2019. Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Syndrome Among Nurses Working in Gynecology and Obstetrics Services: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *International journal of environmental research and public health*, ISSN 1661-7827, 2019, vol. 16, no. 14, p. 2585-2600.
- DHANDE, M. 2016. Writing out loud: to computers, patients, and burnout. In *JAMA Cardiology*, ISSN 2380-6591, 2016, vol. 1, no. 6, p. 639.
- DHANDAPANI, M. et al. 2021. Enhancing the safety of frontline healthcare workers during coronavirus disease: a novel real-time remote audiovisual aided doffing approach. In *Infectious diseases*, ISSN 2374-4235, 2021, vol. 53, no. 2, p. 145-147.
- DOULOUGERI, K., GEORGANTA, K., MONTGOMERY, A. 2016. "Diagnosing" burnout among healthcare professionals: Can we find consensus? In *Cogent Medicine*, ISSN 2331205X, 2016, vol. 3, no. 1, p. 1237605.
- DUGANI, S. et al. 2018. Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low- and middle-income countries: A systematic review. In *Gates open research*, ISSN 2572-4754, 2018, vol. 2, p. 4.
- EKIĆ, S., PRIMORAC, A., VUČIĆ, B. 2016. Profesionalni stres kod medicinskih sestara i tehničara. In *Journal of Applied Health Sciences*, ISSN 1849-8369, 2016, vol. 2, no. 1, p. 39 46.
- FELDT, T., RANTANEN, J., HYVONEN, K. 2014. The 9-item Bergen Burnout Inventory: factorial validity across organizations and measurements of longitudinal data. In *Industrial health*, ISSN 0019-8366, 2014, vol. 52, no. 2, p. 102-112.
- QUINTÃO, V.C. et al. 2020. The anesthesiologist and COVID-19. In *Brazilian journal of anesthesiology*. ISSN 0104-0014, 2020, vol. 70, no. 2, p. 77-81.RA
- GALANIS, P. et al. 2021. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of advanced nursing*, ISSN 0309 2402, 2021, vol. 77, no. 8, p. 3286-3302.
- GÓMEZ-URQUIZA, J.L. 2017. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. In *Critical care nurse*, ISSN 0279-5442, 2017, vol. 37, no. 5, p. 1-9.
- GÓMEZ-URQUIZA, J.L. et al. 2017. Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: a meta-analytic study. In *Research in nursing and health*, ISSN 0160-6891, 2017, vol. 40, no. 2, p. 99-110.
- HE, S.C. et al. 2017. Burnout and cognitive impairment: associated with serum BDNF in a Chinese Han population. In *Psychoneuroendocrinology*, ISSN 0306-4530, 2017, vol. 77, p. 236 243.
- IZEDI, R., BAHRAMI, M.A. 2016. The correlation of nurses' job burnout and their social responsibility considering the role of control locus. In *Bali Medical Journal*, ISSN 2089-1180, 2016, vol. 5, no. 2, p. 330-334.

- KAROĽOVÁ, Ľ., KILÍKOVÁ, M. Pracovná záťaž v povolání sestry – naratívny literárny prehľad. In Post-COVID Treatments and Therapies. [online]. Katowice : Medical University of Silesia 2022. s.331-341. Dostupné na internete: <https://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk/sk/ine-publikacie/>.
- KELLY, L.A., GEE, P.M., BUTLER, R.J. 2021. Impact of nurse burnout on organizational and position turnover. In Nursing Outlook. ISSN 0029-6554, 2021, vol. 69, no. 1, p. 96-102.
- KHAMISA, N. et al. 2015. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. In International journal of environmental research and public health, ISSN 1661-7827, 2015, vol. 12, no. 1, p. 652-666. 82
- KILÍKOVÁ, M. Subjective perception of psychological burden in the nursing profession. In BEŇO, P. et al. 2023. Rehabilitation and Physiotherapy after Covid-19-textbook of scientific works. Katowice : Medical University Of Silesia. 2023 s. 414-418, ISBN 978-83-7509-469-5.
- KONSTANTINOU, A.K. et al. 2018. Burnout Evaluation and Potential Predictors in a Greek Cohort of Mental Health Nurses. In Archives of psychiatric nursing, ISSN 0883-9417, 2018, vol. 32, no. 3, p. 449-456.
- KOVAČEVIĆ, T., Mikov, I. 2015. Syndrom sagorevanja na poslu kod lekara. In Zdravstvena zaštita. ISSN 0350-3208, 2015, vol. 44, br. 6, s. 30-38.
- KOVAČEVIĆ, T. 2020. Syndrom sagorevanja kod zdravstvenih radnika koji se bave lečenjem bolesnika obolelih od respiratornih bolesti: doktorska disertacija. Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, 2020. 145 s.
- LAURENȚIU, P. et al. 2017. Work engagement or burnout: Which comes first? A meta-analysis of longitudinal evidence. In Burnout Research, ISSN 2213-0586, 2017, vol. 5, p. 35-43.
- LEITER, M.P., BAKKER, A.B., MASLACH, C. 2014. Burnout at work: a psychological perspective. London: Psychology Press, 2014. 182 p. ISBN 9781848722293.
- LO, D. et al. 2018. A systematic review of burnout among doctors in China: a cultural perspective. In Asia Pacific family medicine, ISSN 1444-1683, 2018, vol. 17, p. 3.
- LUCENO-MORENO, L. et al. 2020. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. In International journal of environmental research and public health, ISSN 1660-4601, 2020; vol. 17, no. 15, p. 5514.
- MATSUO, T. 2020. Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. In JAMA network open, ISSN 2574-3805, 2020, vol. 3, no. 8, p. e2017271.
- MCCARTNEY, C.J., MARIANO, E.R. 2020. COVID-19: bringing out the best in anesthesiologists and looking toward the future. In Regional anesthesia and pain medicine, ISSN 1098-7339, 2020, vol. 45, no. 8, p. 586–588.
- McHUGH, M.D. 2011. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. In Health Affairs, ISSN 0278-2715, 2011, vol. 30, no. 2, p. 202-210.
- MELNICK, E.R., POWSNER, S.M., SHANAFELT, T.D. 2017. In reply-defining physician burnout, and differentiating between burnout and depression. In Mayo Clinic proceedings, ISSN 0025-6196, 2017, vol. 92, no. 9, p. 1456-1458.

- MILUTINOVIĆ, D. et al. 2012. Professional stress and health among critical care nurses in Serbia. In *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, ISSN 0004-1254, 2012, vol. 63, no. 2, p. 171-180.
- MONSALVE-REYES, C.S. et al. 2018. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. In *BMC family practice*, ISSN 1471-2296, 2018, vol. 19, no. 1, p. 59.
- MOUSSA, M., MAHMOOD, A. 2013. The relationship between nurses' burnout and mothers' satisfaction with pediatric nursing care. In *International Journal of Current Research*, ISSN: 0975-833X, 2013, vol. 5, no. 7, p. 1902-1907.
- NTANTANA, A. et al. 2017. Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study. In *Intensive & critical care nursing*, ISSN 0964-3397, 2017, vol. 41, p. 11-17.
- PRADAS-HERNÁNDEZ, L. et al. 2018. Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. In *PLoS One*, ISSN 1932-6203, 2018, vol. 13, no. 4, e0195039.
- ROTENSTEIN, L.S. et al. 2018. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. In *Journal of the American Medical Association*, ISSN 0098-7484, 2018, vol. 320, no. 11, p. 1131-1150.
- SABO, S., NILSEN, I., TOMIĆ, N., TOMIĆ LJ, TOMIĆ Z. 2024. Sindrom izgaranja u profesiji sestre. *Zdravlje za sve – pogled u budućnost*. Bijeljina: 235-244
- SCHAUFELI, W.B. 2018. Burnout in Europe: Relations with national economy, governance, and culture. Research Unit Occupational & Organizational Psychology and Professional Learning (internal report). KU Leuven, Belgium. 2018. 25 p.
- SHANAFELT, T.D. et al. 2014. Oncology fellows' career plans, expectations, and well-being: do fellows know what they are getting into? In *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, ISSN 0732-183X, 2014, vol. 32, no. 27, p. 2991-2997.
- STEVANOV V., SABO S. LJ TOMIĆ et al. 2021 Why do nurses migrate? *International Journal of Health, New technologies and Social Work*, 16 (1)
- STOJANOVIĆ TASIĆ, M. et al. 2018. Is Balint training associated with the reduced burnout among primary health care doctors? In *The Libyan journal of medicine*, ISSN 1993-2820, 2018, vol. 13, no. 1, p. e1440123.
- SUNJAYA, D.K., HERAWATI, D.M.D., SIREGAR, A.Y.M. 2021. Depressive, anxiety, and burnout symptoms on health care personnel at a month after COVID-19 outbreak in Indonesia. In *BMC public health*, ISSN 1471-2458, 2021, vol. 21, no. 1, p. 227.
- TOMIĆ, K. et al. 2021. Sindrom sagorijevanja medicinskih sestara u Domu zdravlja Mostar za vrijeme covid-19 pandemije. In *Zdravstveni glasnik*, ISSN 2303-8616, 2021, vol. 7, br. 2, s. 59-66.
- TRNKOVÁ, Ľ., PARNICOVÁ, J., RAUŠOVÁ, J. 2021. Vplyv pandémie covid-19 na liečebnú výživu. In *Kolektív autorov. Posudzovanie nákaz a bezpečnosť pacientov v kontexte ošetrovateľstva*. Ružomberok : Katolícka univerzita, 2021, s. 223-230, ISBN 978-80-561-0846-8.
- TROCKEL, M. et al. 2018. A Brief Instrument to Assess Both Burnout and Professional Fulfillment in Physicians: Reliability and Validity, Including Correlation with Self-Reported

Medical Errors, in a Sample of Resident and Practicing Physicians. In *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, ISSN 1042-9670, 2018, vol. 42, no. 1, p. 11-24.

WEST, C.P. 2016. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. In *Lancet*, ISSN 0140-6736, 2016, vol. 388, no. 10057, p. 2272-2281.

WHITE, E., AIKEN, L., McHUGH, M. 2019. Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing. In *Journal of the American Geriatrics Society*, ISSN 0028614, 2019, vol. 67, p. 2065-2071.

WOO, T. et al. 2020. Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of psychiatric research*, ISSN 0022-3956, 2020, vol. 123, p. 9-20.

WRIGHT, A.A., KATZ, I.T. 2018. Beyond Burnout - Redesigning Care to Restore Meaning and Sanity for Physicians. In *The New England journal of medicine*, ISSN 0028-4793, 2018, vol. 378, no. 4, p. 309-311.

UTICAJ FAKTORA RADNOG OKRUŽENJA NA MIGRACIJU MEDICINSKIH SESTARA IZ REPUBLIKE SRBIJE

THE IMPACT OF WORK ENVIRONMENT FACTORS ON THE MIGRATION OF NURSES FROM THE REPUBLIC OF SERBIA

Rašić Snežana^{1,2}

¹ *Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o., doktorand*

² *Sluzba kućne nege, Sor Varanger opština, Norveška*

E-mail:grasic2000@yahoo.com

Školitelj/scientific adviser: prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD., MPH

Abstrakt

Migracija medicinskih sestara iz Republike Srbije u zemlje Evropske unije predstavlja ozbiljan ekonomski i društveni problem. Ovaj rad istražuje faktore radnog okruženja koji utiču na odlazak medicinskih sestara, uključujući lošu organizaciju posla, prekomerne radne sate, nedostatak podrške i nezadovoljavajuće plate. Cilj istraživanja je analiza ključnih determinanti nezadovoljstva i prepoznavanje strategija za poboljšanje uslova rada.

Empirijski deo rada uključuje anketiranje medicinskih sestara koje su migrirale iz Srbije i trenutno rade u inostranstvu. Korišćeni su standardizovani upitnici, uključujući PES-NWI skalu, kako bi se procenilo radno okruženje i identifikovali glavni razlozi migracije. Analiza podataka omogućava uvid u stepen zadovoljstva različitim aspektima radnog okruženja i saradnje sa lekarima.

Rezultati istraživanja mogu doprineti kreiranju politika za zadržavanje medicinskih sestara u Srbiji, uključujući poboljšanje menadžmenta, povećanje plata i unapređenje radnih uslova. Preporuke su usmerene ka zdravstvenim institucijama i Ministarstvu zdravlja, s ciljem smanjenja odliva kvalifikovanog kadra i jačanja zdravstvenog sistema u Srbiji.

Ključne reči: medicinske sestre, migracija, radno okruženje, zdravstveni sistem, PES-NWI, zadovoljstvo poslom.

Uvod:

Zanimanje sestre je dinamičan i odgovoran posao. Svakodnevno, u svom radu suočavaju se sa raznim izazovima da održe ravnotežu između kvalitetne nege koju pružaju pacijentu, a istovremeno da to obavljaju sa potpunom odgovornošću u radnoj okolini i uslovima koji često nisu idealni. Situacije vezane uz pacijente, poput skupog oporavka, nedostatka kapaciteta za rešavanje bezizlaznih situacija kao i lošeg radnog okruženja mogu stvoriti osećaj nemoći i profesionalnog nezadovoljstva kod medicinskih sestara. Namera sestara da napuste svoje radno mesto može se objasniti kao samoinicijativna odluka koja se zasniva na negativnom stavu prema trenutnom radnom mestu, instituciji u kojoj radi ili uopšteno prema karijeri. Najčešći razlozi koji iz kojih proističe nezadovoljstvo poslom kod sestara su loše radno okruženje, loša organizacija posla, veliki broj prekovremenih sati, nepoštovanje, nedostatak autonomije ili plata koja se ne smatra zadovoljavajućom s obzirom na izvršeni rad.

Odliv sestara migracijom u druge emlje Evropske unije predstavlja ekonomski problem jer obrazovanje koje su sestre stekle u matičnim zemljama prenose u druge zemlje ili usled

dugotrajnog nezadovoljstava radnim okruženjem napuštaju svoje profesije i zapošljavaju se u drugim sektorima. Problem migracije sestara predstavlja ekonomski problem na državnom nivou s obzirom da ne dolazi do povrata ulaganja u obrazovanje sestara u vidu besplatnih studijskih programa sestrinstva.

Mnoga su istraživanja sprovedena sa ciljem utvrđivanja razloga zbog kojih sestre menjaju radna mesta, odustaju od karijere u sestrinstvu ili osećaju generalno nezadovoljstvo poslom. S obzirom na zemlju u kojoj je istraživanje sprovedeno i uopšteno funkcionisanje zdravstvenog sistema, nivoa zdravstvene zaštite na kojem su radile i demografskih faktora, istraživanja ukazuju na mnogo različitih, ali i mnogo sličnih razloga za promenom radnog mesta ili karijere. Poboljšanje radnog okruženja za sestre može dovesti do nižeg nivoa nezadovoljstva poslom i namere da odu iz zemlje. Fokusiranjem na rezultate raznih istraživanja, može se doprineti smanjenju odlaska sestara i pripremiti korisne strategije zadržavanje sestara u sistemu zdravstvene zaštite. Rešavanje izazova lošeg radnog okruženja zahteva koordinisanu akciju kreatora politike i zdravstvenih menadžera.

Cilj ovog rada je da se ispituju faktori nepovoljnog radnog okruženja koji najviše utiču na migraciju sestara iz Srbije u zemlje Evropske unije. U empirijskom delu rada predstavice sestrinstvo kroz istoriju kao i savremeno sestrinstvo, radno okruženje sestara, podršku od strane sestara menadžera, učešće u bolničkim poslovima i zadovoljstvo poslom kroz motivisanost za rad materijalnim i nematerijalnim motivatorima. U ovom delu ćemo predstaviti i saradnju lekara i sestara. U okviru istraživanja anketiraćemo sestre koje su otišle iz Republike Srbije i trenutno rade kao sestre u drugim zemljama kako bismo ispitali zadovoljstvo radnim okruženjem koje su imale pre odlaska u inostranstvo. U istraživanju ćemo koristiti dva upitnika. Prvi konstruisan za potrebe ovog istraživanja o demokratskim pokazateljima i ukupnom zadovoljstvu poslom, a u drugi upitnik je standardizovani upitnik PES NWI. Na osnovu dobijenih istraživanja dobićemo rezultate kojim domenima su ispitanici najzadovoljniji, a kojim najmanje zadovoljni.

Okruženje u kojem sestre rade predstavlja važan deo u zadovoljstvu poslom. Nepovoljni uslovi radnog okruženja vode ka odlivu sestara u napuštanje profesije i odlazak u druge profesije ili odlazak u inostranstvo. Smisao ovog rada biće da ukažemo donosiocima odluka na važnost sistematskih promena koje će zadržati sestre u zemljama koje su ih školovale. Cilj ovog rada će biti u preporukama za menadžere zdravstvenih ustanova u kojima će na rukovodećim radnim mestima biti visokoobrazovane sestre koje su stručne i koje će se birati na osnovu najboljih preporuka i kvalifikacija koje imaju za taj posao. I treći značaj ovog rada biće u preporukama Ministarstvu zdravlja za razmatranje povećanja plata sestrama.

Metódy: Za potrebe našeg rada će biti sprovedeno anonimno istraživanje kojim su obuhvaćene sestre koje su migrirale iz Srbije i rade u inostranstvu. Istraživanje će biti sprovedeno elektronskim putem, slanjem linka putem elektronske pošte. Popunjene ankete pristižu u bazu. Anonimnost učesnicima u istraživanju je zagarantovana tako što program u kojem je napravljena anketa - Google Forms ne prikazuje mejl adrese sa kojih je pristupljeno popunjavanju upitnika.

Výsledky: Instrument istraživanja je upitnik koji se sastoji iz 2 dela. U prvom delu su postavljena pitanja koja se odnose na sociodemografske karakteristike uzorka: pol, nivo obrazovanja, broj godina rada u struci pre odlaska u inostranstvo, broj godina radnog staža na trenutnom poslu u inostranstvu. U okviru prvog dela upitnika je postavljeno i pitanje faktora

motivacije, šta bi bio glavni motiv da ispitanici ostanu na svom radnom mestu i ne odu iz Srbije, koliko su sveukupno zadovoljni njihovim trenutnim poslom, šta misle da su vodeći problem u sestrinstvu u Srbiji i na koji način predlažu da oni mogu da se reše. U drugom delu koristiće se „Upitnik radne okoline medicinskih sestara“ (eng. Practice Environment Scale of Nursing Work Index -PES-NWI) koji je standardizovan i koristi se za procenu radne okoline u više od 30 zemalja. Za potrebe ovog rada anketa će biti prevedena sa engleskog i na srpskom jeziku. Upitnik se nalazi u slobodnom domenu. Predviđeno vreme za ispunjavanje upitnika je 15 minuta. Upitnik ima 30 pitanje na koja ispitanici odgovaraju opredeljujući se za jedno od pet tvrdnji prema Likertovoj skali (odgovori su 1- u potpunosti se ne slažem, 2- delimično se ne slažem, 3- niti se slažem niti ne slažem, 4 – slažem se i 5 – u potpunosti se slažem). Računa se skor za svako pitanje, a zatim ukupan skor za domen i na kraju ukupan skor za sve domene. Ispitanici imaju mogućnost da pre početka anketiranja se informišu o svrsi anketiranja i da dihotonom skalom (da/ne) odgovore da li dobrovoljno popunjavaju upitnik tj. da daju svoju saglasnost za istraživanje. Anketa će biti poslata na 300 email adresa. U upitniku se ocenjuje u 5 domena:

1. Domen: Učešće sestre u bolničkim poslovima koji je obuhvata 9 tvrdnji:
 - sestre/tehničari uključeni su u unutrašnje upravljanje bolnicom/ustanovom,
 - sestre imaju mogućnost učestvovanja u kreiranju politike ustanove,
 - postoji mogućnost napredovanja,
 - uprava sluša i odgovara na probleme zaposlenih,
 - glavna sestra je prisutna i pristupačna osoblju,
 - postoji mogućnost napredovanja i razvoja karijere u bolničkoj hijerarhiji,
 - odgovorne sestre se konsultuju sa osobljem o svakodnevnim problemima i protokolima,
 - sestre imaju mogućnost učestvovanja u radu odbora i radnih grupa u ustanovi,
 - glavna sestra ustanove ima jednak nivo ovlašćenja i autorit kao i ostali rukovodioci u ustanovi.
2. Domen: Sestrinski temelji za kvalitet nege koji sadrži 10 tvrdnji:
 - upotrebljavaju se sestrinske dijagnoze, postoji aktivan program praćenja kvaliteta usluga,
 - sprovodi se program mentorstva za novozaposlene sestre,
 - zdravstvena nega temelji se na sestrinskom modelu a ne na medicinskom,
 - postupci nege za pacijenta omogućuju kontinuitet nege za istog pacijenta iz dana u dan,
 - u ustanovi postoji jasna filozofija sestrinstva koja prožima sprovođenje zdravstvene nege,
 - postoje pisani, aktuelni planovi zdravstvene, nege za sve pacijente,
 - postoji aktivan napredak sestara kroz kontinuirane obrazovne programe
 - sarađuje se sa sestrama koji imaju kompetencije iz polja kliničke prakse.
3. Domen: Sestra Menadžer, sposobnost, vođstvo i podrška sestrama koji se ocenjuje na osnovu 5 tvrdnji:
 - glavna sestra (klinike) je dobar rukovodilac i vođa,
 - glavna sestra podržava kolege/inice u donošenju odluka, čak i ako je u pitanju konflikt sa lekarom,

- menadžment ustanove koriste greške kao prilike za učenje, a ne kao kritiku,
 - menadžment ustanove podržava sestre,
 - praktikuju se priznanja i pohvale za dobro obavljen posao
4. Domen: Kadrovi i adekvatnost resursa u kojem je ukupno 4 tvrdnje:
- dovoljan je broj sestara za pružanje kvalitetne usluge pacijentima,
 - dovoljan je broj osoblja za obavljanje posla,
 - odgovarajuće propratne službe omogućuju sestrama više vremena provedenog uz pacijenta,
 - omogućeno je dovoljno vremena i prilika za razgovor sa kolegama o problemima vezanim za negu pacijenata
5. U poslednjem domenu Kolegijalni odnosi sestra-lekar ocenjuje se 3 pitanja:
- Lekari i sestre/tehničari imaju dobre radne odnose,
 - da li postoji mnogo timskog rada između lekara i sestre/tehničara i
 - da li postoji saradnja (zajednička praksa) između lekara i sestara/tehničara.

Nakon sprovedenog istraživanja, u posebno pripremljenu tabelu u program Exel uvoze se odgovori koji su se dobili anketiranjem. Korišćenjem alata programa Excel uneti odgovori se statistički obrađuju, grafički prikazuju grafikonima i objašnjavaju. Rezultati se prikazuju procentualno za svaku kategoriji osim pitanja koje se odnose na predlog rešenja problema u zdravstvu koji se daje narativno.

Pitanja iz drugog dela upitnika – tvrdnje sa kojima su se ispitanici slagali sa ocenama od 1 do 5, gde je 1 predstavlja najmanji stepen slaganja do ocene 5 koja je predstavlja slaganje u potpunosti. Zatim se za svaku ponuđenu tvrdnju razvrstava broj odgovora i one se ocenjuju na osnovu bodovanja petostepene skale gde prvi odgovor dobija 0 bodova, a svaki sledeći po 25 bodova više. Broj bodova množi se sa brojem odgovora i deli sa brojem ispitanika koji učestvuju u istraživanju. Na taj način dobija se prosečan skor za pitanje. Ukupan skor za domen se dobija na način sabiranja prosečnih ocena u domenu i zbir se deli sa brojem tvrdnji za taj domen. Ukupno zadovoljstvo radnim okruženjem dobija se sabiranjem prosečnih ocena svih domena i deljenjem na 5 domena.

Diskusija:

Danas se u svetu javlja značajan nedostatak profesije sestara koja se u nekim zemljama izražava kao neuspeh zbog neostvarivanja ciljeva javnog zdravlja u prevenciji zdravlja i pružanju usluga u i okviru zdravstvene zaštite (Brooks,2002). Postoje i podaci da migracija medicinskih sestara, postaje sve veći problem u zemljama u razvoju (Pennbrant,2021). Stoga se istraživanje zadovoljstva poslom, kao pokazatelja kvaliteta života medicinskih sestara i psihosocijalnih aspekata njihovog radnog okruženja uključuju u nacionalne studije i međunarodne projekte finansirane od strane vlada i institucija koje promovišu značaj zdrave radne i fizičke okoline (Brooks,2002).

Veliko opterećenje poslom zbog neadekvatnih uslova i moralno etički principi dovode sestre u samoprocenjivanje i preispitivanje o vrednosti rada. Rad koji nije u potpunosti saglasan vremenskim okvirima ne može osobi dati zadovoljstvo (Essays, 2018).

U sistemu zdravstvenene zaštite, odnosno zdravstvene nege danas je aktuelno pitanje imaju li sestre dovoljno znanja i iskustva da organizuju sestrinsku službu po savremenim principima, a da u tom delu budu potpuno samostalne i da imaju autonomiju u sestrinstvu. Praksa pokazuje da sestre nemaju autonomiju u organizovanju sestrinske službe, a da kriterijumi za izbor glavnih

sestara nedostaju. Opšta je ocena da glavne sestre prvenstveno treba da poseduju stručno znanje, viziju za budućnost i spremnost ka promenama radi unapređenja sestrinstva (Pishgooie, 2019).

Očigledno je da je našim liderima u sestrinstvu, ili budućim glavnim sestrama, potrebno da svojim uže stručnim znanjima dodaju znanja o rukovođenju procesima rada, i znanja i veštine za različite oblike rada sa ljudima. U tom dodatnom dijapazonu potrebno im je solidno izučavanje organizacije zdravstvene nege, rukovođenja i savremenog menadžmenta, kako bi lakše i uspešnije rešavale složena i visokosložena pitanja u svom svakodnevnom poslu i struci. Ta znanja odavno nadilaze mogućnost da se savladaju samouko i samo kroz sopstvenu praksu. To su vrlo razvijena polja nauke koja moraju da se izučavaju kroz posebne discipline i studentske programe, kao i kontinuiranim učenjem kroz iskustvo. Kretanjem u budućnost sestre treba da koriste transformacione i transakcione stilove rukovođenja, zaključuju u svom istraživanju jer mogu smanjiti stres na poslu i nameru sestara da odu, tako da glavne sestre mogu da koriste kombinaciju transformacionog i transakcionog liderstva za poboljšanje zadovoljstva poslom i kvaliteta zdravstvene nege (Essays, 2018).

Neka istraživanja potvrđuju (Kutney-Lee, 2013) da će u skoroj budućnosti glavne sestre biti visokoobrazovane sestre, sa razvijenim organizacionim sposobnostima i savremenim znanjima iz organizacije, rukovođenja i menadžmenta. Za ta znanja one će biti sve više zainteresovane, jer su ključni faktor uspešnog bavljenja tom vrstom posla. Rukovodeće sestre danas, koje ova znanja nemaju, ne treba da se zbog toga osećaju manje vrednim, nego da se obrazuju i usavršavaju i da nikada ne misle da su znanja stečena jednom i za uvek.

Mnoga istraživanja koja su sprovedena širom sveta (u više od 30 zemalja) istraživači su koristili skalu okruženja u praksi indeksa rada sestara (PES-NWI) da ispituju percepciju okruženja u praksi među sestrama. Linou i saradnici (2009) istraživali su Uticaj radnog okruženja među azijskim sestrama koje rade u Sjedinjenim Državama, najvećoj grupi međunarodnih sestara u zemlji. U anketi je učestvovalo 230 azijskih sestara koje su rođene u zemljama Dalekog istoka i koje su radile najmanje 6 meseci na svom trenutnom poslu u američkoj bolnici. Nalazi studije pokazuju da je PES-NWI pouzdana i validna skala kada se primenjuje na azijske sestre koje rade u Sjedinjenim Državama. Nalazi takođe pokazuju da azijske medicinske sestre doživljavaju okruženje na random mestu drugačije od američkih sestara, najverovatnije zbog različitih kulturnih verovanja. Bolje razumevanje ovih razlika može pomoći u razvoju individualizovanije podrške za azijske sestre dok se prilagođavaju radu u Sjedinjenim Državama (Linou, 2009)

Slično istraživanje sprovedeno je u Belgiji gde su Milisen i saradnici (2006) ispitivali percepciju belgijskih bolničkih sestara o radnom okruženju i pitanjima radne snage, kvalitetu nege, zadovoljstvu poslom i profesionalnom donošenju odluka. Posvećenost da budu kompetentni pružaoci kvalitetne nege bila je izuzetno jaka među medicinskim sestrama, ali su takođe smatrale da su barijere u radnom okruženju višestruke i složene. Zabrinutost u vezi sa kvalitetom rukovođenja i upravljanja, nedovoljno osoblja, vremenske potrebe i stresno radno okruženje doživljavaju se kao prepreke u pružanju dobre zdravstvene nege. (Milisen, 2006).

U istraživanju koje su sprovedeli Pires (2018) u Brazilu među 188 sestara iz javnog i privatnog sektora. Veliki broj ispitanika (58%) je smatrala je da sestre nemaju mogućnosti učešća u odlučivanju i 48.9% ispitanika je potvrdilo da administrativne službe i uprava ne pokazuju interes za probleme sestara. S obzirom da je studija obuhvatila i javni i privatni sektor, može se

zaključiti da je upravljanje i menadžment u oba sektora podjednak, jednako kao i stepen nezadovoljstva sestara.

Nedostatak sestara u bolnicama je globalni problem koji utiče na finansijska sredstva i efikasno poslovanje organizacije i kvalitet nege koja se pruža pacijentima. Postoji direktna veza između zadovoljstva poslom, zadržavanja, fluktuacije i elemenata radnog okruženja medicinskih sestara. Istraživanje koje identifikuje specifične elemente trenutnog radnog okruženja koji su u suprotnosti sa stavovima sestara o njihovom preferiranom miljeu prakse može pomoći u definisanju radnog okruženja zasnovanog na dokazima za negu. U istraživanju Kotzera i saradnika (2008) uzorak je činilo 385 sestara koje su ocenjivale svoje radno okruženje. Pronađeno je da je osoblje bilo u stanju da identifikuje oblasti za poboljšanje. Uprkos umerenom radnom pritisku, osoblje je potvrdilo veoma pozitivno radno okruženje u svojim jedinicama za razliku od našeg istraživanja gde su sestre navele da je upravo loše radno okruženje bilo jedan od razloga odlaska u inostranstvo.

Bégat i saradnici (2005) u svom istraživanju utvrdili su da je podrška koja se pruža sestrama može imati pozitivan uticaj na njihovu percepciju dobrobiti. Takođe zaključeno je da radna sredina utiče na njihov angažman i motivaciju. Istraživanja koja su rađena na ovu temu dokazuju da bolje radno okruženje koje podrazumeva uključivanje dovoljnog broja zaposlenih sestara i veće zadovoljstvo poslom dovode do više odrađenih zadataka, kvalitetniju negu za pacijente, ali i većeg zadovoljstva pacijenta pruženom zdravstvenom negom.

Ki i saradnici (2022) u njivoj studiji su ispitivali nameru fluktuacije i stvarnu fluktuaciju među sestrama koje rade u smenama. Ova studija je testirala relevantne asocijacije koristeći prospektivne longitudinalne podatke sa vremenskim razmakom od 12 meseci. Učesnici su bili 491 sestra koja radi u smenama. Od toga, 112 (22,8%) je imalo nameru da promeni posao, dok je 38 (7,7%) napustilo posao u periodu od 12 meseci istraživanja. Od 112 sa namerom da migriraju, 22 je napustilo posao i otišlo. Namerna migracije snažno je predvidela stvarni odlazak. Ovi nalazi naglašavaju potrebu za ranim intervencijama koje imaju za cilj prevenciju i ublažavanje opterećenosti sestara.

U nekoliko studija, Aiken i saradnici su potvrdili da radno okruženje sestara uveliko utiče na nivo smrtnosti pacijenata i neuspeh u spašavanju života, nepotpunu i neadekvatnu zdravstvenu negu, stepen zadovoljstva pacijenata i nezadovoljstvo sestara koje dovodi do sindroma sagorevanja. Iako je u istraživanju dokazan pozitivan rezultat povećanja broja visoko obrazovanih sestara, niži broj pacijenata na jednu sestru značajno više poboljšava rezultate i ishode lečenja pacijenata u bolnicama sa dobrim radnim okruženjem, malo ih poboljšava u bolnicama sa prosečnim okruženjem i nema efekta u bolnicama s lošim okruženjem (Aiken, 2011).

Istraživanje sprovedeno u 12 evropskih zemalja, na 31.627 medicinskih sestara u 2.170 opštih medicinskih i hirurških jedinica, ispitivalo je povezanost dugotrajnih smena koje su nužne zbog nedostatka resursa ili loše organizacije i nezadovoljstva poslom. Smene od 12h sve su češće za bolničke sestre, ali postoje hipoteze da duge smene negativno utiču na dobrobit sestara, zadovoljstvo poslom i nameru da napuste posao. Rezultati su pokazali da će medicinske sestre koje rade u smenama od ≥ 12 h verovatnije doživeti sindrom sagorevanja, emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju i niska lična postignuća. Duže radno vreme za sestre povezano je sa negativnim ishodima, ali mogu predstavljati sigurnosne rizike za pacijente (Liu, 2016).

Zdravo radno okruženje za sestre je osnova za promovisanje bezbednosti pacijenata i sestara u bolnicama. Istraživanje koje je rađeno u cilju procene radnog okruženja sestara u bolnicama Zapadne Amhare u Etiopija tokom 2021. Rađena je unakrsna studija sprovedena je među 423 medicinske sestre, Sto osamdeset osam (46,2%) sestara je izjavilo da je njihovo radno okruženje zdravo, dok je 219 (53,8%) izjavilo da nije zdravo. Sestre koje su radile na pedijatrijskim odeljenjima i medicinske sestre koje su brinule o 7-12 pacijenata dnevno su ređe imale zdravu radnu sredinu. (Kassahun,2022).

Istraživanje koje je sprovedeno u bolnicama u Norveškoj uključivalo je 2095 sestara u četiri različite bolnice, pokazalo je da su interakcija na poslu sa kolegama i glavnim sestrama, ali i ostalim članovima zdravstvenog tima i platom najvažniji faktori zadovoljstva poslom. Kontinuirana edukaciju i dalje usavršavanje kao i korišćenje slobodnih dana za profesionalni razvoj navedeni su kao faktori koji pozitivno utiču na nameru nastavka rada u bolnici. Studija je dokazala da je opšte zadovoljstvo poslom u Norveškoj osrednje, slično kao u mnogim drugim zemljama (Björk, 2007).

Záver:

Profesija medicinskih sestara suočava se sa značajnim globalnim izazovima, uključujući nedostatak medicinskih sestara i sve veće migracije, posebno iz zemalja u razvoju. Ovi problemi ističu važnost razumevanja zadovoljstva na poslu kao ključnog pokazatelja kvaliteta života medicinskih sestara i psihosocijalnih aspekata njihovog radnog okruženja. Istraživanja pokazuju da radno okruženje direktno utiče na zadovoljstvo medicinskih sestara, njihovu zadržavanje na radnim mestima i kvalitet nege pacijenata. Faktori kao što su nedostatak odgovarajućih radnih uslova, preopterećenje poslom i nedostatak autonomije u donošenju odluka doprinose nezadovoljstvu i sagorevanju, što dovodi mnoge medicinske sestre da napuste svoja radna mesta ili migriraju u inostranstvo.

Sve veća potreba za visoko obrazovanim i dobro obučanim medicinskim sestrama sa snažnim liderstvom i menadžerskim veštinama postaje očigledna. Da bi se rešavali ovi izazovi, budući lideri medicinskih sestara moraju upotpuniti svoje kliničko znanje sa znanjem u oblasti menadžmenta u zdravstvu, stilovima liderstva i organizacionim strategijama. Studije sugerišu da transformacioni i transakcioni stilovi liderstva mogu pomoći u smanjenju stresa na radnom mestu i poboljšanju zadovoljstva na poslu, što na kraju poboljšava kvalitet nege pacijenata.

Dalje obrazovanje i kontiniovani profesionalni razvoj su ključni kako za sadašnje, tako i za buduće medicinske sestre, kako bi se snašli u složenostima profesije. Podržavajuće i zdravo radno okruženje, u kojem medicinske sestre imaju odgovarajuće resurse, autonomiju i mogućnosti za napredovanje, od esencijalne je važnosti za smanjenje fluktuacije i poboljšanje celokupnog zdravstvenog sistema. Osiguranje da su medicinske sestre adekvatno podržane i opremljene za svoje uloge ne samo da će poboljšati njihovu dobrobit, već će dovesti i do boljih rezultata za pacijente i zdravstveni sistem u celini

Abstract

The migration of nurses from the Republic of Serbia to European Union countries represents a serious economic and social issue. This paper examines workplace factors influencing the departure of nurses, including poor job organization, excessive working hours, lack of support, and unsatisfactory wages. The aim of the study is to analyze key determinants of dissatisfaction and identify strategies for improving working conditions.

The empirical part of the study includes a survey of nurses who have migrated from Serbia and are currently working abroad. Standardized questionnaires, including the PES-NWI scale, were used to assess the work environment and identify the main reasons for migration. Data analysis provides insight into the level of satisfaction with various aspects of the work environment and collaboration with doctors.

The research findings may contribute to the development of policies aimed at retaining nurses in Serbia, including improving management, increasing salaries, and enhancing working conditions. The recommendations are directed towards healthcare institutions and the Ministry of Health, with the goal of reducing the outflow of qualified staff and strengthening the healthcare system in Serbia.

Keywords: nurses, migration, work environment, healthcare system, PES-NWI, job satisfaction

Introduction

The nursing profession is dynamic and demanding. Nurses face daily challenges in maintaining a balance between providing high-quality patient care and fulfilling their responsibilities in a work environment that is often less than ideal. Patient-related situations, such as expensive recovery processes, a lack of capacity to handle critical cases, and poor working conditions, can lead to feelings of helplessness and professional dissatisfaction among nurses. The decision to leave their job is often a self-initiated choice based on a negative perception of their workplace, the institution they work for, or their career in general. The most common reasons for job dissatisfaction among nurses include poor working conditions, inadequate job organization, excessive overtime, lack of respect, limited autonomy, or wages that are not considered satisfactory in relation to the workload.

The migration of nurses to other European Union countries presents an economic problem, as the education they receive in their home country is transferred elsewhere. Additionally, prolonged dissatisfaction with the work environment leads some nurses to leave the profession entirely and seek employment in other sectors. Nurse migration is a national economic issue, as the investment in their education—often provided through free nursing programs—does not yield returns within the country's healthcare system.

Numerous studies have been conducted to determine the reasons why nurses change workplaces, abandon their careers in nursing, or experience overall job dissatisfaction. Depending on the country where the research was conducted, the functioning of the healthcare system, the level of healthcare provided, and demographic factors, studies reveal both diverse and common reasons for career changes or workplace transitions.

Improving the work environment for nurses can reduce job dissatisfaction and the intention to leave the country. By focusing on the findings of various studies, it is possible to develop strategies to retain nurses within the healthcare system. Addressing the challenges of poor working conditions requires coordinated action from policymakers and healthcare managers.

The aim of this paper is to examine the unfavorable workplace factors that most significantly influence the migration of nurses from Serbia to European Union countries. The empirical section will present the historical development of nursing, contemporary nursing practices, the work environment of nurses, managerial support for nurses, their involvement in hospital operations, and job satisfaction in relation to both material and non-material motivators. This section will also explore the collaboration between nurses and physicians.

As part of the research, we will conduct surveys with nurses who have left Serbia and are currently employed abroad to assess their satisfaction with their previous work environment before migrating. Two questionnaires will be used in the study. The first is specifically designed for this research to gather demographic data and overall job satisfaction, while the second is a standardized PES-NWI questionnaire. The findings will reveal which workplace aspects respondents were most and least satisfied with.

The work environment plays a crucial role in job satisfaction. Poor workplace conditions lead to nurse attrition, either through career changes or migration abroad. The purpose of this study is to highlight to decision-makers the importance of systematic reforms that will help retain nurses in the countries where they were trained. The study will provide recommendations for healthcare management, emphasizing the need for highly educated and competent nurses in leadership positions, selected based on their qualifications and professional excellence. Additionally, a key focus of this research will be policy recommendations for the Ministry of Health, including considerations for salary increases for nurses

Methods:

For the purposes of this study, an anonymous survey will be conducted, focusing on nurses who have migrated from Serbia and are currently working abroad. The survey will be conducted electronically by sending a link via email. Completed surveys will be collected in a database. Anonymity for participants is guaranteed, as the program used to create the survey—Google Forms—does not display the email addresses from which the survey was accessed.

Results:

The research instrument consists of a two-part questionnaire. The first part includes questions regarding the sociodemographic characteristics of the sample: gender, education level, number of years worked in the profession before migrating abroad, and the number of years of work experience in their current job abroad. In this part of the questionnaire, there is also a question regarding motivation factors, asking what would be the main motivation for respondents to stay in their current job and not leave Serbia, how satisfied they are with their current job overall, what they believe are the main problems in nursing in Serbia, and how they propose those issues can be resolved.

The second part of the questionnaire will use the “Nursing Work Environment Scale” (PES-NWI), a standardized tool used to assess the work environment in over 30 countries. For the purposes of this study, the questionnaire will be translated from English to Serbian. The questionnaire is publicly available. The estimated time to complete the questionnaire is 15 minutes. The questionnaire contains 30 questions to which participants respond by choosing one of five statements according to a Likert scale (responses are 1 – strongly disagree, 2 – disagree, 3 – neither agree nor disagree, 4 – agree, and 5 – strongly agree). A score is calculated

for each question, followed by a total score for each domain, and a final overall score for all domains.

Before beginning the survey, participants will be informed about the purpose of the survey and will have the option to consent by responding with a “yes/no” answer. The survey will be sent to 300 email addresses. The questionnaire assesses five domains:

Domain 1: Nurse Participation in Hospital Operations (9 statements):

- Nurses/technicians are involved in the internal management of the hospital/institution.
- Nurses have the opportunity to participate in the creation of institutional policies.
- There are opportunities for career advancement.
- Management listens to and responds to employee issues.
- The head nurse is present and accessible to the staff.
- There are opportunities for advancement and career development within the hospital hierarchy.
- Responsible nurses consult with staff on daily problems and protocols.
- Nurses have the opportunity to participate in committees and working groups in the institution.
- The head nurse has the same level of authority and respect as other managers in the institution.

Domain 2: Nursing Foundations for Quality Care (10 statements):

- Nursing diagnoses are used, and there is an active quality service monitoring program.
- A mentorship program for newly hired nurses is implemented.
- Healthcare is based on the nursing model, not the medical model.
- Patient care procedures allow for continuity of care from day to day.
- The institution has a clear nursing philosophy that guides the delivery of healthcare.
- Written, current care plans exist for all patients.
- There is continuous educational advancement for nurses.
- Collaboration occurs with nurses who have clinical practice competencies.

Domain 3: Nurse Manager's Competence, Leadership, and Support (5 statements):

- The head nurse (of the clinic) is a good leader and manager.
- The head nurse supports colleagues in decision-making, even if it involves conflict with a physician.
- Management uses mistakes as opportunities for learning, rather than criticism.
- Management supports nurses.
- Recognition and praise for well-done work are practiced.

Domain 4: Staffing and Resource Adequacy (4 statements):

- There are enough nurses to provide quality care to patients.
- There are enough staff to perform tasks.
- Appropriate support services allow nurses to spend more time with patients.
- Adequate time and opportunity are provided for nurses to discuss patient care issues with colleagues.

Domain 5: Collegial Nurse-Physician Relationships (3 questions):

- Physicians and nurses/technicians have good working relationships.
- There is a lot of teamwork between physicians and nurses/technicians.
- There is collaboration (joint practice) between physicians and nurses/technicians.

After conducting the survey, the responses will be entered into a specially prepared table in Excel. Using the tools in Excel, the responses will be statistically processed, graphically displayed, and explained. The results will be presented as percentages for each category, except for the sections related to proposed solutions in healthcare, which will be given narratively.

In the second part of the questionnaire, the statements that participants agree with will be rated on a scale from 1 to 5, where 1 represents the lowest level of agreement, and 5 represents complete agreement. For each statement, the number of responses will be counted, and they will be rated according to a five-point scale, where the first response receives 0 points, and each subsequent response receives 25 points more. The number of points is then multiplied by the number of responses and divided by the number of participants in the study. This results in an average score for each question. The total score for a domain is obtained by summing the average scores for all questions in that domain and dividing by the number of statements in that domain. The overall satisfaction with the work environment is calculated by summing the average scores of all domains and dividing by 5 domains.

Discussion:

Today, there is a significant shortage of the nursing profession worldwide, which in some countries manifests as a failure to achieve public health goals in health prevention and the provision of services within healthcare frameworks (Brooks, 2002). There is also evidence that the migration of nurses is becoming an increasing problem in developing countries (Pennbrant, 2021). Therefore, job satisfaction research, as an indicator of the quality of life for nurses and the psychosocial aspects of their work environment, is included in national studies and international projects funded by governments and institutions that promote the importance of a healthy work and physical environment (Brooks, 2002).

Heavy workload due to inadequate conditions and moral-ethical principles lead nurses to self-assess and question the value of their work. Work that does not fully align with timeframes cannot provide satisfaction to a person (Essays, 2018).

In the healthcare system, the current issue is whether nurses have enough knowledge and experience to organize nursing services based on modern principles while maintaining full independence and autonomy in nursing. Practice shows that nurses do not have autonomy in organizing nursing services, and the criteria for selecting head nurses are lacking. It is generally assessed that head nurses should primarily possess professional knowledge, a vision for the future, and readiness for change to improve nursing (Pishgooie, 2019).

Clearly, our nursing leaders or future head nurses need to complement their specialized knowledge with knowledge of managing work processes and skills for working with people. This additional scope requires solid studies in healthcare organization, leadership, and modern management to help them address complex and high-level issues in their daily work and profession. These knowledge areas have long surpassed the possibility of being mastered independently and only through practice. They are well-developed fields of science that must be studied through specific disciplines, study programs, and continuous learning through

experience. Looking toward the future, nurses should adopt both transformational and transactional leadership styles, as research suggests they can reduce workplace stress and the intention of nurses to leave, allowing head nurses to use a combination of transformational and transactional leadership to improve job satisfaction and healthcare quality (Essays, 2018).

Some studies confirm (Kutney-Lee, 2013) that in the near future, head nurses will be highly educated with developed organizational skills and modern knowledge in organization, leadership, and management. They will be increasingly interested in this knowledge as it is a key factor for success in this type of job. Current head nurses, who do not possess these skills, should not feel undervalued but should focus on further education and improvement, never thinking that their knowledge is fixed and final.

Many studies conducted worldwide (in over 30 countries) used the Practice Environment Scale of Nursing Work Index (PES-NWI) to examine perceptions of the work environment among nurses. Linou et al. (2009) studied the impact of the work environment among Asian nurses working in the United States, the largest group of international nurses in the country. The survey involved 230 Asian nurses who were born in Far Eastern countries and had worked for at least 6 months in their current jobs at a U.S. hospital. The study's findings show that PES-NWI is a reliable and valid scale when applied to Asian nurses working in the U.S. The findings also indicate that Asian nurses perceive the work environment in the U.S. differently from American nurses, likely due to different cultural beliefs. A better understanding of these differences can help develop more individualized support for Asian nurses as they adapt to working in the United States (Linou, 2009).

A similar study was conducted in Belgium by Milisen et al. (2006), examining the perception of Belgian hospital nurses regarding the work environment, workforce issues, quality of care, job satisfaction, and professional decision-making. Commitment to being competent providers of quality care was extremely strong among nurses, but they also perceived multiple and complex barriers in their work environment. Concerns about leadership and management quality, understaffing, time pressures, and a stressful work environment were seen as obstacles to providing good healthcare (Milisen, 2006).

In research conducted by Pires (2018) in Brazil among 188 nurses from the public and private sectors, a large number of participants (58%) felt that nurses had no opportunity to participate in decision-making, and 48.9% confirmed that administrative services and management showed no interest in nurses' problems. Since the study included both the public and private sectors, it can be concluded that management in both sectors is similar, as is the level of nurse dissatisfaction.

The shortage of nurses in hospitals is a global problem that affects financial resources, organizational efficiency, and the quality of care provided to patients. There is a direct link between job satisfaction, retention, turnover, and elements of nurses' work environments. Research that identifies specific elements of the current work environment that contradict nurses' perceptions of their preferred practice environment can help define evidence-based work environments for care. In the research by Kotzer et al. (2008), a sample of 385 nurses assessed their work environment. It was found that staff was able to identify areas for improvement. Despite moderate work pressure, the staff confirmed a very positive work environment in their units, unlike our research where nurses reported that poor work conditions were one of the reasons for migrating abroad.

Bégat et al. (2005) found in their study that support provided to nurses can positively impact their perception of well-being. They also concluded that the work environment affects their engagement and motivation. Studies on this topic prove that a better work environment, which includes sufficient staffing levels and higher job satisfaction, leads to more tasks completed, higher quality care for patients, and greater patient satisfaction with the care provided.

Ki et al. (2022) in their study examined turnover intention and actual turnover among nurses working shifts. This study tested relevant associations using prospective longitudinal data with a 12-month gap. The participants were 491 nurses working shifts. Of these, 112 (22.8%) intended to change jobs, while 38 (7.7%) left their jobs during the 12-month study period. Among the 112 with intentions to migrate, 22 left their jobs and migrated. Migration intention strongly predicted actual departure. These findings emphasize the need for early interventions aimed at preventing and mitigating nurse burnout.

In several studies, Aiken et al. confirmed that the work environment of nurses greatly affects patient mortality rates, failure to save lives, inadequate and incomplete healthcare, patient satisfaction, and nurse dissatisfaction leading to burnout. Although a positive result of increasing the number of highly educated nurses was shown, fewer patients per nurse significantly improved outcomes in hospitals with good work environments, slightly improved outcomes in hospitals with average environments, and had no effect in hospitals with poor environments (Aiken, 2011).

A study conducted in 12 European countries, involving 31,627 nurses in 2,170 general medical and surgical units, examined the connection between long shifts required due to resource shortages or poor organization and job dissatisfaction. 12-hour shifts are becoming more common for hospital nurses, but there are hypotheses that long shifts negatively affect nurses' well-being, job satisfaction, and intention to leave the job. The results showed that nurses working shifts of ≥ 12 hours were more likely to experience burnout syndrome, emotional exhaustion, depersonalization, and low personal achievement. Longer working hours for nurses are associated with negative outcomes and may pose safety risks for patients (Liu, 2016).

A healthy work environment for nurses is fundamental to promoting patient and nurse safety in hospitals. Research conducted in order to assess the work environment of nurses in hospitals in Western Amhara, Ethiopia, in 2021, involved a cross-sectional study among 423 nurses. One hundred eighty-eight (46.2%) nurses stated that their work environment was healthy, while 219 (53.8%) stated it was not. Nurses working in pediatric departments and those caring for 7-12 patients per day were less likely to report a healthy work environment (Kassahun, 2022).

Research conducted in hospitals in Norway, involving 2,095 nurses in four different hospitals, showed that interactions at work with colleagues and head nurses, as well as other healthcare team members, and salary were the most important factors for job satisfaction. Ongoing education, further professional development, and the use of free days for professional development were listed as factors positively influencing the intention to continue working in the hospital. The study confirmed that overall job satisfaction in Norway is average, similar to many other countries (Björk, 2007).

Conclusion:

The nursing profession faces significant global challenges, including a shortage of nurses and increasing migration, particularly from developing countries. These issues highlight the

importance of understanding job satisfaction as a key indicator of the quality of life for nurses and the psychosocial aspects of their work environment. Research shows that the work environment directly impacts nurses' job satisfaction, their retention, and the quality of patient care. Factors such as inadequate working conditions, heavy workloads, and lack of autonomy in decision-making contribute to dissatisfaction and burnout, leading many nurses to leave their positions or migrate abroad.

The growing need for highly educated and well-trained nurses with strong leadership and management skills is evident. To address these challenges, future nurse leaders must complement their clinical expertise with knowledge in healthcare management, leadership styles, and organizational strategies. Studies suggest that transformational and transactional leadership styles can help reduce workplace stress and improve job satisfaction, which ultimately enhances patient care quality.

Further education and continuous professional development are crucial for both current and future nurses to navigate the complexities of the profession. A supportive and healthy work environment, where nurses have adequate resources, autonomy, and opportunities for career advancement, is essential to reduce turnover and improve the overall healthcare system. Ensuring that nurses are adequately supported and equipped for their roles will not only enhance their well-being but also lead to better outcomes for patients and the healthcare system as a whole.

Literatúra

AIKEN, LH. et al. 2011. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. In *Med Care*. ISSN 0025-7079, 2011, vol. 49, no. 12, p. 1047-1053.

AIKEN, LH. et al. 2011. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. In *Int J Qual Health Care*. ISSN 1464-3677, 2011, vol. 23, no. 4, p. 357-364.

BÉGAT, I. – ELLEFSEN, B, - SEVERINSSON, E. 2005. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being -a Norwegian study. In *J Nurs Manag*. ISSN 1365-2834, 2005, vo. 13, no. 3, p. 221-230.

BJØRK, IT. et al. 2007. Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. In *Int J Nurs Stud*. 0020-7489, 2007, vol. 44, no. 5, p. 747-757.

BROOKS, I. - SWAILES, S. 2002. Analysis of the relationship between nurse influences over flexible working and commitment to nursing. In *J Adv Nurs*. ISSN 0309-2402, 2002, vol. 38, no. 2, p. 117-126.

BUCHAN J, et al. 2009. Does a code make a difference – assessing the English code of practice on international recruitment. In *Human Resources for Health*; ISSN 1752 3623, 2009, vol. 7, no. 33.

DILIG-RUIZ, A. et al. 2018. Job satisfaction among critical care nurses: A systematic review. In *J Nurs Stud*. ISSN 0020-7489, 2018, vol. 88, p. 123-134.

ESSAYS, 2018. Nursing Self-Assessment Essay. [On line] Retrieved from: <https://www.ukessays.com/essays/nursing/skills-knowledge-competency-of-professional-nurse-self-assessment-nursing-essay.php?vref=1>

- FUENTEELSAZ-GALLEGO, C. et al. 2013. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. In *Int J Nurs Stud*. ISSN 0020-7489, 2013, vol. 50, no. 2, p. 274-280.
- HAFEEZ, I. et.al. 2019. Impact of workplace environment on employee performance: mediating role of employee health. In *Business, Management and Economics Engineering*, ISSN 2029-7491, 2019, vol. 17, no. 2, p. 173-193.
- KASSAHUN, CW. et al. 2022. Working environment of nurses in public referral hospitals of West Amhara, Ethiopia, 2021. In *BMC Nurs*. ISSN 1472-6955, 2022, VOL. 21, no. 1, p. 167.
- KUTNEY-LEE, A. et al. 2013. Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: an analysis of panel data. In *Int J Nurs Stud*. ISSN 0020-7489, 2013, vol. 50, no. 2, p. 195-201.
- KI, J. - CHOI-KWON, S. 2022. Health problems, turnover intention, and actual turnover among shift work female nurses: Analyzing data from a prospective longitudinal study. In *PLoS One*. 1932-6203, 2022, vol. 17, no. 7, p. e0270958.
- KOTZER, AM. – ARELLANA, K. 2008. Defining an evidence-based work environment for nursing in the USA. In *J Clin Nurs*. ISSN 0962-1067, 2008, vol. 17, no. 12, p.1652-1659.
- LIU, SR. – CHENG, CY. 2009. Using the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index on Asian nurses. In *Nurs Res*. ISSN1538-9847, 2009, vol. 58, no. 3, p. 218-225.
- LIU, Y. – AUNGSUROCH. Y. - YUNIBHAND, J. 2016. Job satisfaction in nursing: a concept analysis study. In *Int Nurs Rev*. ISSN 0020-8132, 2016, vol. 63, no1, p. 84-91.
- MILISEN, K. et al. 2006. Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *Int J Nurs Stud*. ISSN 0020 489, 2006, vol. 43, no. 6), p. 745-754.
- PISHGOOIE, AH. et al. 2019. Correlation between nursing managers' leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. In *J Nurs Manag*. ISSN 0966-0429, 2019, vol. 27, no. 3, p. 527-534.
- ROODDEHGHAN, Z. - YEKTA, ZP. - NASRABADI, AN. 2018. Ethics of rationing of nursing care. In *Nurs Ethics*. 2018, vol. 25, no.5, p. 591-600.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2007. *Workers' health: global plan of action*. W.H. Organization, World Health Organization: Geneva: 2007.

PRÍNOS BAZÁLNEJ STIMULÁCIE V INTENZÍVNEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

BENEFIT OF BASAL STIMULATION IN INTENSIVE NURSING CARE

Saloušeková Valéria Antaš^{1,2}

¹ *Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.,
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava Nové Zámky, doktorand*

² *Nemocnica s poliklinikou Poprad a. s., Oddelenie vnútorného lekárstva s JIS - metabolickou*
E-mail: valeria.salousekova@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: doc. Mgr. et Bc. Mária Jackulíková, PhD.

Abstrakt

Úvod: Ľudský život prináša rôzne situácie, s ktorými sestry bojujú každodenne. Snahou sestier je navrátiť pacientov do svojho bežného života, a to aj po tak náročných chvíľach akými bývajú týždne rehabilitácie po zvládnutí život ohrozujúceho stavu.

Cieľ: Opísať a analyzovať intervencie bazálnej stimulácie sestier pri rehabilitácii pacienta, ktorý bol dlhodobo napojený na umelú pľúcnu ventiláciu.

Materiál a metódy: Zvolenou metódou bola kazuistika pacienta, ktorý bol dlhodobo napojený na umelú pľúcnu ventiláciu, farmakologicky sedovaný a s pridruženými komplikáciami zdravotného stavu bol po stabilizácii stavu preložený na jednotku intenzívnej starostlivosti. Sestry pri rehabilitácii pacienta používali koncept bazálnej stimulácie.

Výsledky: Rehabilitácia a používanie prvkov bazálnej stimulácie je efektívnym spôsobom ako pacientov prinavrátiť do ich každodenného života. Ich skoré zaradenie do ošetrovania pacientov, ktorí boli dlhodobo sedovaní a napojení na umelú pľúcnu ventiláciu vie výrazne ovplyvniť ich ďalšiu kvalitu života.

Záver: Metódou ošetrovateľskej kazuistiky prezentujeme špecifický prípad pacienta s poukázaním na osobitosti a efekt použitých ošetrovateľských intervencií a prezentáciu cenných praktických skúseností.

Kľúčové slová: Bazálna stimulácia. Nácvik sebestačnosti. Kazuistika. Ošetrovateľská starostlivosť.

Abstract

Introduction: Human life brings various situations that nurses struggle with on a daily basis. Nurses strive to return patients to their normal lives, even after such challenging times as weeks of rehabilitation after managing a life-threatening condition.

Aim: The aim of this paper is to describe and analyze the nurses' sensory stimulation interventions during the rehabilitation of a patient in intensive care who was on artificial lung ventilation for a long time.

Material and methods: The chosen method was a case report of a patient who was connected to artificial pulmonary ventilation for a long time, pharmacologically sedated and with associated complications of the medical condition was transferred to the intensive care unit after

stabilization of the condition. Nurses used the concept of sensory stimulation in the rehabilitation of the patient.

Results: Rehabilitation and the use of elements of sensory stimulation are an effective ways to return patients to their daily lives. Their early inclusion in the care of patients who have been sedated for a long time and connected to artificial lung ventilation can significantly affect their future quality of life.

Conclusion: Using the method of nursing case report, we present a specific case of a patient, pointing out the peculiarities and the effect of the nursing interventions used and presenting valuable practical experience.

Keywords: Sensory stimulation. Self-sufficiency training. Case report. Nursing care.

Úvod

Rehabilitácia pacienta po dlhodobom pobyte v umelom spánku a na umelej pľúcnej ventilácii (UPV) je komplexný a náročný proces, ktorý vyžaduje interdisciplinárny prístup. Prolongovaná imobilizácia vedie k svalovej atrofii, oslabenému dýchaciemu svalstvu a riziku dekubitov (Jong a kol., 2015, s. 297 – 306). Dôležitou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti je postupná mobilizácia, respiračná fyzioterapia a nutričná podpora na obnovu svalovej hmoty. Pacienti často čelia neurokognitívnym deficitom, delíriu či psychickým problémom, ktoré vyžadujú psychologickú podporu (Brannigan a kol., 2022, s. 1968 – 1978). Sestry zohrávajú kľúčovú úlohu pri prevencii komplikácií, monitorovaní vitálnych funkcií a edukácii pacienta aj rodiny, čím prispievajú k úspešnej rekonvalescencii. Sestry samé svojou činnosťou môžu prispieť k rehabilitácii pacienta a jeho návratu do bežného života (Tipping a kol., 2016, s. 171 – 183).

Teoretické východiská skúmanej problematiky

V intenzívnej starostlivosti sú pacienti často v stave, keď ich schopnosť vnímania a komunikácie so svetom výrazne klesá. Tradičné rehabilitačné prístupy v tomto prostredí sa zameriavajú na fyzickú stránku zotavenia, no čoraz viac sa ukazuje, že celostný prístup, ktorý zahŕňa aj senzorické podnety, môže mať zásadný vplyv na celkový priebeh liečby (Naef a kol. 2022). Bazálna stimulácia, ktorá pracuje s aktiváciou základných zmyslov pacienta, poskytuje možnosti nielen na zlepšenie fyzického stavu, ale aj na podporu psychickej stability, čo vedie k efektívnejšiemu zotaveniu (Sheetal a kol. 2024). Tento koncept, založený na podpore vnímania vlastného tela, priestorovej orientácie a základných motorických funkcií, hrá dôležitú úlohu najmä pri zotavovaní pacientov so závažnou poruchou vedomia alebo pri tých, ktorí sa po kritických stavoch postupne zotavujú (Zaree, 2020). Základnou výhodou bazálnej stimulácie je jej prispôsobivosť individuálnym potrebám pacienta a možnosť aplikácie od najskorších fáz rehabilitácie. Jej prínos spočíva v tom, že podporuje nielen fyzické zotavenie, ale aj senzomotorické a kognitívne schopnosti, čím výrazne zlepšuje kvalitu života pacientov počas ich hospitalizácie (Ramya a kol., 2022, Li a kol., 2022). Tento prístup si získava pozornosť práve pre svoj pozitívny vplyv na dlhodobý vývoj pacienta a jeho schopnosť začleniť sa do bežného života po intenzívnej starostlivosti.

Metodologický úvod

Cieľom príspevku je pomocou kvalitatívnej metódy – kazuistiky prezentovať špecifický prípad pacienta, ktorý bol dlhodobo sedovaný, napojený na umelú pľúcnu ventiláciu a mal nepriaznivú prognózu zdravotného stavu. Cieľom je zdokumentovať ošetrovateľské intervencie s prvkami bazálnej stimulácie s cieľom pacienta rehabilitovať, mobilizovať a podporovať ho

v sebestačnosti, prezentovať dôležitosť konceptu bazálnej stimulácie v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti, poukázať na jeho pozitívny vplyv na ošetrovateľský manažment pacienta v intenzívnej starostlivosti a prezentovať výsledky ošetrovateľskej starostlivosti. Kritériá výberu prípadu boli nasledovné: pobyt na Oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny (OAIM) aspoň 4 týždne, zavedenie tracheostomickej kanyly (TSK) pre potreby dlhodobej umelej pľúcnej ventilácie, imobilizačný syndróm pri preklade pacienta na Jednotku intenzívnej metabolickej starostlivosti (JIMS) a podávanie stravy enterálnou cestou cez nasogastrickú (NGS) / nasojejunálnu (NJS) / perkutánnu endoskopickú gastrostómiu (PEG). Empirické dôkazy sme získali kombináciou viacerých metód, a to analýzou údajov v zdravotnej dokumentácii pacienta, neštruktúrovanými rozhovormi s pacientom, jeho rodinou, ošetrojúcim personálom, cieleným pozorovaním, fyzikálnym vyšetrením a využitím hodnotiacich škál a meracích nástrojov. Informácie sú uvádzané v chronologickej nadväznosti od prijmu pacienta na JIMS prekladom z OAIM až po preloženie pacienta na iné pracovisko. Zber dát, dokumentovanie údajov a ich analýza boli realizované na JIMS Oddelenia vnútorného lekárstva NsP Poprad a. s. v čase hospitalizácie pacienta so súhlasom rodiny pacienta, neskôr aj pacienta, vedenia oddelenia a nemocnice NsP Poprad a. s.

Výsledky

Anamnéza terajšieho ochorenia: Pacient, 73 – ročný muž, bol prijatý na OVL - JIS prekladom z OAIM na doriešenie stavu. Pacient bol prijatý na OAIM kvôli laktátovej metabolickej acidóze v teréne akútnej renálnej insuficiencie so snahou o respiračnú kompenzáciu. Vstupne bol pacient dyspnoický, slabý, bol prítomný tremor. Pacient bol napojený na kontinuálnu venovenóznou hemodialýzu s citrátovou antikoaguláciou (CVVHD Ci-Ca), spontánne ventilujúci, farmakologicky sedovaný, bolo realizované CT hlavy, brucha, panvy, USG brucha. V priebehu hospitalizácie sa rozvinula respiračná insuficiencia pri respiračnom a septickom stave s potrebou intubácie a umelej pľúcnej ventilácie (UPV). Vystúpili hodnoty kardiošpecifických enzýmov, boli prítomné zmeny na EKG a echokardiografickom vyšetrení, po konzultácii s Kardiocentrom FNŠP J. A. Reimana Prešov nebola odporúčaná akútna koronarografia a stav bol hodnotený ako NonStemi infarkt myokardu. Opakovane dochádza k fibrilácii predsiení s rýchlou komorovou odpoveďou na základe čoho bola 2x realizovaná elektrická kardioverzia. Pre zhoršujúci sa tras tela pri postupnom vysadzovaní sedácie bol konzultovaný neurológ a realizované opakované CT mozgu. Po stabilizácii stavu bol pokus o weaning, ale opakované pokusy boli neúspešné kvôli desaturáciám a slabej expektoračnej sile pacienta. Pre potrebu častej toalety dýchacích ciest a kvôli obtiažnemu weaningu bola zavedená po otorinolaringologickej (ORL) konzultácii TSK. Po úspešnom odpojení od UPV a sedácie pacient preložený na JIMS – OVL.

Lekárske diagnózy pri preklade na JIMS – OVL: Zápal pľúc zapríčinený inou aeróbnou gramnegatívnou baktériou

I10.00 Benígna primárna artérová hypertenzia, bez hypertenznej krízy

E11.90 Diabetes mellitus 2. typu: bez komplikácií, kompenzovaný

N17.8 Iné akútne zlyhanie obličiek

E87.2 Acidóza

G72.80 Myopatia kriticky chorých

A41.1 Sepsa zapríčinená iným bližšie určeným stafylokokom

I50.14 Zlyhávanie ľavej komory, s ťažkosťami v pokoji

K72.0 Akútne a subakútne pečňové zlyhávanie

I21.4 Akútny subendokardiálny infarkt myokardu

J15.7 Zápal pľúc zapríčinený *Mycoplasma pneumoniae*

G21.8 Iný sekundárny Parkinsonov syndróm

J96.00 Akútna respiračná insuficiencia, nezatriedená inde, typ I (hypoxemický)

Autobiografická anamnéza získaná od manželky

V minulosti pracoval ako stavbár, t. č. sociálny dôchodca, ktorý žije v bytovke na 4. poschodí s manželkou. Lieči sa na ochorenia vid' lekárske diagnózy pri prijme na JIS OVL.

Okrem manželky má dvoch synov, štyri vnúčatá, súrodenci a rodičia už nežijú. S rodinou má dobré vzťahy, synovia a vnúčatá ich navštevujú pravidelne.

V domácnosti bol mobilný, chodieval s manželkou na krátke prechádzky, nemá rád studené a daždivé počasie. Rád pozeral správy, hlavne politické a športové relácie. Nikdy nebol milovník literatúry a križoviek.

Nemá rád dotyky na nohách DKK, prekáža mu šteklenie, výrazné vône, nemá rád cestoviny a páľivé jedlá. Polievky nemá rád. Neprekáža mu čaj, ale radšej pije minerálne vody. Horšie vidí nablízko, musí používať dioptrické okuliare.

S komunikáciou pred hospitalizáciou problém nemal, bol vždy pokojný typ, skôr flegmatickej povahy, vždy pozitívne naladený.

Nemával problémy so spánkom, rád odpočíval, ale rád sa udržiaval aktívny. Vstával z postele skoro ráno, upratoval, rád varil. Používal rád rôzne prípravky osobnej hygieny, hlavne tie, ktoré mali jemnú vôňu, rád jedol červenú kapustu, knedľu a hovädzie mäso.

Nemal problém so spoločenskou interakciou, rád spoznáva nových ľudí, je komunikatívny a veľmi štedrý. Na stres reagoval vždy pokojne, bez zbytočných negatívnych emócií.

Sesterské posúdenie pri prijme na JIMS - OVL

73 – ročný pacient bol prijatý prekladom z OAİM. Pacient je pri vedomí, spontánne otvára oči a sleduje okolie, je imobilný, nespupracuje, nekomunikuje, orientáciu nemožno posúdiť, občas prikývne, výzve sa nevyhovie. Vitálne funkcie – normotenzia bez katecholamínovej podpory, sínusová tachykardia, SpO2 nad 90%, spontánne ventiluje cez TSK a T systém.

Koža – koža je bledá, suchá, má edémy na predkoleniach bilaterálne, zapareniny v inguinách a na skrôte, na zátylku je narušená celistvosť kože 1x1 cm, na päťách je začervenanie – dekubit I. stupňa, na ľavej dolnej končatine pri palci je pľuzgier naplnený krvou. Barthelovej test 0b, Nortonovej test 13b, riziko pádu 5b, nutričný skríning 0b.

TSK – okolie je bez začervenania, obteká hlienmi, zo subglotického priestoru je odsávané žlté hlien, z TSK sú odsávané žlté hlien, podávaný je O2 na 3l/30%.

Centrálny venózný katéter (CVK) – z OAİM, vo vena jugularis interna dextra, je 4 – lúmenový, priechodný, funkčný, okolie je bez známok zápalu, prelepený je Tegadermom – výmena 29.07.24

Permanentný močový katéter (PMK) – je z OAİM č. 18, funkčný, moč čirý.

NGS – je v pravej nosovej dierke, z OAİM, je funkčná, poloha je overená, peristaltika je prítomná, patologický žalúdočný obsah nie je prítomný, pri prijme tekutín a stravy pacient kaše, strava aj tekutiny obtekajú okolo TSK – nutné je podávanie len cez NGS.

Sesterské diagnózy pri prijme:

A 113 Imobilita v súvislosti v dlhodobým pobyto na lôžku prejavujúca sa neschopnosťou samostatnej zmeny polohy a zmenami na orgánových systémoch (kožný systém, vylučovací systém, atď.).

D 121 Neúčinné čistenie dýchacích ciest v súvislosti so slabou expektoračnou silou a sťaženým odpájaním od UPV prejavujúce sa neschopnosťou samostatne vykašľať spútum, potrebou zavedenej TSK a potrebou častej toalety DC.

Ďalšie sesterské aktuálne diagnózy: D 100 Dekubit I. štádia na päťach, D 101 Dekubit II. štádia na ľDK, S 152 Neschopnosť spolupráce, T 102 Zvýšený objem telesných tekutín, V 107 Inkontinencia moča, V 103 Inkontinencia stolice, V 126 Porucha prehĺtania, K 100 Narušená verbálna komunikácia, K 102 Narušená neverbálna komunikácia

Potencionálne sesterské diagnózy:

D 124 Riziko hypoxie v súvislosti s neschopnosťou samostatnej toalety DC a potrebou zavedenia TSK.

D 104 Riziko vzniku dekubitov v súvislosti dlhodobým pobyto na lôžku.

Ďalšie potencionálne diagnózy: A 116 Riziko úrazu, poranenia, I 121 Riziko vzniku infekcie, A 131 Riziko aspirácie

Katamnéza

1. ošetrovateľský deň

Pacient bol o 17:00 preložený z OAİM na JIMS – OVL. Uložený bol na centrálne lôžko č. 2 v hlavnej izbe slúžiacej pre 6 pacientov, tzn. do stredu diania JIMS. Pacient s Glasgow coma scale (GCS) 12b nekomunikoval, nebol sebestačný, bola nutná komplexná ošetrovateľská starostlivosť vrátane prevencie dekubitov, starostlivosti o všetky invazívne vstupy a starostlivosti o rany a kožné zmeny. S pacientom sa začalo s pasívnou rehabilitáciou pri každom polohovaní (pasívne cvičenie s dolnými a hornými končatinami).

2. – 4. deň: Pacient sa snažil pohybovať, komunikovať neverbálne, bol orientovaný a začal aktívnu rehabilitáciu.

5. – 7. deň: Postupné zlepšovanie motorických schopností – dvíhanie horných končatín (HKK), samostatná poloha na bokoch, aktívne odkašliavanie, perorálny príjem tekutín (kašovitá strava ešte neprechádzala).

8. – 10. deň: Komunikácia neverbálna, prijímal aj kašovitú stravu, motorická spolupráca sa zlepšovala, rehabilitácia jemnej motoriky začatá (písanie, kreslenie).

11. deň: Zlepšená spolupráca pri rehabilitácii aj sebestačnosti, snažil sa prijímať stravu jedálenským príborom, sedel na posteli so spustenými dolnými končatinami (DKK), výmena TSK za fonačnú kanylu, pacient sa postavil za pomoci fyzioterapeutov. Prvé slová pacienta: „Ale ste tu všetky ženy krásne!“.

12. – 15. deň: Zlepšená spolupráca pri rehabilitácii aj sebestačnosti, snažil sa prijímať stravu jedálenským príborom, sedel na posteli so spustenými dolnými končatinami (DKK), nácvik reči a edukácia pacienta a jeho manželky o starostlivosti o TSK

16. – 17. deň: Pokusy o chôdzu na mieste, nácvik vystretej chrbtice a stabilizácie tela.

18. deň: Pacient bol preložený na rehabilitačné oddelenie.

Analýza výsledkov

Tabuľka 2 Analýza používania prvkov bazálnej stimulácie v priebehu hospitalizácie pacienta

Typ stimulácie	Trvanie	Spôsob
Somatická	Celá hospitalizácia	• Polohovanie každé 2 – 3 hodiny a podľa potreby • Mäkké a tvrdé polohovanie pomôcky • Neskôr vysadzovanie na posteli, stoj a chôdza
Vestibulárna	1.–4. Deň personálom	• V nepravidelných intervaloch pomocou miernych pohybov polohovaná hlava pacienta • Neskôr ju pacient polohoval sám
Vibračná	Celá hospitalizácia	• Pomocou aktívneho antidekubitárneho matracu, ktorý pri nafukovaní segmentov vytvára jemné vibrácie. • Neskôr pomocou vibrácii z rádia, ktoré držal v ruke
Optická	Celá hospitalizácia	• Uloženie pacienta na rušné miesto s vysokou frekvenciou pohybu osôb a podnetov. • Neskôr sledovaním videí na vlastnom mobile
Auditívna	Od 6. dňa	• Na začiatku pomoc počúvania ruchu na JIS a počúvaním rozhovorov personálu • Pomocou malého osobného rádia, ktoré priniesla rodina z domáceho prostredia
Orálna	Celá hospitalizácia	• Pri starostlivosti o dutinu ústnu umývaním jazyka a sliznice DÚ čistiacimi tyčinkami s rôznou príchuťou, neskôr obľúbenou zubnou pastou z domu • Neskôr podávaním teplých aj studených nápojov a jedál
Olfaktorická	Celá hospitalizácia	• Realizovaná parfumovanými prípravkami na hygienu tela, dezodoranty a telové spreje, ktoré priniesla rodina z domu • Prípravkami na osvieženie vzduchu v miestnosti • Pravidelné vetranie miestnosti v rôznom čase
Taktilno – haptická	Celá hospitalizácia	• Realizovaná pri každom kontakte s pacientom – dotykom v rukaviciach aj holou kožou personálu a rodiny, pôsobením tepla aj chladu prikrytím alebo odkrytím paplónu

Zdroj: vlastné spracovanie

Diskusia

Bazálna stimulácia sa ukazuje ako účinný nástroj pri rehabilitácii pacientov v intenzívnej starostlivosti, čo potvrdzuje aj uvedený prípad. Tento prístup je špecificky zameraný na aktiváciu základných senzorických systémov pacienta, čím podporuje zlepšenie vnímania vlastného tela, orientácie a motorických funkcií (Machado, Castro, 2022). V rámci opísanej katamnézy bola aplikácia bazálnej stimulácie neoddeliteľnou súčasťou každodennej starostlivosti o pacienta. Počas celého obdobia hospitalizácie pacient reagoval na rôzne druhy stimulácie, ako sú somatická, vestibulárna, vibračná, auditívna, orálna a olfaktorická

stimulácia. Tieto stimuly mu pomáhali postupne znovu nadobudnúť orientáciu, pohybové schopnosti a jemnú motoriku.

Vestibulárnu stimuláciu sme realizovali jemným a citlivým polohovaním hlavy pacienta. Napriek tomu, že existujú rôzne druhy tejto stimulácie, na pracovisku nebolo možné ich využiť. Napriek tomu polohovanie hlavy prispelo k tomu, že pacient si sám začal uvedomovať potrebu zmeny polohy a po veľmi krátkom čase ňou sám dokázal hýbať. Somatickú stimuláciu sme realizovali v podobe polohovania a dotykovej interakcie. Používali sme rôzne materiály, teplé aj studené, ale aj dotyk kože o kožu. Tento typ stimulácie napomáha predchádzať dekubitom a podporuje telesné vnímanie (Kearney, Lanius 2022).

Auditívna stimulácia bola realizovaná počúvaním rádia, počúvaním rozhovorov personálu a počúvaním rôznych zvukov ruchu na oddelení. Podľa Forte a kolektívu (2021) dokáže správna rytmická hudba pacientov podnecovať s rôznym pohybovým vzorcom. Nakoľko aj neprimeraná zvuková nálož vie ovplyvniť náladu a spoluprácu pacientov, bol kladený dôraz na to, aby nebol vytváraný neprimeraný hluk na oddelení. Dĺžka počúvania rádia závisela od požiadaviek pacienta.

Orálna stimulácia bola obzvlášť dôležitá. Pacienti s Parkinsonovou chorobou majú ovplyvnenú chuť a veľmi často trpia nechutenstvom (Kwak a kol. 2023). U pacienta bol perorálny príjem problémový kvôli pseudobulbárnemu stavu. Napriek tomu sme stimuláciu vykonávali pomocou ochutených štetôčok na ústnu hygienu a neskôr aj pomocou vlastnej ústnej vody a zubnej pasty pacienta

Olfaktorická stimulácia sa realizuje inhaláciou rôznych aróm umelo vytvorených, ale aj prírodných. Začína sa vôňami a pachmi, ktoré sú pre pacienta známe a postupne sa prejde na nové, neznáme vône (Canbeyli 2022, D'Andrea a kol. 2022). Pachy v nemocničnom prostredí nemusia byť pre pacienta príjemné (dezinfekcia, zápach z liekov, zápach telesných tekutín), preto je dôležité ich vyvážiť príjemnými vôňami, ktoré pacient pozná z domova. V našom prípade išlo o použitie vlastnej kozmetiky, ktorú pacient používal doma, prípravkov na osvieženie vzduchu, ale aj len obyčajným vetraním v miestnosti, keď sa von kosil trávnik alebo keď pršalo. Pri ošetrovaní pacienta personál nepoužíval veľmi silné a dráždivé parfémy, ktoré pacient nemal v obľube.

Záver

Bazálna stimulácia ponúka pacientom v intenzívnej starostlivosti nielen prevenciu komplikácií, ako sú dekubity, ale aj zlepšenie ich psychomotorických a senzorických funkcií. V tomto prípade bol pacient vďaka aplikovaniu bazálnej stimulácie schopný dosiahnuť postupné pokroky v rehabilitácii, a to už od základných pohybov až po pokusy o samostatné sedenie a chôdzu. Tento prístup sa ukazuje ako prínosný a mal by byť integrovaný do komplexnej starostlivosti o pacientov v kritických stavoch, čo by mohlo podporiť ich rýchlejší návrat do funkčného života.

Literatúra

BRANNIGAN, J. a kol. 2022. Adverse Events Relating to Prolonged Hard Collar Immobilisation: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Global Spine Journal*. [online]. Roč. 12, č. 8/2022. s. 1968 – 1978. Dostupné online: <https://doi.org/10.1177/21925682221087194>. ISSN 2192-5690.

CAMBEYLI, R. 2022. Sensory stimulation via the visual, auditory, olfactory and gustatory systems can modulate mood and depression. In *European Journal of Neuroscience*. [online]. Roč. 55, č. 1/2022. s. 244 – 263. Dostupné online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ejn.15507>. eISSN 1460 - 9568.

D'ANDREA, F. a kol. 2022. Olfactory stimulation for people with dementia: A rapid review. In *Dementia*. [online]. Roč. 21, č. 5/2022. s. 1800-1824. Dostupné online: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/14713012221082377>. ISSN 1471 – 3012.

FORTE, R. a kol. 2021. The Impact of Exercise Intervention with Rhythmic Auditory Stimulation to Improve Gait and Mobility in Parkinson Disease: An Umbrella Review. In *Brain sciences*. [online]. roč. 11, č. 6/2021. s. 1 – 17. Dostupné online: <https://www.mdpi.com/2076-3425/11/6/685>. ISSN 2076-3425.

JONG, A. a kol. 2015. Difficult intubation in obese patients: incidence, risk factors, and complications in the operating theatre and in intensive care units. In *British Journal of Anaesthesia*. [online]. roč. 114, č. 2/2015. s. 297 – 306. Dostupné online: <https://doi.org/10.1093/bja/aeu373>. ISSN 1471-6771.

KEARNEY, B. – LANIUS, R. 2022. The brain-body disconnect: A somatic sensory basis for trauma-related disorders. In *Frontiers in Neuroscience*. [online]. roč. 16, november 2022. s. 1 – 34. Dostupné online: <https://www.frontiersin.org/journals/neuroscience/articles/10.3389/fnins.2022.1015749/full>. ISSN 1662-453X.

KWAK, I-Y. a kol. 2023. Gustatory dysfunction is related to Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. In *International Forum of Allergy & Rhinology*. [online]. roč. 13, č. 10/2023. s. 1845-1996. Dostupné online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/alr.23158>. ISSN 2042-6984.

LI, Z. a kol. 2022. Patients With Breast Cancer Receiving Chemotherapy: Effects of Multisensory Stimulation Training on Cognitive Impairment. In *Clinical Journal of Oncology Nursing*. [online]. roč. 26, č.1/ 2022. s. 71-77. Dostupné online: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35073301/>. ISSN 1538-067X.

MACHADA, B. – CASTRO, C. 2022. Use of multisensory stimulation in institutionalized older adults with moderate or severe dementia. In *Dementia & Neuropsychologia*. [online]. roč. 16, č.2/ 2022. s. 202-212. Dostupné online: <https://www.scielo.br/j/dn/a/NjgZ7pVv4gynXrvbNk9g7bj/>. ISSN 2764-4863.

NAEF, A. a kol. 2022. Visual and auditory stimulation for patients in the intensive care unit: A mixed-method study. In *Intensive and Critical Care Nursing*. [online]. roč. 73, december 2022. Dostupné online: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339722001094>. ISSN 0964-3397.

RAMYA, S. A. a kol. 2022. The effectiveness of directed multisensory stimulation on neurological response among unconscious patients at selected hospitals. In *Journal of Nursing Research*. [online]. roč. 7, č. 2/2022. s. 23-34. Dostupné online: <https://iccrjnr.com/downloads/ICCRJNR070202.pdf>. ISSN 2456 – 0200.

SHEETAL, B. a kol. 2024. Sensory stimulation interventions in ICU: A comprehensive systematic review on enhancing consciousness in unconscious patients. In *International Journal of Science and Research Archive*. [online]. roč. 12, č. 1/2024. S. 426–434. Dostupné online: <https://ijsra.net/sites/default/files/IJSRA-2024-0669.pdf>. ISSN 2582-8185.

TIPPING, C. a kol. 2016. The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review. In *Intensive Care Medicine*. roč. 43, november 2016. s. 171–183. Dostupné online: <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4612-0>. ISSN 1432-1238.

ZAREE, M. 2021. Narrative Review: Multisensory Stimulation in Dementia. In *Function & Disability Journal*. [online]. roč. 3, č. 1/2021. Dostupné online: <https://fdj.iums.ac.ir/article-1-132-en.html>. ISSN 2588-6304.



ISBN: 978 – 80 – 8132 – 301 – 0
EAN: 9788081323010