

Zdravotníctvo a sociálna práca

Medzinárodný vedecký časopis

Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave
a Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave

HEALTH AND SOCIAL WORK

International Scientific Journal

St. Elizabeth University of Health and Social Work, Bratislava
and Faculty of Health and Social Work Trnava University in Trnava

Ročník / Volume 12 | 2017 | Číslo / Number 3



Ošetrovatel'stvo | Verejné zdravotníctvo | LVMvZ
Pedagogika | Sociálna práca

Nursing | Public Health | Laboratory Medicine
Education | Social Work

administratívne centrum

AIRCRAFT

AIRCRAFT administratívne centrum je situované v rozvíjajúcej sa administratívno-obchodnej zóne pri nákupnom centre AVION a letisku M.R.Štefánika, na Ivánskej ceste 30/B.

kancelárske priestory od 40m²

najväčšia jednotka 620m²

kancelársky štandard A

reštaurácia a konferenčné miestnosti v budove

celkovo 10 000 m² kancelárskych priestorov

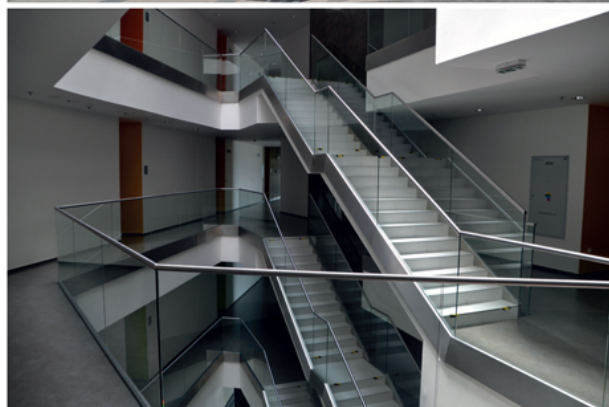
AIRCRAFT DIAGOSTIK COMPANY s.r.o.

Ivánska cesta 30/B, 821 04 Bratislava

Tel.: +421 2 32 55 31 46, +421 911 211 612

struhar@afl.sk

www.aircraftoffice.sk



aircraftsporthouse

Aircraft Sport House je špičkové fitness centrum, ktoré sa nachádza na ploche 3000 m². Jednou z najväčších výhod fitness centra je jeho rozloha. Keď raz prídete k nám, všetky ostatné fitness centrá sa Vám budú zdať malé. K fitness centru patrí aj bar, kde si môžete dať kávu alebo pred-tréningový shake. Medzi iné vybavenie v našom fitness centre patria spinningové bicykle, hrubé Watson tyče, kettlebells, strongman zóna so štedrým strongman vybavením, vzpieračské pódia a silové kletky.

Bojové športy
Rehabilitácie
Strongman
Craft camp
Wellness

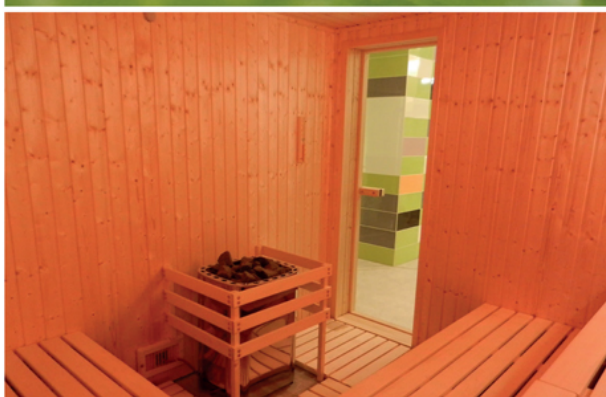
Box club
Riddim Dance
Dance Station
Aerobik
Pilates

Aircraft Sport House s.r.o.

Ivánska cesta 30/D, 821 04 Bratislava

Fitness +412 944 645 101 - Halové športy +421 949 422 051
sporthouse@afl.sk - www.aircraftsport.sk

PARTNERY:



ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA / ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PRÁCE HEALTH AND SOCIAL WORK

Medzinárodný vedecký časopis

Vysoké školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave
a Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave

International Scientific Journal

St. Elizabeth University of Health and Social Work Bratislava
and Trnava University in Trnava, Faculty of Health and Social Work

Časopis je indexovaný v Bibliographia Medica Slovaca a zaradený do citačnej databázy CiBaMed

Vydáva: SAMOSATO, s.r.o., Bratislava, SR a MAUREA, s.r.o., Plzeň, ČR

Vydavateľstvo SR

SAMOSATO, s.r.o., Bratislava
Plachého 53
P.O.BOX 27
840 42 Bratislava 42, SR
IČO: 35971509
IČ DPH: SK 202210756

Objednávky pre SR a ČR

doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU
Univerzitné nám. 1, 918 43 Trnava
Tel: 00421911747282
e-mail: msramka@ousa.sk
číslo účtu: 2925860335/1100 SR

Vydavateľství ČR

Maurea, s.r.o.,
ul. Edvarda Beneše 56
301 00 Plzeň
Česká republika
IČO: 25202294

Editor: prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc.,

Co-editor: doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc.

Redakcia: prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. – šéfredaktor

doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc. – tajomník redakcie

Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD – odborný redaktor, PhDr Zoja Csoková, PhD - technický redaktor

Redakčná rada / Editorial Board:

doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc. (Trnava); doc. PhDr. Anna Bérešová, PhD. (Košice); doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD. (Trnava); prof. PhDr. Pawel Czarnecki, PhD. (Warszawa), prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD. (Prešov); doc. MUDr. Štefan Durdík, PhD. (Bratislava); Prof. MUDr. Peter Fedor-Freybergh, DrSc. (Bratislava); doc. MUDr. et Mgr. Alena Furdová, PhD., MPH, MSc. (Bratislava); prof. MUDr. Štefan Galbavý, DrSc. (Bratislava); prof. MUDr. Anton Gúth, CSc. (Bratislava); MUDr. Mikuláš A. Haľko (New York, USA); prof. MUDr. Štefan Hrušovský, CSc., Dr SVS (Bratislava); prof. MVDr. Peter Juriš, CSc. (Košice); doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD, m.prof. (Příbram); prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD. (Rožňava); doc. PhDr. Nadežda Kovalčíková, PhD. (Trnava); Univ. Prof. PhDr. Vlastimil Kozoň, PhD. (Wien); prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc, Dr.h.c.mult. (Bratislava); doc. Mgr. Elena Lisá, PhD. (Bratislava); doc. PaedDr. Ilona Mauritzová, PhD. (Plzeň); doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. (Praha); Prof. PhDr. Michal Oláh, PhD. (Bratislava); doc. RNDr. Eugen Ružický, CSc. (Bratislava); prof. MUDr. Anna Sabová, PhD., (Nový Sad, Srbsko); prof. PhDr. Milan Schavel, PhD., (Bratislava); prof. MUDr. Jaroslav Slaný, PhD. (Trnava); prof. MUDr. Jana Slobodníková (Trenčín); Prof. MUDr. Peter Šimko, PhD (Bratislava); prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. (Bratislava); prof. MUDr. Igor Šulla, DrSc. (Košice); prof. PhDr. Valerie Tóthová, PhD. (České Budejovice); prof. JUDr. Robert Vlček, PhD., MPH (Bratislava); .

Adresa redakcie:

Časopis Zdravotníctvo a sociálna práca, Klinika stereotaktickej rádiokirurgie, OÚSA, SZU a VŠ ZaSP sv. Alžbety, Heydukova 10, 812 50 Bratislava, Slovenská republika. č. účtu: 2925860335/1100, SR. Adresa redakcie pre zaslanie rukopisov: e-mail: msramka@ousa.sk

Časopis je recenzovaný. Za obsahovú a formálnu stránku zodpovedajú autori.

Texty neprešli jazykovou korektúrou.

Pretlač je dovolená s písomným súhlasom redakcie • Nevyžiadané rukopisy sa nevracajú •

EV 4111/10, Zaregistrované MK SR pod číslom 3575/2006 • ISSN 1336–9326 •

Zaregistrované MK ČR pod číslom E 19259 • ISSN 1336–9326.

Nepredajné. 4 vydania ročne

Zdravotníctvo a sociálna práca • Volume/Ročník 12, Number/Číslo 3, 2017. Vyšlo dňa 31.08. 2017.

Link na online verziu časopisu:

www.zdravotnictvoasocialnpraca.sk

www.zdravotnictviasocialnprace.cz

OBSAH

Šramka M.

Editoriál 3

Furda, R., Gregus M.

Big data, analytics and other technologies in healthcare digitalization 4
(Big data, analytika a iné technológie v digitalizácii zdravotníctva)

Urban, D.

Specifika sociálnej práce s rodinami riešiacimi
(akutnú) problematickou situáci 15
(Specifics of social work with families that deal with (acute)
Problematic situation

Oravcová, M.

Reflexia penitenciárneho zaobchádzania v súvislosti s adaptačným
procesom seniorov v ústave na výkon trestu odňatia slobody 20
(Reflection of penitentiary treatment related to adaptation process
of seniors in prison)‘

Šumková, M.

Novela zákona č. 95/2004 Sb. o postgraduálnom vzdelávaní lekárov 29
(The amendment to Act No 95/2004 Coll. on postgraduate education of physicians)

Červená, L., Vranková, E.

Syndróm vyhorenia sociálnych pracovníkov pracujúcich na
Úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny v Slovenskej republike 41
(The burnout of social workers in the offices of labour, social
affairs and family in Slovak republic)

Konferencia – 2017 / Conference - 2017

Oznam o medzinárodnej konferencii v Báčskom Petrovci 56
(Information – International Conference in Backy Petrovac)

Jung, M.

Kazuistika 58
Liečba Ulcus cruris bilateralis Microdacyn 60[®] hydrogel
(Treatment of Ulcus cruris bilateralis by Microdacyn 60[®] hydrogel)

EDITORIÁL

Milí čitatelia,

časopis Zdravotníctvo a sociálna práca začal vychádzať v roku 2006 na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce blahoslaveného P. P. Gojdiča v Prešove Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave. Z odborného časopisu sa postupne vypracoval na základe kvality príspevkov čitateľov na vedecký časopis. Od roku 2009 sa stal nielen vedeckým časopisom ale aj medzinárodným časopisom. Vychádza v Slovenskej aj Českej republike, je distribuovaný v slovenskej aj v českej verzii. Od roku 2011 vychádza časopis na Slovensku aj v Čechách, nielen v printovej ale aj v internetovej forme. V snahe umožniť prístup k časopisu aj študentom je elektronická forma časopisu dostupná bezplatne na internetovej adrese www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk a www.zdravotnictviasocialnprace.cz a časopis je nepredajný. Na druhej strane sa muselo pristúpiť k zavedeniu poplatkov za uverejnenie článkov. Od čísla 3/2014 sa rozšírilo tématické zameranie časopisu tak, že pokrýva jednak zdravotnícke odbory, ako sú Ošetrovateľstvo, Verejné zdravotníctvo, Laboratórne vyšetrovacie metódy (LVM) v zdravotníctve, jednak ďalšie pomáhajúce profesie ako sú Sociálna práca a Pedagogika. Pristúpilo sa ku spolupráci s Fakultou zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave. V súčasnosti časopis vydávajú spoločne Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave a Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave. Časopis vydáva Supplementum, do ktorého sa zaraďujú štruktúrované abstrakty z medzinárodnej konferencie organizovanej Vysokou školou zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. V roku 2016 vychádzal v poradí 11. ročník časopisu.

Časopis je indexovaný v databáze Bibliographia Medica Slovaca a zaradený do citačnej databázy CiBaMed. Našou dlhodobou snahou je, aby sa z časopisu stal postupne časopis stredoeurópskeho významu a bol zaradený do medzinárodných databáz. Tomu zodpovedá aj zmena požiadavok pre spracovanie rukopisov príspevkov a prechod na harvardský systém citovania literatúry zavedený v roku 2016 s cieľom priblížiť sa štandardu obvyklému v medzinárodných časopisoch vydávaných v angličtine z oblasti zdravotníctva a pomáhajúcich profesií. Pokračujeme v zaraďovaní príspevkov v anglickom jazyku. V súčasnosti, v záujme zvyšovania kvality časopisu, musia mať príspevky zaslané redakcii štruktúrovaný abstrakt nielen v rodnom jazyku autora (slovenský, český, poľský, srbský, nemecký) ale aj v anglickom jazyku. To znamená, že príspevky v časopise sú uverejnené vždy s abstraktom v domácom jazyku autorov aj v anglickom jazyku. S výnimkou prehľadových článkov (review) už redakcie nebude akceptovať pôvodné originálne články, ktoré autori pošlú iba s neštruktúrovanými abstraktmi a tieto budú vracané autorom na prepracovanie. Preto záujemcom o uverejnenie ich príspevkov v časopise pripomíname potrebu oboznámiť sa s novo zavedenými platnými pokynmi autorom pre písanie príspevkov.

Prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc.
Šéfredaktor

BIG DATA, ANALYTICS AND OTHER TECHNOLOGIES IN HEALTHCARE DIGITALIZATION

BIG DATA, ANALYTIKA A INÉ TECHNOLOGIE V DIGITALIZÁCI ZDRAVOTNÍCTVA

Furda, R., Gregus, M.

Department of Information Systems, Faculty of Management,
Comenius University, Bratislava, Slovakia

Abstract

Introduction: The constantly spreading digitalization facilitates activities in research, development, deployment and usage of new technologies and services in healthcare sector. The deployment of new technologies is supported by proper frameworks, models and architectures. The flexible system architectures for healthcare applications and services are the needed base in implementation of the advanced information technologies.

Methods: To bring a business value in building of flexible system architectures the appropriate artifacts should be developed. This development is preceded by research of existing challenges and gaps related to healthcare. By using quantitative and qualitative research methods the interest is focused to Big Data and analytics area oriented to modern technologies and services.

Results: The first findings of our researched system architecture are based on the five main components starting from data collection up to outcomes, such as visualization and statistics, and significantly important security access to healthcare data. The research about Big Data and analytics is focused on healthcare data in ophthalmology, such as diabetic retinopathy, blindness, and 3D unstructured data in planning of stereotactic radiosurgery.

Conclusion: The conceptual look on the trends in healthcare digitalization should bring the right directions in the following research and proposals of flexible system architectures tuned for healthcare, which include the modern technologies, applications and services. The outcomes of Big Data and analytics should contribute in higher quality of life and bring business value in healthcare sector.

Keywords: Digitalization, Healthcare, Medicine, Big Data, Analytics, Service

Abstrakt

Úvod: Neustále sa rozširujúca digitalizácia uľahčuje aktivity v oblasti výskumu, vývoja, zavádzania a využívania nových technológií a servisných služieb v sektore zdravotníctva. Zavádzanie nových technológií je podporované vhodnými pracovnými štruktúrami, modelmi a architektúrami. Flexibilné systémové architektúry pre

aplikácie a služby zdravotnej starostlivosti sú potrebnou základňou pre implementáciu pokročilých informačných technológií.

Metodika: Na dosiahnutie očakávaných hodnôt pri budovaní flexibilných systémových architektúr je potrebné vyvíjať vhodné artefakty. Tomuto vývoju predchádza výskum existujúcich výziev a nedostatkov v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou. Použitím kvantitatívnych a kvalitatívnych výskumných metód vzniká záujem zameriavať sa na oblasť veľkých dát a analytiky, ktoré používajú moderné technológie a servisné služby.

Výsledky: Prvé návrhy našej skúmanej architektúry systému sú založené na piatich hlavných komponentoch, od zhromažďovania údajov až po výsledky, ako je vizualizácia a štatistika, zahŕňajúc aj významný komponent bezpečného prístupu k zdravotníckym dátam. Výskum veľkých dát a analytiky je zameraný na rozsiahle zdravotnícke dáta. Využíva sa napríklad v onkológii pri analýzach údajov o pacientoch s nádormi, v oftalmológii pri analýze a výsledkoch liečby diabetickej retinopatie, či slepoty. Najnovšie 3D neštruktúrované dáta sa využívajú napríklad pri plánovaní rádiochirurgických zákrokov.

Záver: Konceptný pohľad na trendy v digitalizácii zdravotníctva by mal priniesť správny smer v nasledujúcom výskume a návrhoch flexibilných systémových architektúr naladených na zdravotnú starostlivosť, medzi ktoré patria moderné technológie, aplikácie a servisné služby. Výsledky využitia technológií veľkých dát a analytiky by mali prispieť k vyššej kvalite života a priniesť očakávané hodnoty v sektore zdravotníctva.

Kľúčové slová: digitalizácia, zdravotná starostlivosť, zdravotníctvo, Big Data, analytika, servisná služba

INTRODUCTION

The healthcare sector is capable to produce and collect enormous amount of data, often called *Big Data* with attendant characteristics such as velocity, volume and variety. In many cases the significant portion of the data is not collected, so the valuable information cannot be extracted or re-used. The consequence is that the possible analytics based on the collected *Big Data* cannot be implemented naturally and the potential outcomes are missing. The proper strategies in healthcare digitalization can accelerate the digital transformation in the entire sector.

As good example, the *Big Data* technology is already making significant impact in financial service, insurance and mobile telecommunications to maximize the value of data, to gain competitive advantage, and minimize costs (Grishikashvili *et al.* 2014).

General increase in data intensive operations and rapid changes of technology put the pressure to healthcare organizations, which are challenged by data storage, data analysis, and bottom line. Specific conditions of hospitals, they behave in business way like small and medium enterprise units, are permanent struggling with costs and/or related data storage issues. The new medical technologies are producing new formats of data, which needs to be stored and properly accessed. The push is causing that the healthcare organizations need to

seek for better solutions they are not more based purely on traditional storage servers. One of the typical options to cover the new needs of storing *Big Data* could be clustered network attached storage that is one of the cost effective solution. Another modern alternative is usage of *cloud computing* service. This network based infrastructure can offer not only the capabilities of storing *Big Data* in virtualized environment but also is capable to perform complex computing (Wang *et al.* 2016).

The trends towards *Big Data* and analytics have direction to Internet to re-use *cloud computing* capabilities. The healthcare digitalization likewise produces data they represents a model of digital data to be collected in variety of formats, often raw and unstructured, which can explicitly describe artifacts of real word. The analytics methods can use the data in aggregating relevant abstract and characteristics, to point to irrelevant details, which can lead to drawing new information and knowledge, or to answer general or specific questions (Gray & Rumpe 2015).

Digitalization trend in healthcare forces the cooperation between clinics, commercial vendors and university institutes with analytics competencies to work on *Big Data* projects, which cannot omit that medical tradition remains strong in medical profession and deploying of new *Big Data* and analytics decision support systems can contrary of expectations (Tresp *et al.* 2016).

METHODS

Healthcare data collection and computation

The data in healthcare sector can be collected from multiple sources, certainly starting from patients themselves. The healthcare applications, they deal with *Big Data* and analytics, should be capable to collect data from pharmaceutical, healthcare and other relevant industries too.

The development in healthcare industry is causing that data is shifting from structured forms to semi-structured, such as from *tele-health*, sensor based wireless devices, or home monitoring, up to fully unstructured, such as images, video, transcribed notes. By implementing and using different collectorsthe amount of data will continue to grow significantly. The services for healthcare should be improved to be able to compute such amount of data in real time and bring more accurate analysis and prediction (Wang *et al.* 2016). The healthcare data collection should be ensured in remote inaccessible areasso the technology and infrastructural solutions are easily deployed. The data transport should be able to re-use the air transportation systems or other types of *tele-health* services, which often 'ends' in *cloud computing* (Bhattacharya *et al.* 2012).

The *cloud computing* is capable to operate with configurable resources, on demand network access and other advanced features to support *Big Data* sets. The features are usually not available in regular healthcare environments and allow communication and access through different electronic devices, such as tables or smartphones. Advanced mobile applications provide access to critical medical data and in combination with *cloud computing* can properly assist to healthcare professionals (Ha & A 2016).

The experiences of *cloud computing* providers illustrate the real benefits in information technology costs management and significant improvement in the patients experience (Vitalari 2016). The analytics of healthcare *Big Data* started a new era to improve the healthcare services and relevant options together increasing the interest in connection with social data, which leads to significant movement to *cloud computing* platform exploitation (Raghupathi & Raghupathi 2014; Wang *et al.* 2016). To implement such kind of services is necessary to develop the healthcare applications with special techniques, which should be able the provision of its classification, clustering, association, and regression. One of the most used techniques is *Data Mining* to fulfill the goal in extracting proper patterns and knowledge from *Big Data*. The *Data Mining* outcomes can uncover new trends in healthcare and can be helpful for associated parties (Wu *et al.* 2014).

The support of care coordination, collaborative disease management, fitness, health education, and symptom tracking via wearables and/or mobile applications deliver *Big Data* into analytics platform. The consequent analytics gains insights to drive digital disruption of healthcare word, facilitates real-time decisions, and supports new business processes. To extend the input and amount of data is currently possible in implementing the *IoT* (Internet of Things), but the use of this technology brings challenges in data collection. The reason is mainly that the devices often talk in their own language and/or the manufacturers develop own proprietary protocols (Dimitrov 2016).

Big Data analytics and outcomes

Healthcare organizations are facing challenges in providing analytics computation by using own information technology resources not only because of the costs but also because of they actively resist change. On other hand the change is tough because it includes transformation in adopting the new technology, planning and operating model in organization, until the outcomes are as expected. The outcomes include not only the analytical and statistical results, but also the strong digital platform, which includes a set of services working together and bringing value from a consistent, data driven operating model.

The managers in healthcare organizations meet difficulties either in integrating the existing data into *Big Data* analytics frameworks or in developing robust data governance. Often these activities include urgent need for advanced analytics techniques, which ensure the processing of diverse and unstructured data based on the enhanced analytical algorithms and applications. To achieve the expected business value for health care in leveraging the *Big Data* and analytics the manages should ensure implementation of the initiatives they cover governance, development of information sharing culture, key personnel training, incorporating of *cloud computing*, and generating new business ideas (Wang *et al.* 2016).

The healthcare systems have been developed independently by different countries and/or suppliers, so to realize personalized medicine around the world unprecedentedly would result in *Big Data* and analytics challenges. The expected results cannot be reached without adoption of a common platform or standards, which would lead to large investments in computing and storage facilities, in the resolution of issues with collected data privacy, and in resolving of other obstacles. However, the success would bring the outcomes, which, by

including the newest findings, can be immediately transported into clinical practice (Urazimbetova 2012; Tresp *et al.* 2016).

Secure Access to Data

To ensure the privacy of healthcare data is critical. The processing of such kind of private data needs to follow defined privacy constraints and high data security. To enable secure and transparent healthcare data sharing would require strong need for implementation of proper organizational and legal processes by including the suitable technical infrastructure. The technical infrastructure should guarantee the data quality cannot be disrupted. Health data should use the standardized exchange formats, but to ensure real dimension of anonymity the secure de-identification algorithms have to be developed and used (Zillner *et al.* 2014).

In order to ensure the privacy and the security of healthcare data, the safe data handling and manipulation should be guaranteed at each level. It is the responsibility of healthcare organizations and all related *cloud* service providers to communicate legislation issues, and to educate patients about their role in the process of secure healthcare data access. Before deploying any *cloud* based healthcare services the providers should be enforced in use the high security measures to guarantee the implementation of governments' rules and regulators to be fully compliant with the legislation (Ha & A 2016).

In European Union are developed initiatives and directives in area of digital single market, such as area of *eGovernment*, so citizens and businesses can trust that their data is treated in full respect of existing data protection legislation. The proposed tool is the Electronic Identification (*eID*) that should ensure secure access to online services and to carry out the electronic transactions in safer way. The healthcare area should benefit after expanding such *eID* services (European Commission 2013). One example of future possibility of *eID* services in healthcare is already *eID* card implemented in Slovakia from 2013, which technological base is the format ID-1 of the norm ISO7810. The already applied *eID* service can expand the space of optional functions to *eVoting* and *eHealth*. In essence the *eID* service is compliant with norms and standards that are the prerequisites in secure access of healthcare data during identification and authentication processes.

The Role of Architecture

The architectures in *Big Data* and analytics should follow the strategies they are typical in each specific industry. The healthcare expects the modern flexible architectures that are modular, that respond to changes, that can incorporate the latest technologies, and that are capable to apply the most suitable frameworks and models. The process of healthcare digitalization demands the architectures of products and services, which reflect the new forms of collaboration, data collections, extended processes, enhanced infrastructures, and massive computation models.

To facilitate rapid reconfiguring of business processes the health organizations should adopt the superior *event-driven* architecture, which can foster better dynamic capabilities, manage effectively information technology resources, enhance their strategies, achieve the

expected healthcare services quality, profitability and competitive advantage (Wang *et al.* 2013).

The data life cycle framework, which starts in data capturing, proceeds in transformation of data, and culminates in consumption of data should be a concept of modular *Big Data* analytics architecture. The best practice of such architecture also in healthcare should contain five base layers: 1. Data; 2. Data aggregation; 3. Analytics; 4. Information exploration; 5. Data governance. The *Big Data* analytics components perform specific functions that can enable healthcare managers in understanding of healthcare data transformation from multiple sources to obtain meaningful clinical information (Wang *et al.* 2016).

The development and providing the services, which gather the information from different sources, need the architecture of automation that is capable to interact with customers and utilize the needed information. The related artifacts should cover the requirements, such as cooperation, coordination, measuring customer satisfaction, information sharing, and text analysis (Molnar *et al.* 2014).

FINDINGS

Concept of proposed system architecture

The research is focused on investigating the possibilities in developing of such artifacts of system architecture (Fig. 1) that are based on advanced information and communication technologies, that could facilitate and coordinate targeted multi-channel communication between patients, employees and organizations of healthcare sector, that can in useful manner reuse the information from new, until now less used sources, such as *Big Data* analytics, *Data Mining*, Internet of things, and others. The orientation of the future researched business cases include specifics in ophthalmology, such as the collection and analysis of *diabetic retinopathy* data, and incidence of *intraocular tumors*.

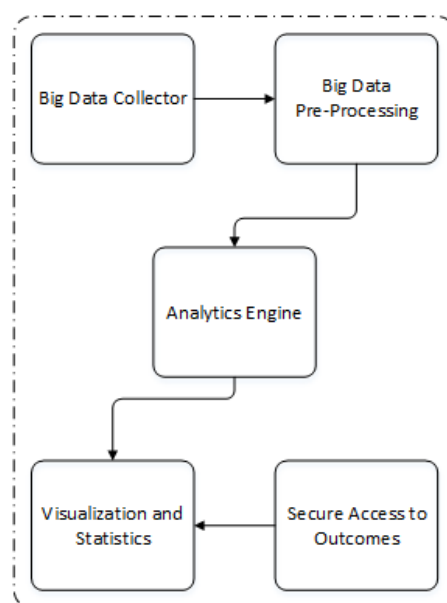


Fig. 1 Functional decomposition of researched system architecture

The proposed system architecture from high level supports the strategy of *Big Data* analytics and contains five basic components. The *Big Data* collector ensures the processing the data streams from multi-channel sources to focus on patients but including also other data sources, such as industry, social, known outcomes and others (Fig. 2). The multi-channel sources of data can duplicate record, so the *Big Data* pre-processing components could facilitate the data consolidation. As for example the consolidation of data via *Fog computing* or data centers could prepare the unstructured data into more meaningful formats or structures (Fig. 3).

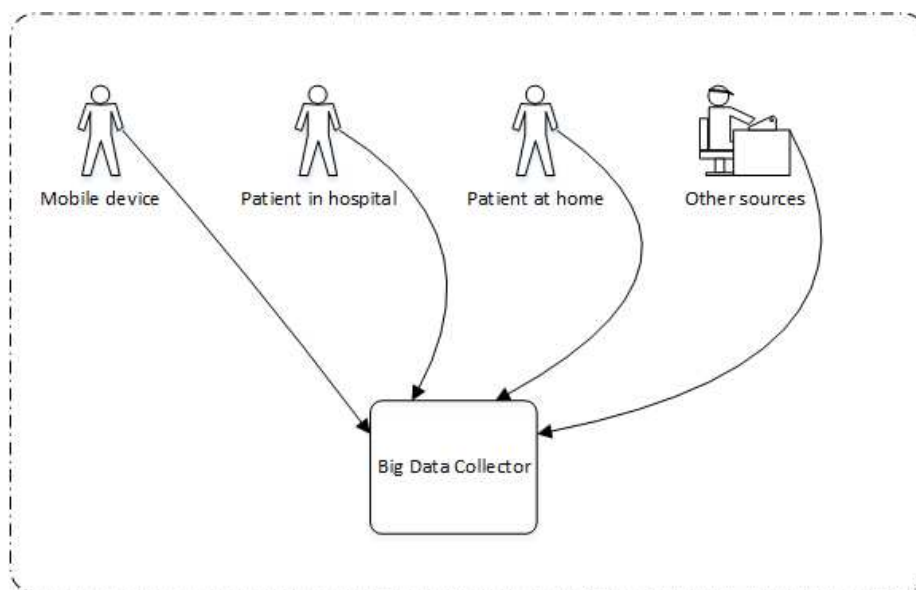


Fig. 2 Functional decomposition of possible sources

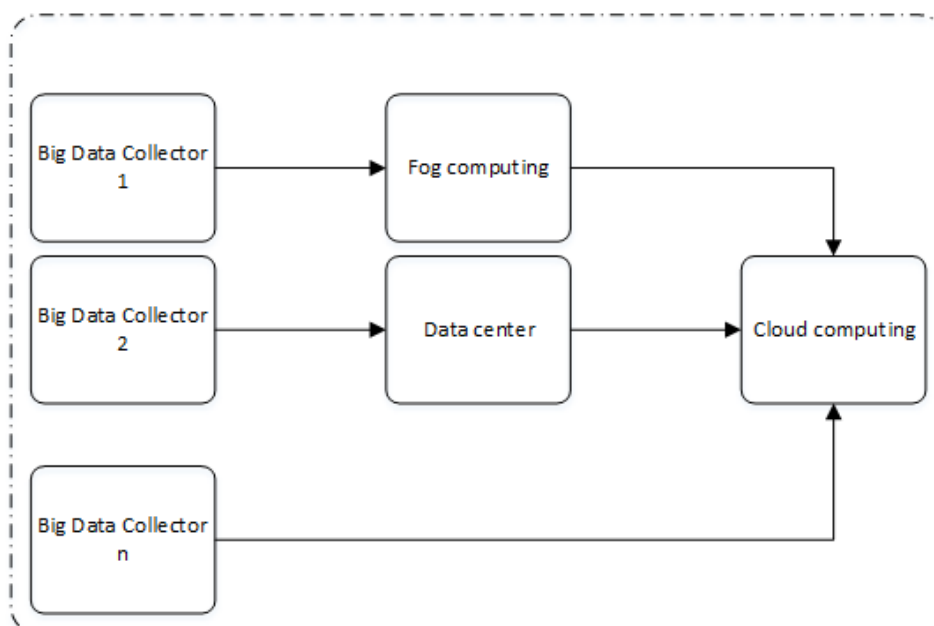


Fig. 3 Functional decomposition of possible *Big Data* pre-processing (in *Fog computing* or in data center)

The analytic engine components could focus more on final analysis and computation, which can be extended by advanced algorithms to calculate future predictions. The component of visualization and statistics ensures the outcomes are properly formatted. The importance of secure access to healthcare data and outcomes was increased significantly, so the component of secure access to outcomes has its position in base system architecture decomposition. The secure access should ensure the privacy of data is not violated and the proper authentication and identification methods are implemented.

DISCUSSION

The researched system architecture could show the direction of future research in developing of artifact to re-use the modern technologies, applications and services. The decomposition depicts the process flow between the components that will be gradually expanded and detailed with focus on specifics in healthcare, especially the secure access to healthcare data.

The adoption and effective use of information technology tools and artifacts should provide proper support in healthcare. The practical experiences document that the expected enhancement of care quality and care delivery in using advanced information technologies remains a persistent challenge. It is often unclear in organization area how the technologies could provide value to healthcare and in technical area how sufficient should be the understanding of complex technical environment delivery. The intention should directly on students, researchers and other collaborators they should contribute in aimed education and research (Khuntia *et al.* 2014).

The digitalization of our everyday life through digital services, such as mobile computing or high speed communication, changed the preferences of the consumers (Leimeister *et al.* 2014). *Cloud computing* provide the support of *Big Data* and Analytics in broad network access, resource pooling and a kind of elasticity, which can facilitate the usage of computing resources in timely access to critical medical data (Ha & A 2016).

The *Big Data* and analytics technologies should impact the quality and efficiency of healthcare after integration of healthcare data of various areas, including administrative, clinical, financial, or outcomes. The challenges still remain in data digitalization, data sharing, data access, data privacy, data security, semantic annotation and depend on the availability and implementation of standards and frameworks for seamless and reliable exchange of healthcare data (Zillner *et al.* 2014).

An example of *Big Data*, which can be reused in analytics, is the source of *National Cancer Registries*. The healthcare data in cancer disease in ophthalmology could bring interesting outcomes from monitoring of the incidence in *malignant tumor* of eye, which covers the distribution by age group, survival and staging. The data source can be from Cancer Registry in the Czech and Slovak Republic. After analyzing the data, we found that the incidence of *intraocular tumors* have been reported to be comparable with neighboring countries. The classification of the disease in different stages due to *TNM (tumor, nodes, metastasis)* classifying in the report is below 50% in Slovakia. The incidence observed in each year ranges from 0.6 to 1.0 per 100 000 inhabitants. Survival of patients with *dg. C69* is

comparable with other countries. The proportion of clinically defined stages of the disease is in the database of Slovakia lower than in the Czech Republic. The delay of inserting data of patients in the *National Cancer Registry* in Slovakia and the availability of data for analysis is currently unsatisfactory. In Slovakia are available data only up to year 2003, in Czech Republic up to year 2009 (Furdova *et al.* 2012).

Another example of *Big Data* is the *diabetes mellitus* disease epidemiology (Furdova *et al.* 2015). The future prediction calculated by *Big Data* analytics could be confirmed in the example dealing with causes of blindness globally and selected regions (Furdova 2012). The collection and analysis of *diabetic retinopathy* data on country level could extend the use of healthcare data available from *World Health Organization (WHO)*. Classification of diseases of the eye, in the current version of the *International Classification of Diseases*, 10th Overview, according to data published since 2000. The aim is to eradicate blindness up to 2020. Evaluation of the available data should calculate the percentage of blindness in the monitored region. For countries without data visually impaired estimated numbers affected by the method, which takes into account the economic status of the country. According to survey results from 39 countries were processed data to meet the criteria for inclusion in the study. Globally, the number of people with visual loss is estimated at 285 million, of which 39 million are enrolled in degree of blindness. The population in age over 50 years, and older, covers the 65-82% of the people that suffer by visual loss and blindness. The main causes of visual impairment are uncorrected refractive errors and *cataracts*. The main reason of blindness is *cataract*, over 51%, which can be surgically successfully treated in the case of health care availability. Incidence of *diabetes mellitus* is growing very rapidly and becomes virtually epidemic proportions. While in 1985 in the world the number of diabetic patients was about 30 million, in 2002, the number increased to 180 million, and in 2025 it is expected that the number of registered diabetics will exceed 300 million. In Slovakia it is registered each year about 7 to 9,000 new diabetic patients, and at the end of 2007 their number exceeded 324,000. In one third of diabetic inhabitants the disease is not registered and the estimated number today exceeds 350 thousands in Slovakia. For the treatment of *diabetes mellitus* in most countries annually is spend about 6-8% of the total cost of health care and the treatment of complications, including up to 15-17% of the total cost of health care (Furdova 2012; Furdova *et al.* 2015).

The new trends in 3D yield the unstructured type of data into *Big Data* analytics. The example of data sources in planning of *stereotactic radiosurgery* operations is performed by *computer tomography (CT)* and *magnetic resonance imaging (MRI)* data. The complement 3D printing procedure needs to merge the *CT* and *MRI* images that are transferred to the virtual planning system. In planning of *radio-surgical therapy* the crucial precision is in depiction target bearing and in demarcation to the risk structures. The location and shape of the tumor can be previewed via 3D printed model before the intervention. The surgeon can decide the best way of radiotherapy (e.g. *Linac treatment*, *Gamma knife*, *Cyberknife* or *proton beam irradiation*). The used 3D printing facilitates the deciding, which modality of irradiation is the safest therapy for particular patient, increases the exactness of focusing on the planning procedure, determines the effective therapeutic dose, and affects the calculation of the lowest dose in risk structure and effectiveness of radiation treatment in order to preserve the highest quality of life after surgery (Sramka *et al.* 2016; Sramka *et al.* 2017).

CONCLUSION

The result of the investigation confirmed that the base for the healthcare digitalization should start with proper frameworks, models and architectures. The development of the new technologies and methods needs to prepare modern flexible architectures they incorporate the artifacts, which explicitly describe real word in healthcare. In healthcare the *Big Data* collection, pre-processing, and analysis need to use the latest technologies to ensure the expected outcome to describe the current status, to show the trends, to contribute in higher quality of life, to bring business value in healthcare sector, and in overall to facilitate the digital transformation.

REFERENCES

- 1 Bhattacharya J, Ghosh R, Nanda A (2012). Micro Health Centre (μ HC) A Cloud enabled Healthcare Infrastructure. *Journal of Health Informatics in Developing Countries* **6**: 480–495.
- 2 Dimitrov DV (2016). Medical Internet of Things and Big Data in Healthcare. *Healthcare Informatics Research* **22**: 156–163.
- 3 European Commission (2013). e-Identification. *Digital Single Market*.
- 4 Furdova A (2012). The causes of visual impairment and blindness in the world according to WHO data. *Health and Social work* **7**: 17–21.
- 5 Furdova A, Krcova I, Horkovicova K, Sramka M (2015). Cause of blindness in diabetic patients in the world and in Slovakia. *New trends in current health nursing, health, economics and health. Samosato* **S**: 156-162.
- 6 Furdova A, Olah Z, Svetlosakova Z, Kusenda P (2012). The Current Status of the Evidence of Malignant Tumours of the Eye and its Adnexa (dg. C69) in the Slovak Republic and in the Czech Republic. *Czech and Slovak Ophthalmology* **68**: 195–201.
- 7 Gray J, Rumpe B (2015). Models for digitalization. *Software & Systems Modeling* **14**: 1319–1320.
- 8 Grishikashvili K, Dibb S, Meadows M (2014). Investigation into big data impact on digital marketing. In: *International Conference on Communication, Media, Technology and Design*. pp 146–150.
- 9 Ha A, A G (2016). Cloud Computing and Healthcare Services. *Journal of Biosensors & Bioelectronics* **7**: 1–4.
- 10 Khuntia J, Karimi J, Tanniru M, Meyers A (2014). The University of Colorado Digital Health Consortium Initiative: A collaborative model of education, research and service. *Journal of Commercial Biotechnology* **20**: 31–37.
- 11 Leimeister JM, Österle H, Alter S (2014). Digital services for consumers. *Electronic Markets* **24**: 255.
- 12 Molnar E, Kryvinska N, Gregus M (2014). Customer Driven Big-Data Analytics for the Companies' servitization. In: *ResearchGate*. pp 133–140.
- 13 Raghupathi W, Raghupathi V (2014). Big data analytics in healthcare: promise and potential. *Health Information Science and Systems* **2**: 3.

- 14 Sramka M, Ruzicky E, Furdova A, Chorvath M, Kajan J, Mazan P, Furda R, Molnar E (2016). Possibilities in 3D printing by radiosurgical operations. *Health and Social work* **11**: 15–20.
- 15 Sramka M, Lacko J, Ruzicky E, Furdova A (2017). Neurosurgical Operations Using Visualisation and 3D Printing. In: *J Nursing Healthcare* (3)1: 1-4.
- 16 Tresp V, Overhage JM, Bundschus M, Rabizadeh S, Fasching PA, Yu S (2016). Going Digital: A Survey on Digitalization and Large-Scale Data Analytics in Healthcare. *Proceedings of the IEEE* **104**: 2180–2206.
- 17 Urazimbetova S (2012). A CASE Study-On Patient Empowerment and Integration of Telemedicine to National Healthcare Services. In: *HEALTHINF*. pp 263–269.
- 18 Vitalari NP (2016). Prospects for the future of the us healthcare industry: a speculative analysis. *Am J Med Res* **3**: 7–52.
- 19 Wang Y, Kung L, Byrd TA (2013). Leveraging Event-Driven IT Architecture Capability for Competitive Advantage in Healthcare Industry: A Mediated Model. In: *Social Science Research Network*, Rochester, NY, pp1-12.
- 20 Wang Y, Kung L, Byrd TA (2016). Big data analytics: Understanding its capabilities and potential benefits for healthcare organizations. *Technological Forecasting and Social Change* **Article in press**: pp 1-11.
- 21 Wu X, Zhu X, Wu G-Q, Ding W (2014). Data mining with big data. *IEEE transactions on knowledge and data engineering* **26**: 97–107.
- 22 Zillner S, Oberkamp H, Bretschneider C, Zaveri A, Faix W, Neururer S (2014). Towards a technology roadmap for big data applications in the healthcare domain. In: *Information Reuse and Integration (IRI), 2014 IEEE 15th International Conference on*. IEEE, pp 291–296.

Corresponding Author:

Ing. Robert Furda

Katedra informačných systémov, Fakulta managementu,

Univerzita Komenského, Bratislava, Slovakia

addr.: Odbojárov 10

P.O.BOX 95

820 05 BRATISLAVA 25

Slovak Republic

phone: +421903445290

mail: i.r.furda@gmail.com,

mail: Robert.Furda@fm.uniba.sk

SPECIFIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINAMI ŘEŠÍCÍMI (AKUTNÍ) PROBLEMATICKOU RODINNOU SITUACI

SPECIFICS OF SOCIAL WORK WITH FAMILIES THAT DEAL WITH (ACUTE) PROBLEMATIC FAMILY SITUATION

Urban, D.

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra sociální práce
Tolstého 16, Jihlava, Česká republika

Abstrakt

Úvod: V předloženém článku jsou prezentovány příklady dobré praxe ze sociální práce s rodinami řešícími akutní problematickou rodinnou situaci.

Jádro práce: Výsledky jsou výstupem výzkumu, který byl financován z prostředků Interní grantové soutěže Vysoké školy polytechnické Jihlava jako projekt č. 1170/4/1716, „Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami“. Cílem tohoto výzkumu bylo identifikovat a popsat příklady dobré praxe ze sociální práce s vybranými cílovými skupinami, přičemž jednou z těchto vybraných cílových skupin jsou i rodiny řešící akutní problematickou rodinnou situaci (předrozvodové a rozvodové řízení, určení výše výživného, svěření dítěte do péče, upravení styku s dítětem, atd.). A právě tento článek přináší dílčí výsledky a zjištění z této pracovní skupiny.

Komunikační partneři se rekrutovali z řad sociálních pracovníků z oddělení sociálně právní ochrany dětí, kteří s danou cílovou skupinou pracují. Rozhovory byly realizovány celkem s 11 pracovníky, byly zaznamenány na diktafon, doslovně přepsány a následně vyhodnoceny obsahovou analýzou.

Závěr: V předloženém článku prezentuji data, která byla zahrnuta do kategorie s názvem „Doporučení dobré praxe – zkušenosti sociálních pracovníků“, kde oslovení sociální pracovníci jmenovali vybrané náměty, které se jim při práci s danou cílovou skupinou osvědčují.

Klíčová slova: sociální práce s rodinou, problematická rodinná situace, rozvodové řízení, individuální přístup, péče o dítě

Abstract

Introduction: The article presents examples of good practice in social work with families dealing with an acute problematic family situation. The results are partial outcomes of the research, funded by means of the Internal Grant Competition of College of Polytechnics Jihlava as Project No. 1170/4/1716, "Specifics of Social Work at Work with Selected Target Groups". The aim of this research was to identify and describe examples of good practice in social work with selected target groups. One of these selected target groups were also families facing an acute problematic family situation (pre-divorcemand divorce proceedings, determining the amount of alimony,

child custody, etc.). And this article brings partial results and findings from this workgroup.

The interviews were conducted with a total of 11 employees of state socio-legal agencies for protection of children, recorded on a dictaphone, literally transcribed and subsequently evaluated by content analysis.

Conclusion: In this article are presented data that were included in the category called "Recommendation of good practice - experience of social workers", where the social workers identified selected themes of good practice with this target group.

Key words: social work with family, problematic family situation, divorce process, individual approach, care for children

ÚVOD

Sociální pracovníci ve své praxi a v kontaktu s klientem musí reflektovat celou řadu věcí. Jednak by se sociální pracovník měl řídit teoriemi, neboť teoretické zázemí je jedním ze zdrojů profesionální identity sociálních pracovníků i jednou z podmínek jejich práce a vzájemné komunikace (Navrátil 2001). Užívání teorie v prvé řadě usnadňuje praxi, protože specifikuje, co se má dělat a proč, přičemž specifická využití teorie v oboru sociální práce tkví především ve zvláštním způsobu jejich využití a v její přímé adaptaci pro řešení problémů (Navrátil 2001). V sociální práci tak dochází jak na teoretické, tak i na praktické úrovni k dotváření teorií, aby umožňovaly vnímat člověka jako celistvou bytost zakotvenou v prostředí (Navrátil 2001). Dále je nutné hodnotit klienta v rámci jeho aktuálních klientových potřeb, žádoucích dovedností klienta a jeho silných stránek, osobnostního vývoje a obecné charakteristiky klienta (Matoušek 2005). Sociálního pracovník by měl také umět rozhodovat se v mnohoznačných situacích a dokázat se orientovat v případech, kdy je potřeba učinit rozhodnutí spadající do oblasti morálních dilemat a problémů (Nečasová 2003). A jistě bychom v dostupné odborné literatuře našli další a další oblasti, které by měl sociální pracovník při práci se svým klientem reflektovat. Nicméně na tomto krátkém úvodu jsem chtěl ukázat, že v rámci sociální práce je potřeba reflektovat specifickou situaci a potřeby klienta a s ohledem na tyto potřeby koncipovat individuální přístup k danému uživateli služeb - specificky uplatňovat vybrané teorie, metody a techniky sociální práce. V dostupné odborné literatuře jsou popsána některá specifika různých cílových skupin a práce s nimi – např. Oldřich Matoušek a kolektiv v roce 2005 publikují knihu s názvem Sociální práce v praxi, ve které poukazují na specifika práce s vybranými cílovými skupinami (zneužívané, týrané a zanedbávané děti a jejich rodiny, sociální práce s nezaměstnanými, s rizikovou mládeží, s bezdomovci, atd), dále Pavel Navrátil a kolektiv publikují v roce 2003 knihu s názvem Romové v české společnosti, David Urban v roce 2015 publikuje knihu s názvem Sociální práce s romskými rodinami – zde jsou také uváděny vybrané specifické situace romských rodin a příklady dobré praxe s těmito rodinami. Čtenáři je tak dostupná odborná literatura, zaměřená na příklady dobré praxe sociální práce s vybranými cílovými skupinami. Nicméně jsme se rozhodli tuto oblast rozšířit o některé další cílové skupiny a v rámci výzkumu, který byl financován z prostředků Interní grantové soutěže Vysoké školy polytechnické Jihlava jako projekt č. 1170/1716 „Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami“

popsat příklady dobré praxe ze sociální práce s a) rodinami v předrozvodovém a rozvodovém řízení a s rodinami řešícími (akutní) problematickou rodinnou situaci (vybrané výsledky z této pracovní skupiny přináší právě tento článek), b) osobami s duševním onemocněním, c) s prostituujícími osobami a d) se seniory.

METODIKA VLASTNÍHO VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V rámci realizace výzkumu byl zvolen kvalitativní sběr dat, metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru. Respondenti byli v první fázi osloveni na základě dostupnosti, v druhé fázi byli oslovováni na základě doporučení, získaného od respondentů v první fázi sběru dat. Za cílovou skupinu rodin v předrozvodovém a rozvodovém řízení a rodin řešících (akutní) problematickou rodinnou situaci (článek prezentuje výstupy právě z této pracovní skupiny) tak byly získány rozhovory s 11 sociálními pracovníky, kteří se rekrutovali z oddělení sociálně právní ochrany dětí (oslovena byla vybraná pracoviště OSPODu). Hlavním kritériem výběru byla aktuální práce s danou cílovou skupinou a zkušenost práce v rozsahu alespoň jednoho roku. Rozhovory byly na základě souhlasu s respondentem nahrávány, přičemž za účelem zajištění anonymity jak komunikačního partnera samotného, tak i organizace, ve které pracuje, neuvádím žádnou další konkretizaci organizace. Rozhovory byly následně doslovně přepsány, analyzovány a kategorizovány dle obsahové významnosti, přičemž hlavním cílem bylo identifikovat a popsat příklady dobré praxe ze sociální práce s danou cílovou skupinou, resp. popsat ty faktory, které se sociálními pracovníky při práci pozitivně osvědčují, a čeho by se měl sociální pracovník naopak při práci vyvarovat. Díky této obsahové analýze bylo sestaveno celkem 6 tematických okruhů: osvědčené pracovní metody sociálních pracovníků, specifika práce s dětským klientem, navazování a důležitost důvěry, doporučení dobré praxe – zkušenosti sociálních pracovníků, vhodné dovednosti/vlastnosti sociálního pracovníka a cíle sociální práce.

VÝSLEDKY A DISKUZE

V dalším textu prezentuji dílčí výsledky z výzkumného šetření, konkrétně pak informace, které byly kategorizovány jako „Doporučení dobré praxe – zkušenosti sociálních pracovníků“. Oslovení komunikační partneři uvádějí, že při práci je vhodné řešit a konzultovat situaci, kterou s klientem řeší, s dalšími kolegy. Jednak to umožňuje získat jiný pohled na danou věc, mohou ale také získat názor např. od služebně zkušenějších kolegů a kolegyně. Oslovené pracovnice uváděly, že se ke klientům snaží přistupovat s maximálním nasazením, neboť rozvodové situace, které společně s nimi řeší, chápou za velmi náročné situace, nejen pro rodiče, ale především pak pro děti. Pavlát (2008) chápe rozpad rodiny za nejčastější a nejvýznamnější rizikový faktor ohrožující zdravý vývoj rodiny. Konzultace s kolegy sociální pracovnice chápaly jako způsob, jak se např. vyvarovat chyb: *„Já když si nevím rady, tak určitě hned zajdu do některé kanceláře za kolegyní, rychle tu situaci rozebereme, ona mi řekne svůj názor. A je to určitě dobré pak i pro toho klienta, protože to hlavně jemu pomůže.*, případně také: *„Hlavně když jsem tu začínala, tak mi přišlo užitečný pro všechny, tedy pro mě a hlavně i pro ty klienty to, že jsem tu věc řešila s někým zkušenějším*

pracovníkem. To bych určitě každému doporučila, nestydět se a jít se zeptat. Prostě jako říct: „Hele, nevím si s tím rady, můžeš mi nějak poradit?“. To my vždycky pomohlo.“

Při práci s rodinou je také důležité uplatňovat individuální přístup ke klientovi a k jeho situaci (Matoušek, Pazlarová 2016), reflektovat jeho silné stránky. Respondenti uváděli, že se snaží klienta povzbuzovat k tomu, aby on sám svou situaci řešil, čímž ve své práci často používají prvky přístupu orientovaného na úkoly, který např. popisuje Matoušek a kol. 2001. Respondenti tedy uváděli následující: *„Při práci se snažím vycházet z toho, co chce ten klient. A hlavně co on zvládne, v čem je dobrý, jaké jsou jeho silné stránky. Jako snažíme se domlouvat se na jednotlivých úkolech a řešit tak tu problematiku.“*

Dalším jmenovaným příkladem dobré praxe je nestrannost. Sociální pracovníci často uváděli, že se je jejich klienti snaží určitým způsobem zmanipulovat a získat si je na svou stranu. Je nutné si uvědomit, že s rozvodem může vznikat tzv. syndrom odcizeného rodiče, který může mít řadu negativních dopadů (Pavlát, Janáčková 2007). A také i pro to je nestrannost sociálního pracovníka důležitá: *„Ti klienti mi často líčí svůj životní příběh, jak ten jejich partner či partnerka jsou hrozní, jak za všechno můžou oni. Snaží se mě tím získat na svou stranu. To rozhodně nejde.“* Po sociálních pracovnících klienti často pak chtějí jakoukoliv výhodu, či alespoň vyjádření, souhlas s tím, že dané chování či jednání druhého partnera je opravdu problematické, přičemž případné vyjádření pak často bývá použité jako argument v jednání daného partnera se svým protějškem: *„Chtějí po mě, abych jim třeba přitakala, nebo nějak reagovala, že to je opravdu hrozné, jak si to mohl ten jejich manžel, manželka dovolit. Vlastně chtějí, abych byla jejich soudcem a obhájcem zároveň.“* A právě v těchto případech sociální pracovníci uváděli, že je důležitá nestrannost, sociální pracovník by neměl nikdy přistoupit na jednu či druhou stranu, protože pak by toto jeho jednání mohlo být okamžitě při nejbližší vhodné příležitosti zneužito.

Ve věci nestrannosti sociální pracovníci dále uváděli, že je dobré řešit jakoukoliv situaci, týkající se dítěte, s oběma jeho rodiči současně – ideálně si je oba na jednání pozvat. A v případech, kdy toto není možné, případně když je jakákoliv situace řešena např. e-mailovou cestou, doporučují pracovníci zasílat informace, pokud je to možné, v kopii oběma rodičům. Předejde se tak tím situaci, kdy by sociální pracovník mohl být podezříván druhým z rodičů, že jednomu z nich např. předává jiné, případně lepší informace.

„Znalost zákonů“ – to je další požadavek, který oslovení sociální pracovníci uváděli. Zvláště pak doporučovali pečlivé vedení dokumentace a zápisů ze všech jednání a sociálních šetření, přičemž tyto záznamy z jednání by měly být v ideálním případě podepsané daným klientem. Díky tomu jsou pak záznamy transparentní a zároveň i sociální pracovník předchází případným problémům, které by nastaly při nějakých komplikacích: *„Je důležité fakt pečlivě psát ty papíry. Ono to bere hodně času, ale je to důležité pro tu práci. Jednak se ty informace zachovávají, když se např. mění pracovnice, jednak tím kryju i sama sebe. Je pak zřejmé, co všechno jsem tam dělala a že jsem nic nezanedbala.“*

ZÁVĚR

Z předložených výstupů jsou patrné některé příklady dobré praxe, kterými by se mohli sociální pracovníci, pracující s danou cílovou skupinou, řídit. Zvláště když je rozvod chápán jako zlomový okamžik, který představuje pro rodinu a její jednotlivé členy zásadní změnu,

narušující zaběhané vzorce chování a významy rolí a vztahů (Bartošová, Slepíčková 2009), by mohlo dojít díky námětům ze strany pracovníků pracujících s touto cílovou skupinou ke snížení negativních dopadů, které rozvod přináší. Jistě se nejedná o celý výčet věcí, zároveň i některá doporučení lze chápat jako obecně platná pro jakoukoliv práci sociálního pracovníka – např. potřeba individuálního přístupu. Nicméně uvedené náměty by určitě mohly být ku prospěchu vlastní dobré praxi.

Financování

Tento výzkum byl financován z prostředků Interní grantové soutěže Vysoké školy polytechnické Jihlava jako projekt č. 1170/1716, „Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami“.

Literatura

- [1] Navrátil P (2001). *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman 2001, 169 s., ISBN 80-903070-0-0.
- [2] Matoušek O (2005). Klientův přirozený svět jako východisko sociální práce. In Matoušek, O., Kolářková, J., Kodymová, P (eds.). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál 2005, s. 17-26. ISBN 80-7367-002-X.
- [3] Nečasová M (2003). Profesionální etika. In Matoušek, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál 2003, s. 21-49. ISBN 80-7178-548-2.
- [4]. Pavlát J (2008). Otcovství, děti a rodina. In *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2008, **104**(4): 189-195. ISSN 1212-0383.
- [5]. Matoušek O, Pazlarová H (2016). Státní orgány sociálně právní ochrany dětí. Dobrá praxe z pohledu rodin a pracovníků. Praha: Karolinum 2016. ISBN 978-80-246-3336-7.
- [6]. Matoušek, O. a kol. (2001). *Základy sociální práce*. Praha: Portál 2001, 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
- [7]. Pavlát J, Janáčková L (2007). Syndrom odcizeného rodiče a porozvodová adaptace. *Česká a Slovenská psychiatrie*. **103**(3): 131-135. ISSN 1212-0383.
- [8]. Bartošová M, Slepíčková L (2009). Složené rodiny a perspektiva dětských aktérů: Nové tematické a metodologické přístupy ve výzkumu rodin po rozvodu. *Sociální studia / Social Studies*. **6**(4): 73-90. ISSN 1803-6104 (on-line).

Kontakt na autora:

doc. PhDr. David Urban, PhD.

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16

586 01 Jihlava

Česká republika

e-mail: david.urban@vspj.cz

**REFLEXIA PENITENCIÁRNEHO ZAOBCHÁDZANIA
V SÚVISLOSTI S ADAPTAČNÝM PROCESOM SENIOROV
V ÚSTAVE NA VÝKON TRESTU ODŇATIA SLOBODY**

**REFLECTION OF PENITENTIARY TREATMENT
RELATED TO ADAPTATION PROCESS OF SENIORS IN PRISON**

Oravcová, M.

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

Abstrakt:

Úvod: Príspevok je z obsahového hľadiska zameraný na zaobchádzanie so seniormi, ktorých osobná sloboda bola výkonom trestu obmedzená. Odsúdené osoby v dôchodkovom veku sú počas výkonu trestu vystavované nielen nástrahám prostredia, v ktorom sa náhle ocitli, tzv. prizonizácii, ale aj nástrahám vlastnej staroby. Spôsob, akým sa starší človek adaptuje na podmienky väzenia závisí od kvality poskytovaných služieb penitenciárneho zaobchádzania a následnej saturácii špecifických potrieb odsúdených seniorov.

Zameranie práce: Hlavným cieľom príspevku je priblíženie súčasnej situácie penitenciárneho zaobchádzania s osobami v dôchodkovom veku ako aj poukázanie na pozitívne skúsenosti tohto zaobchádzania v zahraničí.

Zistenia: Legislatívne normy Slovenskej republiky vymedzujú zaobchádzanie s odsúdenými seniormi len veľmi extenzívne. Právne normy vymedzujúce výkon trestu neuvádzajú špecifiká zaobchádzania s odsúdenými seniormi. Starší človek musí čeliť nielen nástrahám staroby ale aj prostrediu, v ktorom sa ocitol. Jediný spôsob akým je možné eliminovať tieto negatívne javy je vypracovanie plánu zaobchádzania s odsúdeným, ktorý by bol prispôbený jeho špecifickým potrebám. Najdôležitejším článkom v procese adaptácie je pre odsúdeného seniora nástupný oddiel. Na pozitívny priebeh celkovej adaptácie odsúdeného seniora vplýva aj poberanie starobného dôchodku, čo mu umožňuje zastávať lepšiu sociálnu pozíciu oproti ostatným odsúdeným, ktorí sú zaradovaní do každodennej práce.

Záver: Predmetné zistenia poukazujú na medzery v legislatívnej úprave zaobchádzania s odsúdenými seniormi. Absentuje najmä špecifikácia zaobchádzania v zmysle napĺňania individuálnych potrieb seniorov vzhľadom na ich vek a zdravotný stav.

Kľúčové slová: Výkon trestu odňatia slobody. Penitenciárne zaobchádzanie. Seniori. Adaptabilita.

Abstract:

Introduction: Following article is focusing the treatment of older people, whom personal freedom was limited by imprisonment sentence. Convicted persons of retirement age face not only the traps of the environment in which they find themselves suddenly, so called “prisonisation”, but also traps of own old age. The way

the older individual adapts to the conditions of imprisonment depends on the quality of penitentiary treatment services and subsequent saturation of their specific needs.

Goal: The main aim of this article is to throw the light to the current situation of the penitentiary treatment of persons in retirement age, as well as to point out the positive experience abroad.

Findings: The legislation of the Slovak Republic does not define any special treatment of convicted seniors. An elderly person has to face not only the dangers of the old age but also the environment in which he found himself. The only way to eliminate these negative phenomena is to develop a treatment plan for the convicted, tailored to their specific needs. The most important element in the process of adaptation of the convicted senior is the entry process. The positive adaptation of the convicted seniors is also affected by their pension, what allows them to have a better social position comparing to the other convicts who participate in the regular work duty.

Conclusion: Our findings point to legislative gaps in the treatment of convicted seniors. In particular, there is no specification of treatment to meet the individual needs of seniors in relation to their age and health.

Key words: Execution of prison sentence. Penitentiary treatment. Seniors. Adaptability.

ÚVOD

Hoci sa o väznení ľudí hovorilo už aj v staroveku, v dnešnom ponímaní trest odňatia slobody nemá ani zďaleka takú históriu. Zaobchádzanie s odsúdenými sa vyvíjalo postupne v čase, v závislosti od vývoja spoločnosti ako takej, jej ideológie a najmä v závislosti od ľudí, ktorí túto spoločnosť tvorili. V dnešnej dobe vďaka napredovaniu spoločnosti môžeme hovoriť o humanizácii v trestnom systéme. Ako uvádza A. Kozoň (2006) základnou zásadou pri zaobchádzaní s odsúdenými je rešpektovať dôstojnosť osobnosti odsúdeného. Trest sa musí vykonávať nestrane a nesmie vystupovať diskriminujúco voči odsúdenému.

V súčasnosti môžeme zaobchádzanie s odsúdenými vymedziť pojmom penitenciárne zaobchádzanie. V širšom zmysle penitenciárne zaobchádzanie s odsúdenými zahŕňa všetky aktivity, ktoré smerujú k plneniu účelu trestu odňatia slobody s ohľadom na psychický, duševný a fyzický stav osobnosti odsúdeného. Zaobchádzanie by nemalo zhoršiť sociálne väzby odsúdeného s rodinou a s jeho najbližším sociálnym prostredím. „Pri zaobchádzaní s odsúdeným sa dbá aj na obmedzovanie nepriaznivých vplyvov väzenského prostredia“ (68/2014, §11). Pritom je tiež dôležité vytvoriť humánne prostredie, rešpektovať práva a právom chránené záujmy odsúdených, ktoré sú im zákonom priznané. Účelom výkonu trestu je náprava odsúdeného, pri ktorej sa predpokladá, že po prepustení na slobodu bude rešpektovať ako právne, tak aj spoločenské normy. Podľa zákona (68/2014) si svoj trest odňatia slobody vykonávajú v ústave ako muži, tak aj ženy, mladiství, cudzinci a osoby bez štátnej príslušnosti či odsúdené osoby so zdravotným postihnutím. Predmetný príspevok je venovaný penitenciárnemu zaobchádzaniu s odsúdenými vo vyššom veku ich života, ktorí si svoj trest vykonávajú v špecializovanom oddieli. Spomínaný oddiel je v zákone o výkone trestu definovaný v §84 ako oddiel odsúdených so zdravotným postihnutím. Do tohto oddielu

sa po predchádzajúcom posúdení lekára umiestňujú muži starší ako 65 rokov veku a ženy staršie ako 60 rokov veku. V rámci vnútornej diferenciacie jednotlivé ústavy na výkon trestu označujú spomínaný oddiel podľa svojich potrieb.

1 METODIKA PRÁCE

Hlavným cieľom príspevku je priblíženie súčasnej situácie penitenciárneho zaobchádzania s osobami v dôchodkovom veku ako aj poukázanie na pozitívne skúsenosti tohto zaobchádzania v zahraničí. Adaptačný proces každého odsúdeného je ovplyvňovaný najmä kvalitou poskytovaných služieb, ktoré nemusia byť len sociálne (pedagogické, zdravotnícke, duchovné a pod). V každom prípade je dôležité motivovať odsúdeného prostredníctvom rôznych činností, ktoré pozitívne ovplyvňujú jeho osobnosť. Zatiaľ čo u mladých ľudí je motivácia k pozitívnym zmenám osobnosti relatívne jednoduchá, u dospelých je skôr zložitejšia a u starších ľudí by sme mohli povedať, že až extrémne zložitá. V rámci práce s odsúdenými sa môžeme stretnúť s tromi modelmi trestaných seniorov. Prvou skupinou sú prvotrestaní seniori, u ktorých spáchanie protiprávneho činu môže byť vnímané ako jednorázová záležitosť, ktorá sa pravdepodobne nebude viac opakovať. V tomto prípade je motivácia k pozitívnej zmene nastavená na prekonanie procesu prizonizácie, teda adaptácie na väzenské prostredie, čoho cieľom je predchádzanie negatívnym javom súvisiacim s prostredím, v ktorom sa odsúdený nachádza. Druhú skupinu tvoria recidivisti. Pri tejto skupine seniorov, ktorí boli v minulosti viackrát trestaní, môžeme predpokladať, že predchádzajúce penitenciárne zaobchádzanie nesplnilo svoj primárny účel, a to úspešne resocializovať trestanú osobu do majoritnej spoločnosti. Tretiu skupinu tvoria odsúdení seniori, ktorí počas výkonu trestu odňatia slobody dovŕšili dôchodkový vek.

Na základe analýzy dostupných zdrojov sa príspevok zaoberá nasledovnými okruhmi skúmanej problematiky. Stanovenie konkrétnych okruhov problematiky zabezpečí obsahové naplnenie hlavného cieľa, ktorým je priblíženie aktuálnej situácie penitenciárneho zaobchádzania s trestanými seniormi v podmienkach Slovenskej republiky.

Obsahové zameranie jednotlivých okruhov skúmanej problematiky znie nasledovne:

1. Vymedzenie aktuálnej legislatívnej úpravy procesu zaobchádzania s odsúdenými seniormi v ústave na výkon trestu odňatia slobody. (2.1)
2. Nástupný oddiel ako jeden z nástrojov úspešnejšej adaptácie seniorov na podmienky súvisiace s výkonom trestu. (2.2)
3. Plán zaobchádzania s odsúdeným s dôrazom na individuálne potreby odsúdených seniorov. (2.3)
4. Sociálne zabezpečenie odsúdených seniorov v ústave na výkon trestu odňatia slobody. (2.4)

2 SÚČASNÉ VYMEDZENIE PENITENCIÁRNEHO ZAOBCHÁDZANIA S ODSÚDENÝMI SENIORMI

Jadro predmetného príspevku je zamerané na aktuálne vymedzenie penitenciárneho zaobchádzania s odsúdenými seniormi. Aktuálnosť spracovania problematiky vychádza z legislatívnej úpravy, ktorá za posledné obdobie prešla viacerými novelizáciami.

Príspevok taktiež ponúka praktický pohľad na proces zaobchádzania s odsúdenými seniormi, vymedzuje prehľad činností, ktoré priamo ovplyvňujú adaptačný proces seniorov vo výkone trestu odňatia slobody a súčasne poukazuje na pozitívne skúsenosti tohto zaobchádzania v zahraničí.

2.1 Legislatívne vymedzenie penitenciárneho zaobchádzania s odsúdenými seniormi

Zaobchádzanie s osobami vyššieho veku v ústave na výkon trestu odňatia slobody nie je legislatívne vymedzené, čím nie sú zabezpečené ani niektoré práva a právom chránené záujmy súvisiace s ich špecifickými potrebami. Právne normy vymedzujúce zaobchádzanie s odsúdenými nedefinujú zaobchádzanie so staršími ľuďmi, ako špecifickú skupinu. Legislatívne sú osoby vyššieho veku zaradené do § 84 (68/2014) s názvom – Oddiel odsúdených so zdravotným postihnutím. Pre účely tohto zákona sa do oddielu odsúdených so zdravotným postihnutím môžu umiestniť *“odsúdení so zmenenou pracovnou schopnosťou alebo ťažším zdravotným postihnutím, s dlhodobou závažnou chorobou, ktorá podstatne znižuje jeho pracovnú schopnosť, u ktorej to vyžaduje zdravotný stav, či muži starší ako 65 rokov veku a ženy staršie ako 60 rokov veku až po predchádzajúcom posúdení lekára”*. Podľa Vyhlášky, ktorou sa vydáva Poriadok výkonu trestu odňatia slobody (368/2008) sa takýto oddiel zriaďuje v nemocnici pre obvinených a odsúdených a *“podľa počtov odsúdených so zdravotným postihnutím, potrieb ústavov a rozhodnutia generálneho riaditeľstva aj v určenom ústave.”* Na základe osobného rozhovoru s odsúdeným, sme získali vedomosť o tom, že táto osoba, ako osoba v dôchodkovom veku bola umiestnená v oddieli F v ústave na výkon trestu odňatia slobody, ktorý bol vytvorený práve pre odsúdených v dôchodkovom veku. O tom, či sa takýto oddiel v ústave vytvorí rozhoduje generálne riaditeľstvo.

Samotný proces umiestňovania odsúdených apeluje na nevyhnutnosť dodržiavania príslušných zásad výkonu trestu, na ktoré úzko nadväzujú aj základné práva a slobody odsúdených osôb. Podľa §3 (68/2014) je elementárnou zásadou výkonu trestu rešpektovanie ľudskej dôstojnosti odsúdeného, pričom nesmú byť použité kruté, neľudské alebo ponižujúce spôsoby zaobchádzania alebo trestania. Legislatívne normy vymedzujúce výkon trestu neuvádzajú žiadne špecifiká zaobchádzania súvisiace s vyšším vekom odsúdených. Každý človek je individuálnou bytosťou, má svoje vlastné prežívanie, od ktorého sa odráža aj jeho vonkajší prejav správania sa. Prispôsobovanie sa odsúdeného na istú etapu života v inštitucionalizovanom prostredí môže prebiehať negatívne, najmä v prípade, ak je klasifikovaný ako prvotrestanec. Priebeh adaptácie seniora závisí do veľkej miery od jeho vlastných adaptačných schopností, ale rovnako dôležitým determinantom je aj prostredie, ktoré počas výkonu trestu na seniora vplýva.

V Českej republike sú podľa §69 (169/1999) odsúdení seniori zaradení do kategórie trvale pracovne nezaraditeľných. Ich veková hranica je podľa zákona vymedzená na 65. rok života a vyššie. Zásady zaobchádzania s odsúdenými seniormi upravuje Vyhláška č. 345/1999 Sb., kde sa uvádza, že osoby zaradené v kategórii trvale pracovne nezaraditeľných majú odlišný režim dňa a ich ubytovacia plocha predstavuje 6m², čo je o 2m² viac ako u ostatných odsúdených (345/1999, §17). Rozdiel predstavuje opodstatnenú potrebu starších osôb využívať klasické postele, namiesto poschodových. V vyhláške sa ďalej uvádza, že seniori nemusia vstávať v skorých ranných hodinách, ako ostatní odsúdení a majú právo ležať na

posteli aj počas dňa. Výhodiskovým bodom v práci so starším klientom sú predovšetkým jeho potreby (Hrozenská, 2008). Z hľadiska humanizácie trestného systému, či vymedzenia práv odsúdených seniorov by mal každý právny systém definovať špecifiká zaobchádzania s trestanými seniormi. Úspešnosť adaptability na väzenské prostredie ako aj úspešnosť resocializácie do majoritnej spoločnosti závisí vo veľkej miere od cieleného zaobchádzania s odsúdeným.

2.2 Vplyv nástupného oddielu na adaptačný proces odsúdeného seniora

Nástupný oddiel predstavuje pre odsúdeného seniora pomyselný vstup do väzenského prostredia, čo znamená, že zaobchádzanie v rámci tohto oddielu môže do veľkej miery ovplyvniť proces jeho adaptácie. Nástupný oddiel alebo nástupná izba sa v ústave zriaďuje na účel zabezpečenia adaptácie odsúdeného a oboznámenia sa s podmienkami výkonu trestu (68/2014, §78). Vo Vyhláske, ktorou sa vydáva Poriadok výkonu trestu odňatia slobody sa uvádza, že odsúdený sa umiestni do nástupného oddielu ihneď po nástupe do výkonu trestu v určenom ústave. Dĺžka pobytu v tomto oddieli je spravidla sedem dní, ak je to účelné, možno odsúdeného ponechať v nástupnom oddieli aj dlhšie. Paragraf 77 ďalej uvádza, že *“riaditeľ ústavu určí príslušníka zboru, ktorý oboznámi odsúdeného v nástupnom oddieli so zákonom, so spomínanou vyhláškou a ústavným poriadkom. Odsúdenému sa umožní oboznámiť sa s prostredím ústavu, charakterom prác, ktoré sa v ústave alebo mimo ústavu vykonávajú, ako aj s možnosťami trávenia voľného času v ústave”*. V nástupnom oddieli spolupracuje pedagóg so sociálnym pracovníkom, ak si to situácia vyžaduje kooperujú aj s psychológom, či iným príslušným odborníkom ústavu.

Z rozhovoru so sociálnou pracovníčkou ústavu môžem uviesť, že úlohou sociálneho pracovníka v nástupnom oddieli je získať poznatky o sociálnej situácii odsúdeného ako aj zisťovanie možností vzniku sociálnych problémov odsúdeného. Tieto poznatky zaznamenáva do osobnej karty odsúdeného seniora. Na základe uvedených informácií odsúdených osôb, ktoré boli súčasťou nástupného oddielu, nemá tento oddiel až také pozitívne vízie zaobchádzania ako samotný zákon. Pre príklad uvediem skúsenosť klienta, ktorému v nástupnom oddieli neoznámili, že kópiu právoplatného rozsudku je potrebné zaslať na príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, aby bol následne z evidencie uchádzačov o zamestnanie vyradený v čo najskoršom termíne. Po prepustení z ústavu na výkon trestu, klient navštívil spomínaný úrad, kde mu bolo oznámené, že keďže neposlal rozsudok, vyradili ho z evidencie neskôr, čím nestihla uplynúť zákonná lehota možnosti opätovne sa zahlásiť do spomínanej evidencie uchádzačov o zamestnanie. Klient musel čakať mesiac, kým mu vznikol nárok na opätovné prihlásenie. Počas tejto doby klient nemohol žiadať o dávku v hmotnej núdzi, a keďže nemal financie a nebol vedený v evidencii úradu, vznikol mu dlh v zdravotnej a sociálnej poisťovni. Ak sa osoba po prepustení dostane do dlhov, príp. pôvodné dlhy počas výkonu trestu narastali, nemá žiadnu motiváciu ostať na slobode. Zlá finančná situácia môže v mnohých prípadoch zapríčiniť recidívu trestaných osôb.

V mnohých prípadoch sa odsúdení o živote ako aj o podmienkach v ústave informujú navzájom medzi sebou. Môžeme to považovať za jav, ktorý bezprostredne patrí k samotnému životu v ústave, či socializácii v prostredí ústavu. Vytváranie interpersonálnych vzťahov, či len snaha o zapadnutie do skupiny predurčuje u nových odsúdených ich informovanosť. Zabrániť šíreniu nepravdivých, neúplných informácií pomáha penitenciárne zaobchádzanie.

Spolupráca s pedagógom či sociálnym pracovníkom zabezpečí odsúdenému jednoduchší priebeh väzenského života. Hlavným nástrojom pre dosiahnutie účelu zaobchádzania s odsúdenými je individuálny plán zaobchádzania. Nevyhnutnosťou pri vypracovávaní individuálneho plánu zaobchádzania s odsúdenými seniormi je prihliadanie na špecifické potreby tejto cieľovej skupiny. Pre mnohých odsúdených je výkon trestu v ústave veľmi náročným obdobím života. Ako uvádza Hrozenková (2008) existencia všetkých živých organizmov závisí od toho, ako sa dokážu prispôbiť zmenám okolitého prostredia. Ako vieme táto schopnosť so zvyšujúcim sa vekom klesá. Hrozenková ďalej uvádza, že *“starnúci organizmus si síce vytvára nové, ale oveľa labilnejšie mechanizmy, ktorými sa udržuje v meniacich sa podmienkach prostredia. A tak starší človek musí čeliť nie len nástrahám staroby, ale aj prostrediu, v ktorom sa ocitol”*.

2.3 Individuálny plán zaobchádzania s odsúdeným seniorom

Efektívny spôsob akým je možné eliminovať tieto negatívne javy je vypracovanie plánu zaobchádzania s odsúdeným, ktorý by bol prispôsobený jeho špecifickým potrebám. Na splnenie účelu zaobchádzania stanovil zákon (68/2014) v § 15 vypracovanie programu zaobchádzania, ktorý vypracúva pedagóg oddielu, do ktorého je odsúdený umiestnený po pobyte v nástupnom oddieli. Odsúdený môže pri vypracovaní programu spolupracovať napríklad tak, že sám navrhne aktivity, ktoré ho zaujímajú. Okrem pedagóga sa podieľa na vypracovaní programu zaobchádzania aj sociálny pracovník a psychológ. Konkrétny program sa zaoberá všetkými oblasťami života odsúdeného. Pre sociálnych pracovníkov je dôležité upriamiť pozornosť na vzťahy odsúdeného s vonkajším okolím, ktoré podľa § 24 *„tvoria súhrn prostriedkov a metód sociálnej práce zameraných na vytvorenie, udržanie a posilnenie sociálnych kontaktov mimo ústavu a vyhľadávanie kontaktov s inštitúciami na účely pomoci odsúdenému po prepustení z výkonu trestu“*. Kontakt odsúdeného s blízkou osobou môže vystupovať ako veľmi významný faktor pri jeho celkovej adaptácii na podmienky súvisiace s výkonom trestu.

Počas vypracovania programu zaobchádzania sa spravidla stanoví jeden cieľ, tzv. perspektívny cieľ, ktorý by sa mal pomocou dosahovania čiastkových cieľov dosiahnuť. *„Ak však ide o výkon trestu kratšieho trvania ako deväť mesiacov, vypracúvajú sa len krátkodobé ciele zaobchádzania“* (Fábry, 2009, s.171), ktoré sú zamerané na jeho prípravu na život po prepustení. Pri stanovení cieľov konkrétneho programu zaobchádzania sa musí prihliadať na viacero determinantov, ktoré môžu ovplyvniť jeho vypracovanie a podľa § 23 (368/2008) sú nimi *„závery a odporúčania psychologického vyšetrenia, poznatky získané počas výkonu väzby, správanie odsúdeného, dĺžka trestu, zaradenie do práce, možnosti sociálnej rehabilitácie, záujmy, vzdelávanie, využívanie voľného času a iné poznatky o odsúdenom“*. Keďže sa odsúdeným seniorom počas výkonu ich trestu vypláca starobný dôchodok, nie sú v ústave zaradovaní do pracovnej činnosti, čo znamená, že ich plán zaobchádzania nebude obsahovať položku zaradenie do práce. Avšak, ak odsúdený senior, ktorý má záujem o pracovnú činnosť a jeho zdravotný stav to dovoľuje, je mu táto požiadavka umožnená. Pri práci s touto cieľovou skupinou je veľmi dôležité posilniť sociálne kontakty mimo ústavu. Ďalej je dôležité zamerať činnosti, v rámci individuálneho plánu na záujmy konkrétneho odsúdeného, aby náplň zaobchádzania bola čo najefektívnejšia z hľadiska jeho resocializácie.

U starších ľudí je resocializácia ťažšie dosiahnuteľná, pretože je obecné známe, že s

rastúcim vekom sa znižuje možnosť meniť osobnosť jedinca. Pre príklad uvedieme situáciu vo Veľkej Británii, kde do istej miery existuje re-adaptačná stratégia pre túto skupinu, v rámci ktorej sa využívajú limitované zdroje pre podporu re-adaptácie na život po prepustení. Starší ľudia po prepustení z väzenia musia riešiť vlastné životy, v niektorých prípadoch invaliditu, chorobu, samotu, a neschopnosť zorientovať sa vo svete, ktorý sa počas ich pobytu vo väzení zmenil na nepoznanie. Na základe tohto faktu vymysleli prvú multimediálnu príručku pre podporu starších ľudí, ktorí boli prepustení z väzenia. Zmyslom príručky je stimulovať reflexiu a diskusiu medzi staršími väzňami, ktorí sa pripravujú na prepustenie, a podporovať ich pri samostatnom hľadaní niektorých odpovedí na tieto výzvy. Súčasťou balíčka sú aj audio svedectvá od starších bývalých väzňov, ktorí boli úspešní pri hľadaní ich cesty labyrintom re-adaptačných problémov, ktorým čelili po prepustení. Príručky boli vytvorené pre skupinovú prácu so staršími ľuďmi vo väzení ešte pred ich prepustením (Older Prisoners 2011).

2.4 Sociálne zabezpečenie odsúdených seniorov

V neposlednom rade sa predmetný príspevok venuje aj sociálnemu zabezpečeniu odsúdených seniorov, ktorých osobná sloboda bola na určitý čas obmedzená. Faktom ostáva, že v ústave na výkon trestu sa odsúdeným seniorom vypláca starobný dôchodok, čo má za následok oveľa priaznivejšiu finančnú situáciu oproti iným odsúdeným. Podľa zákona je odsúdený povinný pri nástupe do ústavu na výkon trestu ihneď oznámiť skutočnosť, že poberá starobný dôchodok. Rovnakú povinnosť má odsúdený, ak mu vznikne nárok na dôchodok alebo nárok na jeho výplatu počas výkonu trestu, ak sa odsúdenému prizná dôchodok so spätnou platnosťou alebo ak sa odsúdenému začne vyplácať dôchodok (475/2005, § 29). „Ak odsúdený vo výkone trestu poberá dôchodok, je povinný na základe výkonu rozhodnutia generálneho riaditeľa nahradiť z dôchodku trovy výkonu trestu vo výške 50% dôchodku“ (475/2005, § 29, ods.2). K 1. marcu 2012 výška priemerného starobného dôchodku predstavuje 427,12,- € (Sociálna poisťovňa, 2017). V prípade, že by osoba v ústave na výkon trestu poberala 427,12 €, 50 % z toho 213,56 € hradí trovy spojené s výkonom jeho trestu, a rovnaká čiastka mu ostane na účte každý mesiac. Len pre porovnanie: odsúdený, ktorý bol zaradený do pracovnej činnosti v tomto roku priemerne zarobil 107,46,-€ (Ročenka ZVJS, 2016). Odsúdený, ktorý poberá starobný dôchodok sa nachádza v lepšej finančnej situácii ako ostatní odsúdení, ktorí sú zaraďovaní do každodennej práce. Zatiaľ čo senior na slobode zastáva spoločenský status nižšej vrstvy, v ústave na výkon trestu je to vďaka starobnému dôchodku naopak. Okrem toho, že odsúdení seniori majú viac finančných prostriedkov, majú výhodu voľnejšieho režimu, čo sa v prípade ich adaptability prejavuje pozitívnejšie. Samozrejme len v prípade, že ten čas trávi zmysluplne. Klient, s ktorým prebiehal rozhovor, toto vyjadrenie len potvrdil. Bol spokojný s jeho individuálnym plánom zaobchádzania, čo sa prejavovalo najmä vo forme disciplinárnych odmien a následného podmieneného prepustenia.

3 DISKUSIA

Úvodná časť príspevku bola venovaná stanoveniu si štyroch okruhov skúmanej problematiky, ktorých vymedzenie predurčovalo naplnenie hlavného cieľa predmetného

príspevku. Na základe obsahovej analýzy dostupných zdrojov sme získali nasledovné poznatky.

Prvý okruh skúmanej problematiky bol venovaný vymedzeniu aktuálnej legislatívnej úpravy procesu zaobchádzania s odsúdenými seniormi v ústave na výkon trestu odňatia slobody. Legislatívne normy Slovenskej republiky vymedzujú zaobchádzanie s odsúdenými seniormi len veľmi extenzívne. Právne normy vymedzujúce výkon trestu neuvádzajú špecifiká zaobchádzania s odsúdenými seniormi. Dôležitou súčasťou humanizácie trestného systému, a zároveň aj súčasťou efektívneho zaobchádzania s odsúdenými je vymedzenie špecifik zaobchádzania s odsúdenými seniormi. V rámci procesu novelizácie zákona o výkone trestu odňatia slobody odporúčame vymedziť zaobchádzanie s osobami v dôchodkovom veku, ktorých osobná sloboda bola právne obmedzená. Rovnako tak, ako zákon vymedzuje zaobchádzanie s mladistvými, by mal rozoznávať zaobchádzanie so seniormi.

Druhý okruh bol venovaný nástupnému oddielu, ktorého výkon môžeme považovať za jeden z nástrojov úspešnej adaptácie seniorov na podmienky súvisiace s výkonom trestu. Nástupný oddiel je z pohľadu adaptačného procesu odsúdeného seniora veľmi dôležitým článkom. Úvodný rozhovor, dostatočné a adresné informácie môžu odsúdenému výrazne zľahčiť priebeh adaptácie na nové prostredie. Odborný tím by si mal byť vedomý špecifik cieľovej skupiny odsúdených seniorov, na základe ktorých by mal vytvoriť individuálny plán zaobchádzania s odsúdeným. Odporúčame smerujeme príslušníkom väzenskej a justičnej stráže, ktorí prichádzajú do kontaktu s odsúdenými seniormi, práve v nástupnom oddieli. Prostredníctvom osobného rozhovoru by mali získať o odsúdenom čo najviac účelných informácií a následne ich využiť v prospech efektívnejšej adaptácie na väzenské prostredie. Dôležitou súčasťou adaptačného procesu je pomáhať odsúdenému obnovovať alebo upevňovať pozitívne rodinné väzby, záujmy, či pozitíva života na slobode. Poskytnuté informácie by odsúdenému mali pomôcť prekonať obavy zo života vo väzení.

V poradí tretí okruh skúmanej problematiky bol venovaný plánu zaobchádzania s dôrazom na individuálne potreby odsúdených seniorov. Pre mnohých odsúdených je výkon trestu v ústave veľmi náročným obdobím života. Starší človek musí čeliť nie len nástrahám staroby ale aj prostrediu, v ktorom sa ocitol. Jediný spôsob akým je možné eliminovať tieto negatívne javy je vypracovanie plánu zaobchádzania s odsúdeným, ktorý by bol prispôbený jeho špecifickým potrebám. Pri práci s touto cieľovou skupinou je dôležité posilniť sociálne kontakty mimo ústavu a činnosti, v rámci individuálneho plánu zamerať na záujmy konkrétneho odsúdeného. Účelom zaobchádzania je pripraviť odsúdeného na život na slobode. Podobne ako v predchádzajúcom odporúčaní, smerujeme odporúčanie príslušníkom väzenskej a justičnej stráže (sociálny pracovník, pedagóg, psychológ), zároveň aj sociálnym kurátorom a občianskym združeniam, ktorých predmet činnosti súvisí s penitenciárnou a postpenitenciárnou starostlivosťou. Vytvorením sociálnej siete pomoci už spomínaných subjektov je možné vypracovať efektívny individuálny plán zaobchádzania s odsúdeným, a tak nasmerovať konkrétne činnosti a aktivity v prospech úspešnejšej adaptácie, obnoviť rodinné väzby, záujmy, či pozitívne pôsobiť na osobu odsúdeného.

Posledný okruh bol venovaný sociálnemu zabezpečeniu odsúdených seniorov v ústave na výkon trestu odňatia slobody. Odsúdený senior poberá v ústave na výkon trestu odňatia slobody starobný dôchodok, ktorý mu umožňuje zastávať lepšiu sociálnu pozíciu oproti ostatným odsúdeným, ktorí sú zaraďovaní do každodennej práce. Zatiaľ čo senior na slobode

zastáva spoločenský status nižšej vrstvy, v ústave na výkon trestu je to vďaka starobnému dôchodku naopak. Získaný poznatok môže pozitívne ovplyvňovať celkovú adaptáciu seniora na väzenské prostredie, záleží len na subjektívnom prístupe konkrétneho odsúdeného. Dôležitým determinantom je poskytnutie relevantných informácií, a tak odporúčanie môžeme smerovať najmä pre sociálneho pracovníka, ktorý pôsobí v ústave na výkon trestu odňatia slobody. V rámci jeho profesionálnych kompetencií by mal odsúdenému poskytnúť individuálne poradenstvo zamerané na poberanie starobného dôchodku.

ZÁVER

Aj napriek neustálemu napredovaniu spoločnosti, nie je práca s väzňami dostatočne pochopená. Ľudia, ktorí sa rozhodli pracovať s trestanými osobami vidia o niečo ďalej, vidia, že ak dokážu svojim odborným prístupom do viesť osobu na cestu bez porušovania spoločenských a právnych noriem, bude majoritná spoločnosť bohatšia o ďalšieho člena.

V závere príspevku len v krátkosti zhrnieme cieľ príspevku, ktorým bolo priblížiť aktuálnu situáciu penitenciárneho zaobchádzania s osobami v dôchodkovom veku ako aj poukázanie na pozitívne skúsenosti tohto zaobchádzania v zahraničí. Prostredníctvom analýzy dostupných zdrojov sa cieľ podarilo naplniť. Predmetné zistenia poukazujú na medzery v legislatívnej úprave zaobchádzania s odsúdenými seniormi. Absentuje najmä špecifikácia zaobchádzania v zmysle napĺňania individuálnych potrieb seniorov vzhľadom na ich vek a zdravotný stav. Príklady zo zahraničia môžu byť pre náš trestný systém inšpiráciou.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY:

- 1 Fábry, A. 2009. Penológia. Bratislava: Bratislavská škola práva. 264 s. ISBN 978-80-89447-01-5.
- 2 Hrozenská, M. a kol. 2008. Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská. Martin: Osveta. 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- 3 Kozoň, A. 2006. Špecifiká zaobchádzania s odsúdenými vo väzení. Trnava: Personal Consultant. 196 s. ISBN 80-969455-8-0.
- 4 Úplné znenie zákona č. 68/2014 Z.z., zákona o výkone trestu odňatia slobody a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- 5 Vyhláška MS SR č. 368/2008 ktorou sa vydáva Poriadok o výkone trestu odňatia slobody
- 6 Vyhláška MS ČR č.345/1999 Sb, ktorou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody
- 7 Zákon č. 169/1999 Sb. o výkonu trestu odnětí svobody, ve znění pozdějších předpisů
- 8 Sociálna poisťovňa. Priemerná výška vyplácaných dôchodkov (v mesiacoch). Dostupné na internete [on-line] [07-06-2017]: <http://www.socpoist.sk/priemerna-vyska-vyplacanych-dochodkov--v-mesiacoch-/1600s>
- 9 Media for Development. Older Prisoners Audio Resettlement Kit. Dostupné na internete [on-line] [10-06-2017]: <http://www.mediafordevelopment.org.uk/>

Kontakt na autora:

Mgr. Martina Oravcová, Novozámocká 4, 96001 Zvolen.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava.
e-mail: oravcova.martina1@gmail.com

**NOVELA ZÁKONA č. 95/2004 Sb. O POSTGRADUÁLNO
VZDELÁVANÍ LEKÁROV**

**THE AMENDMENT TO ACT No. 95/2004 COLL. ON
POSTGRADUATE EDUCATION OF PHYSICIANS**

Sumková, M.

Slezská univerzita v Opavě - Obchodně podnikatelská fakulta v Karviné

Abstrakt

Úvod: Príspevok je z obsahového hľadiska zameraný na čiastočnú analýzu novely zákona č. 95/2004 Sb., v postgraduálnom vzdelávaní lekárov, príspevok obsahuje komentáre autora k vybraným novelizovaným skutočnostiam a zhodnotenie zavedenia novely do praxe v rámci Českej republiky.

Zameranie práce: Cieľom príspevku je vymedzenie vybraných zmien, ktoré priniesla v rámci postgraduálneho vzdelávania lekárov novela Zákona č. 95/2004 Sb., Zákon o podmínkach získavania a uznávania odbornej spôsobilosti a špecializovanej spôsobilosti k výkonu zdravotníckeho povolania lekára, zubného lekára a farmaceuta.

Zistenia: Autorka predpokladá, že novelizácia nepriniesla zásadné zmeny v postgraduálnom vzdelávaní lekárov a trend odlivu lekárov z Českej republiky bude pokračovať.

Záver: Predmetné zistenia poukazujú na zavedenie neefektívnych a nedostatočných opatrení v rámci novelizácie zákona č. 95/2004 Sb. v postgraduálnom vzdelávaní lekárov.

Kľúčové slová: Zákon č. 95/2004, postgraduálne vzdelávanie lekárov, novelizácia zákona

Abstract

Introduction: The contribution is focused on the partial analysis of the amendment to Act no. 95/2004 Coll., On postgraduate education of physicians and contains comments of the author on selected updated facts and assessment of the implementation of the amendment into practice in the Czech Republic.

Thesis focus: The aim of the paper is to define the changes brought in the postgraduate education of physicians by the amendment to Act no. 95/2004 Coll., The Act on the Conditions for Obtaining and Recognizing Professional Competence and Specialized Ability to Exercise the Health Occupation of a Physicians, Dental doctor and Pharmacist.

Findings: The author assumes that the amendment has not brought about major changes in the postgraduate education of physicians, and the trend of the outflow of physicians from the Czech Republic will continue.

Conclusion: These findings point to the introduction of ineffective and insufficient measures in the context of the amendment to Act No. 95/2004 Coll. on postgraduate

education of physicians.

Key words: Act no. 95/2004, postgraduate education of physicians, amendment of the law

ÚVOD

Cieľom príspevku je vymedzenie vybraných zmien, ktoré priniesla v rámci postgraduálneho vzdelávania lekárov novela Zákona č. 95/2004 Sb., Zákon o podmínkách získavania a uznávania odbornej spôsobilosti a špecializovanej spôsobilosti k výkonu zdravotníckeho povolania lekára, zubného lekára a farmaceuta. (ďalej len „Zákon“). Samotný legislatívny proces, týkajúci sa predmetnej novelizácie, sprevádzali pomerne vyhranené diskusie na úrovni jednotlivých stavovských organizácií lekárov, zubných lekárov a farmaceutov, odborných spoločností, zástupcov lekárskeho fakúlt, Ministerstva zdravotníctva ČR a Poslaneckej snemovne ČR, ktorá, i napriek vetu Senátu ČR zo dňa 15.12.2016, predložený návrh novely Zákona schválila. Novela Zákona bola napokon Prezidentom ČR podpísaná, dňa 06.03.2017 ako zákon č. 67/2017 Sb. vyhlásená v Zbierke zákonov a je účinná odo dňa 01.07.2017.

V príspevku sa autor zameriava len na najzásadnejšie zmeny oproti pôvodnému zneniu. Obsahové zameranie jednotlivých okruhov skúmanej problematiky bude nasledovné:

1. Odborný dozor a odborný dohľad
2. Špecializovaná spôsobilosť lekára a atestačná skúška
3. Zdravotná spôsobilosť zdravotníckeho pracovníka
4. Garant odboru, školiteľ
5. Akreditácia a akreditačná komisia
6. Vzdelávacia rada
7. Nadstavbové odbory
8. Funkčné kurzy
9. Financovanie špecializačného vzdelávania

ODBORNÝ DOZOR A ODBORNÝ DOHĽAD

Výkonom povolania lekára pod odborným dozorom sa rozumie výkon činnosti lekára s odbornou spôsobilosťou pred získaním certifikátu o absolvovaní základného kmeňa. Podľa ustanovenia §4 Zákona: „Odborný dozor vykonáva lekár so špecializovanou spôsobilosťou prítomný v zdravotníckom zariadení, v ktorom vykonáva činnosť lekár s odbornou spôsobilosťou, s fyzickou dosiahnuteľnosťou lekára so špecializovanou spôsobilosťou do 15 minút.“ Takýto lekár musí byť v pracovnom pomere s poskytovateľom zdravotných služieb, alebo v služobnom pomere, alebo musí byť sám poskytovateľom zdravotných služieb. Odborný dozor môže vykonávať jeden školiteľ nad najviac 2 lekármi v špecializačnej príprave.

Bez odborného dozoru môže lekár s odbornou spôsobilosťou vykonávať činnosti, ktoré zodpovedajú rozsahu znalostí a schopností získaných štúdiom v akreditovanom

zdravotníckom magisterskom študijnom programe všeobecné lekárstvo, a ktoré sú stanovené vykonávacím právnym predpisom.

Lekár s odbornou spôsobilosťou môže po získaní certifikátu o absolvovaní základného kmeňa vykonávať činnosti v rozsahu, ktorý mu písomne stanoví jeho školiteľ, a to pod odborným dohľadom.

Bez odborného dohľadu môže lekár s odbornou spôsobilosťou a s certifikátom o absolvovaní základného kmeňa vykonávať podľa §4 Zákona „*a) činnosti, ktoré odpovedajú rozsahu znalostí a schopností získaných vzdelávaním v základnom kmeni, a ktoré sú stanovené vykonávacím právnym predpisom činnosti, b) revíziu činnosť podľa zákona upravujúceho verejné zdravotné poistenie a c) ďalšie činnosti v rozsahu, ktorý mu písomne stanoví jeho školiteľ.*“

Aby lekár s odbornou spôsobilosťou po získaní certifikátu o absolvovaní základného kmeňa zložil atestačnú skúšku, musí povolanie lekára vykonávať pod odborným dohľadom. Podľa §4 odst. 6 Zákona „*odborný dohľad vykonáva lekár so špecializovanou spôsobilosťou, a to nepretržitou telefonickou dostupnosťou a fyzickou dosiahnuteľnosťou zdravotníckeho zariadenia, v ktorom vykonáva činnosť lekár s odbornou spôsobilosťou, do 30 minút.*“ Takýto lekár musí byť v pracovnom pomere s poskytovateľom zdravotných služieb, v služobnom pomere k poskytovateľovi zdravotných služieb, prípadne, musí byť sám poskytovateľom zdravotných služieb. Jeden školiteľ môže vykonávať odborný dohľad nad najviac 3 lekármi v špecializačnej príprave.

Jeden školiteľ môže súčasne vykonávať odborný dozor a odborný dohľad nad najviac tromi lekármi v špecializačnej príprave. Výkon odborného dozoru a odborného dohľadu je povinný zaistiť poskytovateľ zdravotných služieb.

Vzhľadom k vyššie uvedeným skutočnostiam tak síce novelizované znenie Zákona predstavuje väčšiu ochranu mladých lekárov v zmysle právnej istoty pri výkone ich povolania pod odborným dozorom a odborným dohľadom, otázne však zostáva, ako bude toto zákonné ustanovenie v praxi dodržiavané, keďže Zákon samotný neustanovuje kontrolný mechanizmus skutočného stavu u poskytovateľov zdravotných služieb zo strany Ministerstva zdravotníctva prípadne ďalších oprávnených orgánov štátnej správy a príslušných samospráv.

Novelizované znenie prináša rozšírenie súhrnu činností, ktoré sú považované za súčasť výkonu povolania lekára, a to o paliatívnu starostlivosť a revíziu činnosť.

ŠPECIALIZOVANÁ SPÔSOBILOSŤ LEKÁRA A ATESTAČNÁ SKÚŠKA

Novela Zákona upravila podmienky absolvovania špecializovanej spôsobilosti lekára. Špecializovaná spôsobilosť lekára sa v zmysle ustanovení §5 Zákona „*získava úspešným ukončením špecializačného vzdelávania atestačnou skúškou... Špecializačné vzdelávanie lekára prebieha v špecializačnom odbore*“, pričom zloženie špecializačného vzdelávania pozostáva „*zo základného kmeňa, na ktorý nadväzuje vzdelávanie vo vlastnom špecializačnom výcviku.*“ Podmienkou realizácie špecializačného vzdelávania je existencia pracovného alebo prípadne služobného pomeru.

Špecializačné vzdelávanie prebieha ako celodenná príprava v akreditovaných zariadeniach v rozsahu zodpovedajúcom stanovenej týždennej pracovnej dobe, ktorá podľa príslušných ustanovení Zákonníku práce predstavuje štyridsať hodín a účastníkovi

špecializačného vzdelávania za ňu prináleží odmena. Novelizované znenie pôvodné ustanovenie dopĺňa o úpravu, v prípade ak špecializačné vzdelávanie prebieha ako príprava pri nižšom rozsahu, než je stanovená týždenná pracovná doba, pričom stanovuje, že jej celková dĺžka, úroveň a kvalita nesmie byť nižšia než pri celodennej príprave. V prípade rozvoľnenej prípravy nesmie byť rozsah nižší než 0,5 týždennej pracovnej doby, v prípade materskej alebo rodičovskej dovolenky nižší než 0,2 týždennej pracovnej doby. Aby sa predišlo extrémnemu skracovaniu dĺžky trvania špecializačného vzdelávania sa tak doba, ktorá stanovujú týždennú pracovnú dobu (40 hodín) presahuje, do špecializačného vzdelávania nezapočítava.

Za predpokladu, že účastník špecializačného vzdelávania uskutočňuje takéto vzdelávanie na neakreditovanom pracovisku, ktoré ale zároveň spĺňa všetky podmienky pre udelenie akreditácie v súlade s príslušným vzdelávacím programom, môže byť účastníkovi na základe žiadosti adresovanej Ministerstvu zdravotníctva udelená výnimka, v rámci ktorej je vydávané rozhodnutie o započítaní odbornej praxe v rozsahu maximálne 0,75 stanovenej dĺžky špecializačného vzdelávania, prebiehajúcim na takomto pracovisku. Doba výkonu zdravotníckeho povolania v priebehu štúdia v doktorskom študijnom programe alebo jeho časti sa započíta do špecializačného vzdelávania lekára len v prípade, ak súbežná doba výkonu povolania lekára v pracovnom pomere k poskytovateľovi zdravotných služieb dosahovala aspoň 0,5 stanovenej týždennej pracovnej doby. Do špecializačného vzdelávania sa započítava odborná prax, prípadne jej časť, absolvovaná v inom odbore špecializácie alebo v inom základnom kmeni v cudzine, za predpokladu splnenia zákonných podmienok, pričom v prípade odbornej praxe absolvovanej v cudzine je nutné, aby takáto odborná prax spĺňala svojím obsahom a rozsahom náležitosti príslušného vzdelávacieho programu, a tiež aby vysoká škola, prípadne oprávnený poskytovateľ zdravotných služieb v rámci dotknutého štátu, ktorá danú prax potvrdzuje, zároveň zabezpečovala špecializované vzdelávanie v príslušnom odbore v súlade s platnou národnou legislatívou. Bez ohľadu na vyššie uvedené ale platí, že s konečnou platnosťou o započítaní odbornej praxe rozhodne Ministerstvo zdravotníctva.

V prípade, že lekár, z dôvodu materskej alebo rodičovskej dovolenky, prerušil výkon lekárskeho povolania a súčasne bol zaradený do špecializačného vzdelávania v odbore pediatria, započíta sa mu do odbornej praxe, prax v dĺžke 3 mesiacov pri každom dieťati, pri ktorom lekár preruší výkon povolania z dôvodu materskej alebo rodičovskej dovolenky, a to na základe predloženia žiadosti o započítanie odbornej praxe. Do doby odbornej praxe možno takto započítať celkom najviac šesť mesiacov, pri splnení podmienky trvania materskej alebo rodičovskej dovolenky, a to buď jednotlivo alebo obe v súčte minimálne šiestich mesiacov.

S ohľadom na vyššie uvedené, je možné konštatovať zjavný zámer zákonodarcov, vyjsť v ústrety lekárkam a lekárom, na materskej či rodičovskej dovolenke, pričom táto nebude ďalej vnímaná ako prekážka pri uskutočňovaní špecializačného vzdelávania a ďalšieho profesného rastu.

Podľa znenia Zákona pred účinnosťou novely, bolo špecializačné vzdelávanie považované za prehlbovanie kvalifikácie v zmysle Zákonníku práce, účasť na ktorom, mohol poskytovateľ zdravotných služieb po lekárovi v postavení zamestnanca vyžadovať ako súčasť výkonu zmluvne zjednanej práce, pričom za úhradu súvisiacich nákladov zodpovedal v plnej miere zamestnávateľ pokiaľ tieto nepresahovali hranicu 75.000,-Kč. Prijatím novely však

došlo k zmene, kedy je účasť na vzdelávaní v prvom základnom kmeni a v prvom špecializačnom odbore považovaná za zvyšovanie kvalifikácie v zmysle ustanovenia §231 a nasl. Zákonníku práce, čo pre účastníkov špecializačného vzdelávania a poskytovateľov zdravotných služieb v postavení zamestnávateľov predstavuje zásadnú zmenu, ktorej reálne dopady bude možné zhodnotiť až v budúcnosti, a to hlavne s ohľadom na predpokladaný nárast uzatváraných kvalifikačných dohôd podľa §234 Zákonníku práce. Vzdelávanie odlišného resp. iného charakteru, ako v prvom základnom kmeni a v prvom špecializačnom odbore, do ktorého je účastník špecializačného vzdelávania zaradený podľa Zákona, sa považuje za prehĺbovanie kvalifikácie podľa Zákonníku práce.

Novelizované znenie povoľuje súbežné zaradenie lekára v najviac dvoch špecializačných odboroch len za predpokladu, pokiaľ majú rovnaký základný kmeň, a zároveň stanoví, že lekár nemôže byť zaradený súčasne v špecializačnom odbore a v nadstavbovom odbore špecializačného vzdelávania.

V rámci nového ustanovenia §5a Zákona sú priamo definované základné kmene špecializačného vzdelávania, ktorých je devätnásť, pričom dĺžka vzdelávania pre každý základný kmeň je stanovená na tridsať mesiacov a je ukončená skúškou, ktorú môže účastník špecializačného vzdelávania opakovať najviac trikrát, najskôr avšak po dobe šiestich mesiacov odo dňa neúspešne vykonanej skúšky. Príprava a priebeh skúšky prebieha v gescii Ministerstva zdravotníctva prípadne ním poverenej organizácie. Po úspešnom zložení skúšky po ukončení vzdelávania v základnom kmeni získava lekár certifikát o absolvovaní základného kmeňa, podobu ktorého stanoví vykonávací právny predpis.

Novela Zákona upravuje aj problematiku atestačnej skúšky a súvisiaceho procesu, ktorá je špecifikovaná v ustanovení §21 Zákona. Špecializačné vzdelávanie sa ukončuje atestačnou skúškou pred odborovou atestačnou komisiou podľa skúšobného poriadku stanoveného príslušným právnym predpisom na základe žiadosti uchádzača o vykonaní atestačnej skúšky. Minister zdravotníctva vždy menuje členom odborovej akreditačnej komisie člena, ktorý je súčasne aj členom akreditačnej komisie. Zoznam menovaných členov atestačnej komisie pre nasledujúci kalendárny rok zverejňuje Ministerstvo zdravotníctva na svojich webových stránkach vždy do 1.decembra. Atestačnej skúšky by sa mal zúčastniť i školiteľ uchádzača, v prípade, že sa tento skúšky neúčastní, zúčastní sa garant odboru alebo prípadne iný lekár so špecializovanou spôsobilosťou v príslušnom odbore, z ktorého je atestačná skúška vykonávaná, ktorého určí príslušný garant odboru, pričom musí byť splnená podmienka aby tento lekár bol zamestnancom akreditovaného zariadenia, v ktorom prebiehalo špecializačné vzdelávanie uchádzača prípadne v služobnom pomere k akreditovanému zariadeniu.

V prípade, že lekár so získanou špecializovanou spôsobilosťou prerušil výkon povolania v posledných siedmych rokoch v celkovom súčte viac než šesť rokov, je povinný sa po skončení prerušenia výkonu povolania doškoliť v rozsahu najmenej šesťdesiat pracovných dní na pracovisku poskytovateľa zdravotných služieb v odbore, v ktorom špecializovanú spôsobilosť získal. Samotné doškolenie prebieha pod vedením lekára s rovnakou špecializovanou spôsobilosťou, pričom tento „atestovaný“ lekár má povinnosť viesť záznamy o doškolení a na konci vydá potvrdenie o priebehu a ukončení doškolenia. Zákon súčasne v tomto ustanovení §6 určuje, že v nadstavbových odboroch sa doškolenie neprevádza. Doškolenie prebieha ako celodenná príprava v rozsahu zodpovedajúcom stanovenej týždennej

pracovnej dobe, pričom môže prebiehať aj v kratšom režime, no táto doba nesmie byť nižšia než 0,5 stanovenej týždennej pracovnej doby a zároveň platí, že doba presahujúca týždennú pracovnú dobu sa do doškolenia nezapočítava. Povinnosť dokumentovať pracovnú dochádzku lekára, ktorý absolvuje doškoľovanie, má príslušné akreditované zariadenie prípadne príslušný poskytovateľ zdravotných služieb.

Novelizované znenie v ustanovení §6 odst. 2 Zákona pokladá za prerušenie výkonu povolania lekára aj výkon v rozsahu nižšom než je 0,2 stanovenej pracovnej týždennej doby, a to súhrnne, v rámci všetkých základných pracovných pomerov pri výkone povolania lekára. V rámci novelizovaného znenia nedošlo k zásadnej zmene týkajúcej sa samotných špecializačných odborov, kmeňov a príslušných dôb trvania vzdelávania. Tieto sú špecifikované v rámci Prílohy č. 1 Zákona, pričom účinné znenie definuje 43 špecializačných odborov, z čoho vyplýva, že k zásadnej redukcii v podstate nedošlo. Vlastná doba trvania prípravy v príslušnom odbore sa u niektorých odborov skrátila v priemere o šesť až dvanásť mesiacov, pričom sa ale uvádza, že sa jedná o *minimálnu dĺžku vzdelávania*, z čoho v podstate vyplýva, že sa táto doba trvania môže predlžovať.

GARANT ODBORU, ŠKOLITEĽ

Akreditované zariadenie, ktoré poskytuje lôžkovú starostlivosť, menuje pre každý akreditovaný odbor garanta odboru, ktorým je lekár vykonávajúci vedúcu funkciu v príslušnom akreditovanom zariadení a to s minimálne päťročnou odbornou praxou po získaní špecializovanej spôsobilosti alebo s minimálne dvojročnou odbornou praxou po získaní zvláštnej špecializovanej spôsobilosti.

Podľa novelizovaného ustanovenia § 20 Zákona je pre každý akreditovaný odbor menovaný garant odboru, pričom jeho povinnosťou je prideliť každému účastníkovi špecializačného vzdelávania školiteľa. Zákon stanovuje, že školiteľom môže byť len zdravotnícky pracovník so špecializovanou spôsobilosťou spĺňajúci príslušné podmienky. Úlohou školiteľa je dohliadať na odbornú stránku výkonu, preverovanie teoretických znalostí a praktických schopností účastníka špecializačného vzdelávania. Podľa dikcie ustanovenia §20 odst. 7 Zákona: *„Jeden školiteľ môže vykonávať odborný dozor nad najviac dvomi lekármi alebo farmaceutmi v špecializačnej príprave alebo odborný dohľad nad najviac tromi lekármi, zubnými lekármi alebo farmaceutmi v špecializačnej príprave. Jeden školiteľ môže súčasne vykonávať odborný dozor a odborný dohľad nad najviac tromi lekármi, zubnými lekármi alebo farmaceutmi v špecializačnej príprave.“*, čo je možno hodnotiť ako pozitívny prínos novely vzhľadom k zvýšeniu kvalitatívnej úrovne činnosti v zrovnaní ku kvantitatívnemu obmedzeniu.

ZDRAVOTNÁ SPÔSOBILOSŤ ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA

Novela taktiež rozširuje počet subjektov oprávnených preskúmať zdravotnú spôsobilosť zdravotníckeho pracovníka. V prípade, pokiaľ existuje dôvodné podozrenie, že mohlo dôjsť k zmene zdravotného stavu zdravotníckeho pracovníka, môže byť zdravotnícky pracovník vyzvaný k opätovnému preskúmaniu jeho zdravotnej spôsobilosti nielen správnym úradom (vydávajúcim oprávnenie k poskytovaniu zdravotných služieb), ale taktiež

Ministerstvom zdravotníctva alebo príslušnou stavovskou organizáciou, ktorej je posudzovaný zdravotnícky pracovník členom (Česká lekárska komora, Česká stomatologická komora alebo Česká lekárnická komora). Za účelom eliminovať prípadný konflikt záujmov novelizované znenie stanoví, že lekársky posudok nesmie byť vydaný osobou blízkou (tj. podľa NOZ §22 „*príbuzný v rade priamej, súrodenec a manžel alebo partner podľa iného zákona upravujúceho registrované partnerstvo, iné osoby v pomere rodinnom alebo obdobnom sa pokladajú za osoby navzájom blízke, ak by ujmu, ktorú utrpela jedna z nich, druhá dôvodne pociťovala ako ujmu vlastnú. Má sa za to, že osobami blízkymi sú aj osoby zošvagrené alebo osoby, ktoré spolu trvale žijú*“), a v prípade všeobecných praktických lekárov ani osobou, ktorá je ich zamestnávateľom resp. iným všeobecným praktickým lekárom, ktorý je v zamestnaneckom vzťahu alebo služobnom pomere k rovnakému zamestnávateľovi ako posudzovaný všeobecný praktický lekár.

AKREDITÁCIA A AKREDITAČNÁ KOMISIA

Novelizované znenie ustanovenia §13 Zákona umožňuje, na základe udelenej akreditácie, možnosť uskutočňovať konkrétne určený vzdelávací program alebo jeho časť od dátumu jeho zverejnenia vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva. Akreditáciu je tak možné udeliť pre: „*základný kmeň, vlastný špecializovaný výcvik, časť špecializovaného vzdelávania uskutočňovanú v rámci poskytovania špecializovanej ambulantnej starostlivosti, odbor špecializačného vzdelávania, doplňujúcu odbornú prax, nadstavbový odbor, teoretickú časť programu vzdelávania, funkčný kurz, zaistenie odbornej praxe v rámci praktickej časti aprobačnej skúšky, časť špecializačného vzdelávania v odbore praktického lekárstva.*“ V rámci nového ustanovenia §14a Zákona bol taktiež upravený akreditačný proces tak, že žiadosť o predĺženie akreditácie musí byť doručená najneskôr 120 dní pred vypršaním jej platnosti, a v prípade, pokiaľ Ministerstvo zdravotníctva nerozhodne do dňa, kedy platnosť akreditácie končí, jej platnosť sa automaticky predlžuje do nadobudnutia právnej moci nového rozhodnutia. Vzhľadom k vyššie uvedeným zmenám, týkajúcim sa akreditačného procesu a jeho predĺženia, je možné konštatovať, že došlo k istej racionalizácii samotného procesu akreditácie a jeho účastník sa tak nemôže dostať do situácie, kedy by teoreticky mohol prísť o akreditáciu v priebehu samotného procesu.

Vďaka zmenám, ktoré novelizujú ustanovenie §15 Zákona o akreditačnej komisii, tak bolo nahradené pôvodné znenie, ktoré fakticky znemožňovalo byť členom akreditačnej komisie viac než dve po sebe idúce obdobia, a funkciu člena akreditačnej komisie je v súčasnosti možné vykonávať i opakovane. Úlohou akreditačnej komisie je, okrem iného, príprava podkladov pre stanovenie obsahu vzdelávacích programov jednotlivých odborov špecializovaného vzdelávania, nadstavbových odborov a obsahu vzdelávania v základnom kmeni, následne tiež pripravuje podklady pre stanovenie činností, ktoré lekári vykonávajú na základe úspešného absolvovania základného kmeňa. O vymenovaní členov akreditačnej komisie rozhoduje s konečnou platnosťou minister zdravotníctva. Je tvorená zo zástupcov navrhnutých Českou lekárskou komorou (1/3), lekárske fakultami (1/3) a Ministerstvom zdravotníctva (1/3), pričom v rámci novely bol minimálny počet jej členov zvýšený na 9, ktorí si zo svojho streda volia predsedu akreditačnej komisie.

VZDELÁVACIE RADY

Nóvum, ktoré novelizované znenie Zákona v ustanovení §16a prináša, je zriadenie poradného orgánu ministerstva, ktorým je vzdelávacia rada (lekárov, zubných lekárov a tiež farmaceutov). Členmi vzdelávacej rady sú traja zástupcovia navrhnutí ministerstvom, dvaja zástupcovia navrhnutí odbornou spoločnosťou, dvaja zástupcovia, ktorých navrhuje príslušná profesná komora (ČLK, ČSK, ČLK) a dvaja zástupcovia navrhnutí lekárskymi fakultami, v prípade Vzdelávacej rady farmaceutov, farmaceutickými fakultami. Úlohou vzdelávacích rád je jednanie o jednotnej štruktúre a zrovnateľnosti vzdelávacích programov jednotlivých odborov špecializačného vzdelávania a nadstavbových odborov. Vzdelávacie rady ďalej predkladajú návrhy obsahu vzdelávajúcich programov jednotlivých odborov k schváleniu ministromi zdravotníctva, a zároveň sú oprávnené odporučiť vznik alebo zánik odborov špecializačného vzdelávania, nadstavbových odborov alebo funkčných kurzov. Taktiež predkladajú ministromi zdravotníctva svoje odporúčenie k riešeniu odborných sporov medzi jednotlivými akreditačnými komisiami.

NADSTAVBOVÉ ODBORY

Vzdelávanie v nadstavbovom odbore prebieha ako celodenná príprava v akreditovaných zariadeniach podľa tohto Zákona v rozsahu odpovedajúcej stanovenej týždennej pracovnej dobe a účastníkovi zaň prináleží odmena. Ministerstvo zdravotníctva započítava do vzdelávania v nadstavbovom odbore i časť skoršie absolvovaného špecializačného vzdelávania. Započítat' je možné vzdelávanie, ktoré účastník absolvoval v období predchádzajúcich desiatich rokov. Študentovi resp. absolventovi doktorského štúdia sa taktiež môže započítat' doba výkonu zdravotníckeho povolania v priebehu štúdia. Samotným absolvovaním vzdelávania v nadstavbovom odbore získava lekár zvláštnu špecializovanú spôsobilosť.

FUNKČNÉ KURZY

Odbornú, špecializovanú alebo zvláštnu špecializovanú spôsobilosť k výkonu povolania lekára nemožno získať absolvovaním funkčného kurzu. Akreditované zariadenie podáva žiadosť na vznik funkčného kurzu ministerstvu, žiadosť prerokuje akreditačná komisia a vzdelávacia rada. Následne ministerstvo zdravotníctva rozhodne o zaradení funkčného kurzu do zoznamu funkčných kurzov. Podľa ustanovenia §21j Zákona je rozsah funkčného kurzu minimálne jeden a maximálne šesť mesiacov, pričom funkčný kurz môže prebiehať taktiež formou rozvoľnenej prípravy, minimálne však v rozsahu 1/2 týždennej pracovnej doby. Kurzy, ktoré schváli Ministerstvo zdravotníctva sú zverejňované vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva. Doktorské štúdium sa do vzdelávania v rámci funkčného kurzu nezapočítava, ale započítava sa časť skoršie absolvovaného špecializačného vzdelávania, vzdelávania v nadstavbovom odbore alebo v inom funkčnom kurze, ktorý spĺňa všetky nutné náležitosti podľa Zákona. Žiadosť o zaradenie do funkčného kurzu podáva zdravotnícky pracovník príslušnej poverenej organizácií. Zakončením funkčného kurzu je absolvovanie záverečnej skúšky pred komisiou, zriaďovateľom ktorej je Ministerstvo zdravotníctva.

Samotné zavedenie funkčných kurzov môže byť vnímané kontraproduktívne, vzhľadom k tomu, že sa týka všetkých lekárov bez obmedzenia, a teda znamená, že aj vysokokvalifikovaní a vedúci lekári, s desiatkami rokov praxe budú nútení absolvovať tieto kurzy v rámci metód, ktoré doposiaľ uskutočňovali rutinne a obmedziť ich vykonávanie bez predchádzajúceho absolvovania funkčného kurzu.

FINANCOVANIE ŠPECIALIZAČNÉHO VZDELÁVANIA

Prijatím novely Zákona sa zmenila doba poskytnutia dotácie na špecializačné vzdelávanie v základnom kmeni u odborov špecializačného vzdelávania lekárov, a to najdlhšie počas doby tridsiatich mesiacov. Príslušné akreditované zariadenie môže požiadať o dotáciu na rezidenčné miesto v prípade, ak účastník špecializačného vzdelávania zahájí špecializačné vzdelávanie v akreditovanom zdravotníckom zariadení a súčasne má s týmto zdravotníckym zariadením uzavretú pracovnú zmluvu v rozsahu minimálne polovice stanovenej týždennej pracovnej doby a minimálne po dobu dĺžky trvania základného kmeňa. Minulé znenie Zákona stanovovalo povinnosť, mať uzavretú pracovnú zmluvu po dobu špecializačného vzdelávania stanovenú vzdelávacím programom v príslušnom odbore.

ZÁVER

Za hlavný cieľ novelizovaného znenia Zákona možno považovať snahu o nové nastavenie rámca, ktorý umožňuje stabilizovať a skvalitňovať systém vzdelávania v odboroch špecializačného vzdelávania a vzdelávania v nadstavbových odboroch lekárov. Novelizované znenie Zákona je účinné len krátku dobu, preto je pomerne ťažké, reálne vyhodnotiť eventuálne dopady na systém vzdelávania lekárov, už teraz je však možné konštatovať, že situácia ohľadne dostupnosti vzdelávania v regionálnych nemocniciach a otázka financovania vzdelávania vyriešená nebola. I napriek tomu bola novela Zákona lekárskou obcou dlhodobo očakávaná. Za jeden z krucálnych dôvodov, pre ktoré sa mladí lekári a absolventi medicíny rozhodnú odísť do zahraničia, je možné považovať súčasný systém špecializačného vzdelávania a zvyšovania odbornej kvalifikácie, ktorý býva často hodnotený ako neprehľadný a k mladým lekárom doslova antagonický. Pokiaľ bude novelizované znenie Zákona znamenať skutočné zlepšenie súčasnej situácie, bude s tým súvisiaci vplyv na celú generáciu lekárov a rovnako tak ich pacientov, markantný. Obavy možno vyjadriť len v prípade, pokiaľ budú reálne dopady novelizovaného znenia znamenať zhoršenie doterajšieho stavu špecializačného vzdelávania lekárov, pričom najviac viditeľným dôsledkom bude pokračujúci trend odchodu mladých lekárov a absolventov medicíny do zahraničia, a s tým súvisiaci kvalitatívny pokles personálnych kapacít u domácich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, na čo doplatí v konečnom dôsledku ten najdôležitejší článok v celom reťazci poskytovania zdravotnej starostlivosti – pacient.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY:

- 1 Mrozek, Zdeněk (2017). Změny v postgraduálním vzdělávání lékařů. TEMPUS MEDICORUM. Olomouc 2017; 26(03/2017): 3-7. ISSN 1214-7524.
- 2 Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a

uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů včetně Důvodové zprávy. Dostupné na internete [on-line] [07-06-2017]: na: <http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=125125>.

- 3 Zákon č. 262/2006 Sb., Zákon zákoník práce, v platnom znení.
- 4 Zákon č. 89/2012 Sb., Zákon občanský zákoník, v platnom znení.
- 5 Zákon č. 95/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platnom znení.

Kontakt na autora / Correspondence to author:

Ing. Miroslava Sumková
Slezská univerzita v Opavě
- Obchodně podnikatelská fakulta v Karviné
Česká republika
e-mail: miroslava.sumkova@gmail.com

HLEDÁME NOVÉ KOLEGY

na pozici

**VŠEOBECNÁ SESTRA
RADIOLOGICKÝ ASISTENT
FYZIOTERAPEUT
ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT
OŠETŘOVATEL
SANITÁŘ**

Nabízíme práci v moderním prostředí akreditovaných zdravotnických zařízení, zajímavé finanční ohodnocení a širokou nabídku benefitů.

STAŇTE SE ČLEMEM NAŠEHO TÝMU!

Kontaktujte nás na personalni@agel.cz nebo na telefonu: +420 601 158 700

www.agel.cz/kariera

Kde nás najdete



AGEL



MICROCOMP-Computersystém s.r.o.
je úspešným dodávateľom
informačných technológií a riešiteľom
projektov informačnej bezpečnosti.

systémová integrácia

dodávky hardvéru

dodávky dátových sietí

vývoj, úpravy a customizácia
informačných systémov

analytické práce

vytváranie a realizácia bezpečnostných
projektov informačných systémov

vzdelávanie, školenia

konzultácie pre zákazníkov

servisná podpora, záručný
a pozáručný servis

Sídlo

Kupecká 9
94901 Nitra
tel.: +421 37 6511306
fax: +421 37 6516166
obchod@microcomp.sk

Pobočka

Odborárska 5
83102 Bratislava
tel.: +421 2 53631221
fax: +421 2 53419854

Pobočka

Na troskách 16
97401 Banská Bystrica
tel.: +421 48 4143052
fax: +421 48 4143053

www.microcomp.sk

**SYNDRÓM VYHORENIA SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV PRACUJÚCICH
NA ÚRADOCH PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY
V SLOVENSKEJ REPUBLIKE**

**THE BURNOUT OF SOCIAL WORKERS IN THE OFFICES OF
LABOUR, SOCIAL AFFAIRS AND FAMILY IN SLOVAK REPUBLIC**

Červená L.,¹ Vranková, E.²

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava,
Slovenská republika

² Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, Vysoká škola zdravotníctva
a sociálnej práce sv. Alžbety, Příbram, Česká republika

Abstrakt

Úvod: V príspevku sa zaoberáme syndrómom vyhorenia sociálnych pracovníkov z pohľadu teórie a praxe. Vychádzame z predpokladu, že zvýšená psychická záťaž sociálnych pracovníkov pôsobiacich na úradoch práce sociálnych vecí a rodiny vedie k syndrómu vyhorenia.

Cieľ: Cieľom výskumu bolo preskúmať výskyt a mieru syndrómu vyhorenia sociálnych pracovníkov pracujúcich na úradoch práce sociálnych vecí a rodiny v Slovenskej republike. Výskyt syndrómu vyhorenia sociálnych pracovníkov sme overovali z hľadiska dĺžky praxe v jednotlivých odboroch na Úradoch práce sociálnych vecí a rodiny v Slovenskej republike.

Metódy a výsledky: Výskumnou metódou bol dotazník syndrómu vyhorenia MBI. Výskumnú vzorku tvorilo 243 sociálnych pracovníkov pracujúcich na Úradoch práce sociálnych vecí a rodiny v Slovenskej republike. Výsledky štatistických analýz preukázali zvýšený výskyt syndrómu vyhorenia našej výskumnej vzorky.

Záver: Predpokladáme, že zrealizovaný výskum a jeho výsledky budú prínosom pre odbor sociálna práca.

Kľúčové slová: Syndróm vyhorenia. Sociálna práca. Sociálny pracovník. Úrady práce sociálnych vecí a rodiny. Slovenská republika

Abstract

Introduction: In the article we deal with the burnout of social workers from theoretical and practical point of view. We proceed from the premise that the increase in physical, psychological and emotional strain of social workers employed in the Offices of Labour, Social Affairs and Family leads to their burnout.

Goal: The goal of the research was to investigate the occurrence and magnitude of the burnout of social workers that are working in the Offices of Labour, Social Affairs and Family in Slovak Republic. The occurrence of burnout of social workers was studied in relation to the length of professional experiences in particular divisions of the Offices of Labour, Social Affairs and Family in Slovak Republic.

Methods and findings: The research method was the questionnaire of the burnout MBI. The research sample consisted of the 243 social workers that work in the Offices of Labour, Social Affairs and Family in Slovak Republic. The statistical analysis showed the increased occurrence of burnout in research sample.

Conclusion: We suppose that the research and its conclusions will be valuable contribution to social work as a discipline.

Keywords: Burnout. Social work. Social worker. The Offices of Labour, Social Affairs and Family in Slovak Republic

ÚVOD

Syndróm vyhorenia (burnout) je psychologický jav, ktorý sa vyznačuje nepríjemnými a negatívne pôsobiacimi emocionálnymi a psychickými stavmi. Syndróm vyhorenia je definovaný ako subjektívne prežívajúci stav fyzického, psychického a emocionálneho vyčerpania. Problematikou syndrómu vyhorenia sa zaoberajú mnohí odborníci u nás i v zahraničí, ako napríklad Andrášiová (2006); De Silva, Hewage, Fonseka (2009); Křivohlavý (1998, 2014); Maslach, Leiter (1981, 2008, 2013, 2016); Morovicsová (2016); Kozoň, Zacharová (2016).

Syndróm vyhorenia je definovaný ako typ stresu a emocionálnej únavy až vyčerpania, ktorá je spojená s frustráciou. Je spojený s nadmernou fyzickou i psychickou aktivitou, ako aj emocionálnym zaoberaním sa určitými situáciami. (Rush, 2003). Morovicsová (2016, s. 153) ďalej zdôrazňuje, že *„pracovné aktivity, okrem pozitívnych vplyvov a celkového uspokojenia z vykonanej práce, môžu prinášať aj negatívne faktory a stresujúce okolnosti, ktoré súvisia s konkrétnymi podmienkami, pracovným prostredím, kolektívom, štýlom a personálnym obsadením vedenia i samotným charakterom práce“*. Kallwass (2007) poukazuje na fakt, že syndrómu vyhorenia môže pozostávať až zo 130 rôznorodých symptómov, ktoré sa prejavujú na psychickej i somatickej úrovni.

V sociálnej práci sa často odborníci stretávajú s náročnými až kritickými situáciami, ktoré sú nútení riešiť v krátkom čase, čo im môže spôsobovať neprimeranú záťaž a stres. Dobříková (2007) uvádza, že táto záťaž a stres môžu byť spojené aj s nadmernou administratívnou činnosťou, popri riešení rôznych sociálnych prípadov a sociálnych problémov klientov. Podľa autorky je tak práca sociálneho pracovníka zaťažovaná z dvoch strán, a to zo strany klientov, ako aj zo strany zamestnávateľov. Následkom je strata empatie a ľudskosti, čím sa poslanie práce sociálneho pracovníka stáva bezpredmetným a jeho činnosť je vykonávaná mechanicky a sporadicky.

V príspevku sa zaoberáme problematikou syndrómu vyhorenia z pohľadu teórie i praxe v kontexte odboru sociálna práca a jej výkonu. Pri konštrukcii príspevku sme vychádzali z faktu, že syndróm vyhorenia v pomáhajúcich profesiách, respektíve v sociálnej práci, má neustále zvyšujúcu tendenciu, čomu nasvedčujú aj výskumné zistenia viacerých odborníkov (Sherrill et al., 2006; Takeda et al., 2005; Gajdošová, Lovašová, 2014; Kim, Ji 2009; McFadden, 2015; Bérešová, 2006; Dimunová, Švida, Barková, 2013; Calitz et al., 2014). Z pohľadu praxe sme svoju pozornosť zamerali na oblasť pôsobnosti sociálnych pracovníkov na Úradoch práce sociálnych vecí a rodiny v Slovenskej republike, konkrétne na

oboch odboroch, teda aj v odbore sociálnych vecí a rodiny, ako aj v odbore služieb zamestnanosti. V danej oblasti sa predpokladá zvýšené riziko psychickej, fyzickej i emocionálnej záťaže. Tento predpoklad bol motívom zrealizovania výskumu.

V príspevku poskytujeme ucelený teoretický i praktický prehľad problematiky syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách s dôrazom na oblasť sociálnej práce.

1 TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ VÝSKYTU SYNDRÓMU VYHORENIA SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV

Teoretické koncepty syndrómu vyhorenia naznačujú, že definície syndrómu vyhorenia sú značne podobné. Súvislosti boli nájdené v rámci posudzovania negatívnych príznakov na všetkých úrovniach (psychickej, somatickej i emocionálnej), ako aj v tom, že výskyt syndrómu vyhorenia je príznačný predovšetkým pre pomáhajúce profesie. Definície syndrómu vyhorenia vo väčšine prípadov zdôrazňujú výskyt poklesu počiatočného nadšenia z pracovnej aktivity následkom negatívnych determinantov, ktoré sú neskôr príčinou celkového vyčerpania a apatie. Definície syndrómu vyhorenia z pohľadu rôznych autorov taktiež zdôrazňujú, že jeho výskyt nesúvisí priamo s výskytom psychopatologických črt u posudzovaných jedincov (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Na zvýšenú záťaž u sociálnych pracovníkov poukázali viacerí odborníci, ako napríklad Sherrill et al. (2006); Křivohlavý (1998, 2014); Dobříková (2007); Maslach a Jackson (1981); Tomášková (2013); Csóri a Hajduk (2012); Calitz et al. (2014); Sherrill et al. (2006); Takeda et al. (2005); Gajdošová a Lovašová (2014); Kim a Ji (2009); McFadden (2015); Béréšová (2006), Dimunová, Švida a Barková (2013).

Na vyššiu mieru výskytu syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách, kde sú odborníci v neustálom kontakte s klientmi, poukazujú taktiež aj v súvislosti s výskytom komplexnej symptomatológie syndrómu vyhorenia Kebza a Šolcová (2003). Intenzívny kontakt pomáhajúcich odborníkov s klientelou spôsobuje nadmernú záťaž, emocionálne vyčerpanie, časový stres a rôzne iné negatívne skúsenosti, čo je príčinou vzniku syndrómu vyhorenia u týchto pracovníkov. Spoločným znakom pre všetky pomáhajúce profesie z pohľadu výskytu syndrómu vyhorenia je, že hlavnou príčinou jeho vzniku je samotné pomáhajúce povolanie (Kapounová, 2007; Račková, 2010; Hnátová, Kovalčíková, 2010; Maslach, Leiter, 2008, 2013, 2016; Španková, 2010).

Morovicsová (2016) poukazuje na fakt, že syndróm vyhorenia vzniká najčastejšie kombináciou subjektívnych i objektívnych príčin. Medzi objektívne príčiny vzniku syndrómu vyhorenia je možné zaradiť napríklad veľké očakávania a ideály spojené s prácou a jej výkonom. K subjektívnym príčinám zaraďujeme pociťovanie chronického stresu následkom zaťažujúcej práce s ľuďmi.

Príčiny vzniku syndrómu vyhorenia v kontexte pracovného prostredia sú predovšetkým nežiaduca pracovná klíma, časový tlak a stres, konflikty medzi kolegami, nedostatok komunikácie medzi nadriadenými a podriadenými, komplikovanosť pracovných procesov, organizačné zmeny a obavy zo straty zamestnania následkom pochybenia a iné (Španková, 2010).

Na vznik syndrómu vyhorenia môže mať vplyv taktiež aj výskyt mobbingu na pracovisku a stereotyp v plnení pracovných úloh (Kalwass, 2007), ako aj nadmerné pracovné

nasadenie pripomínajúce workoholizmus, zvýšená potreba uznania v práci a potreba riešiť problémy iných na pracovisku (Rush, 2003).

Štádia syndrómu vyhorenia a symptómy prejavujúce sa v jednotlivých štádiách popísali Rush (2003); Tanner (2011); Morovicsová (2016); Prítrská (2010). Rozvoj syndrómu vyhorenia je sprevádzaný rôznymi fázami, ktoré sa vyznačujú určitými špecifikami. Spočiatku etapu nadšenia a entuziazmu spojeného s prácou vystrieda pocit stagnácie následkom pôsobenia rôznych demotivujúcich faktorov v práci. Bez preventívnych opatrení sa tieto negatívne pocity prehľbujú a spôsobujú prežívanie celkového emocionálneho, psychického i fyzického vyčerpania a apatie. Morovicsová (2016) k tejto fáze dodáva, že je spojená s takzvanou dehumanizáciou, kedy sa človek uzatvára pred okolitým svetom, aby sa nevedome ochránil pred prehľbovaním negatívnych pocitov. Ide už o fázu takzvaného vlastného vyhorenia, ktorá sa prejaví na fyzickej, psychickej i sociálnej úrovni. Toto štádium je niekedy spájané aj so symptómami neurózy. Posledné tretie štádium syndrómu vyhorenia je spojené s celkovou rezignáciou a stratou pocitu dôležitosti práce. Človek sa prestáva zaujímať o všetko čo ho obklopuje nielen v práci, ale aj v súkromí.

V závere teoretickej časti považujeme za prínosné spomenúť myšlienku Křivohlavého (2013), ktorý uvádza, že syndróm vyhorenia spojený s nespokojnosťou v práci predikuje pocit bezmyselnosti vlastnej práce, čo je následkom závažných problémov v psychickej i somatickej oblasti. Následkom týchto problémov môže byť poškodenie klienta a znehodnocovanie odbornej práce.

Najznámejšou diagnostickou metódou syndrómu vyhorenia je podľa Křivohlavého (1998) dotazník MBI (Maslach a Jackson, 1981). Dotazník obsahuje 22 položiek, ktoré sú sýtené do 3 subškál, a to:

- o emocionálne vyčerpanie (EE)

Emocionálne vyčerpanie je príznačné stratou chuti k životu a nedostatkom síl na akúkoľvek činnosť. Ide o prvý stupeň syndrómu vyhorenia.

- o depersonalizácia (DP)

Depersonalizácia sa vyskytuje častejšie u ľudí so zvýšenou potrebou reciprocitu v porovnaní s ľuďmi s nižšou potrebou reciprocitu. Pokiaľ táto potreba reciprocitu nie je zo strany klientov dostatočne reflektovaná, dochádza k zatrpknutosti, ktorá sa prejavuje cynizmom voči ostatným ľuďom. Ľudia prestávajú byť z pohľadu depersonalizovaného človeka vnímaní ako živé bytosti, neprejavujú im rešpekt a úctu. Depersonalizácia je druhý stupeň syndrómu vyhorenia.

- o osobnostný výkon (PA)

Znížený pracovný, respektíve osobnostný výkon je spojený predovšetkým s ľuďmi, ktorí majú nízke sebahodnotenie a nízku sebadôveru. Tým, že sami seba neocenia dostatočne, nemajú energiu zvládať záťažové situácie, konflikty a problémy efektívne. Znížený osobnostný výkon nadväzuje aj na zníženu spokojnosť s prácou, respektíve s pracovným uspokojením. Symptómy v rámci subškály PA sú priradené k tretiemu stupňu syndrómu vyhorenia. (Křivohlavý, 1998, 2014).

Podobným výskumným diagnostickým nástrojom je aj dotazník Burnout Measure Inventory (BMI, Maslach a Jackson, 1981), ktorý rovnako ako dotazník MBI zachytáva symptómy vo fyzickej, psychickej i emocionálnej oblasti. Dotazník pozostáva z 21 položiek.

MBI a BMI vykazujú vysokú mieru zhody z hľadiska posudzovania výskumných nástrojov, ktoré merajú výskyt a mieru syndrómu vyhorenia. Spoločné charakteristiky podrobne definoval Křivohlavý (1998). Ide o nasledujúce spoločné znaky MBI a BMI:

- spokojnosť so zamestnaním, s vlastným životom, ako aj so sebou samým (čím vyššie skóre v dotazníkoch, tým vyššia nespokojnosť s uvedenými premennými);
- fluktuácia v zamestnaním (čím vyššie skóre v dotazníkoch, tým častejšie sú úvahy respondentov o odchode so zamestnaním);
- somatické symptómy, ako bolesti hlavy, chrbtice, tráviace problémy, nechutenstvo a podobne (čím vyššie skóre v dotazníkoch, tým sa častejšie vyskytujú somatické problémy);
- alkoholizmus (čím vyššie skóre v dotazníkoch, tým častejšie je u dotazovaných konzumovaný alkohol);
- pocity beznádeje, prázdnoty a bezzmyselnosti života (čím vyššie skóre v dotazníkoch, tým je vyššia miera pociťovania beznádeje, prázdnoty a bezzmyselnosti života).

Využiteľné sú aj rôzne kvalitatívne prístupy, ktoré sú zamerané na analýzu symptómov syndrómu vyhorenia a ich miery.

Preveniou syndrómu vyhorenia sa zaoberali Zacharová (2008), Morovicsová (2016), Birknerová (2011), Banovčinová a Levická (2010) a mnohí iní. „*Preventívne opatrenia môžu prispieť k rozvíjaniu osobnostných charakteristík, k redukcii a k primeranému zvládaniu stresorov, k posilneniu salutorov a tým k nadobudnutiu zmysluplnosti života. Predstavujú súhrn vonkajších a vnútorných (individuálnych) možností, ktoré môže využívať pracovník a organizácia*“ (Morovicsová, 2016).

Prevenia syndrómu vyhorenia je uplatňovaná na úrovni jednotlivca, organizácie i rodiny. V niektorých prípadoch sú rozvíjané spirituálne a existenciálne zložky osobnosti jedinca, prípadne sú taktiež uplatňované rôzne metódy a techniky psychohygieny. Využívané sú aj rôzne relaxačné techniky, ako napríklad muzikoterapia, biblioterapia, autogénny tréning a podobne. Zámerom prevencie zameranej na jednotlivca je podľa Zacharovej (2008) stabilizácia emocionálnych stavov, impulzívneho správania a dosiahnutie vnútorného rovnovážneho stavu v zmysle intrapsychických procesov. Výsledkom je dosiahnutie prežívania pozitívnych emócií a nájdenia nielen zmyslu práce, ale aj zmyslu života. Z hľadiska organizácie a prevencie syndrómu vyhorenia sú efektívne rôzne supervízne stretnutia a vzdelávacie aktivity zamerané na osobnostný rozvoj a rozvoj komunikačných schopností. Rodina je v niektorých prípadoch považovaná za stabilizačný zdroj v prevencii výskytu, respektíve prehlbovania syndrómu vyhorenia. V tomto prípade je dôraz kladený na rozvíjanie rôznych sociálnych schopností a zručností, ako napríklad nácvik asertívneho správania, posilňovanie rodinných väzieb, rozvíjanie rodinných voľno časových aktivít a podobne.

2 PRAKTICKÉ VÝCHODISKÁ VÝSKYTU SYNDRÓMU VYHORENIA SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV

Na zvýšenú záťaž u sociálnych pracovníkov poukázali viacerí odborníci, ako napríklad Sherrill et al. (2006); Takeda et al. (2005); Gajdošová a Lovašová (2014); Kim a Ji (2009); McFadden (2015); Bérešová (2006), Dimunová, Švida a Barková (2013) a Calitz et al. (2014).

Sherrill et al. (2006) výskumne overovali prevalenciu výskytu záťaže, stresu a syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov. Základnou výskumnou metódou, ktorá mapovala výskyt a mieru syndrómu vyhorenia bol dotazník syndrómu vyhorenia Maslach Burnout Inventory (MBI). Výskumný súbor pozostával z 327 sociálnych pracovníkov, z čoho bolo 61% žien (N=145). Sociálni pracovníci udávali vysokú mieru stresu, emocionálnu vyčerpanosť a nízku spokojnosť s prácou. 47% z celkovej výskumnej vzorky vykazovalo signifikantnú symptomatológiu syndrómu vyhorenia a distressu. Sociálni pracovníci udávali pociťovanie nízkej spokojnosti s prácou, podceňovanie a nadmerné požiadavky na ich prácu, zažívanie krízových situácií a nespokojnosť s pracovným zaradením. Tieto faktory sú sprievodnými symptómami možného vzniku, respektíve vzniku syndrómu vyhorenia. Výsledky preukázali, že nízke kompetencie v rozhodovaní a vysoké nároky na prácu sociálnych pracovníkov boli spojené s nepriaznivým duševným zdravím a emocionálnym vyčerpaním.

Takeda et al. (2005) overovali súvislosti medzi typom práce a syndrómom vyhorenia u 189 sociálnych pracovníkov na jednotlivých úradoch v Japonsku. Multivariačná regresná analýza preukázala súvislosti medzi syndrómom vyhorenia, pracovnými faktormi a typom vykonávanej sociálnej práce. So syndrómom vyhorenia v kontexte typu vykonávanej sociálnej práce pozitívne asociovala averzia k práci. Negatívne súvislosti boli preukázané vo vzťahu syndrómu vyhorenia a pociťovaním sociálnej opory.

Dotazník syndrómu vyhorenia MBI použili vo svojom výskume aj Gajdošová a Lovášová (2014). Cieľom výskumu týchto autoriek bola analýza a komparácia výskytu syndrómu vyhorenia vo vybraných pomáhajúcich profesiách ohrozených syndrómom vyhorenia, konkrétne u sociálnych pracovníkov, hasičov, príslušníkov Policajného zboru, sestier a pedagogických pracovníkov. Výskumná vzorka pozostávala zo 60 sociálnych pracovníkov (20,00 %), 58 hasičov (19,33 %), 62 príslušníkov Policajného zboru (20,67 %), 60 sestier (20,00 %) a 60 pedagogických pracovníkov (20,00 %). Pomocou deskriptívnej štatistiky sa zistilo, že sociálni pracovníci vo faktore syndrómu vyhorenia emocionálne vyčerpanie dosiahli vysoký stupeň vyhorenia a mierny stupeň vyhorenia vo faktoroch depersonalizácia a osobné uspokojenie.

Výskumnú vzorku v štúdií McFaddena (2015) tvorilo 1359 sociálnych pracovníkov vo Veľkej Británii. Výskumnou metódou MBI overovali výskyt syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov z rôznych oblastí ich pôsobnosti. Výsledky preukázali, že v subškále emocionálne vyčerpanie vykazovalo až 71% vysoké skóre (3. stupeň vyhorenia) a 18% vykazovalo mierny výskyt symptómov syndrómu vyhorenia v tejto subškále (2. stupeň vyhorenia). Komplexným zistením je, že 91% sociálnych pracovníkov pociťuje vyhorenie v kontexte emocionálneho vyčerpania. Rovnaké komplexné výsledky boli preukázané aj

v subškále osobnostného výkonu. 61% sociálnych pracovníkov vykazovalo strednú až vysokú mieru depersonalizácie.

Dimunová, Švida a Barková (2013) skúmali výskyt syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov, ktorí pôsobia na Úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny v Košickom kraji. Cieľom výskumu bolo zistiť, či majú vek, vzdelanie a dĺžka praxe vplyv na výskyt syndrómu vyhorenia. Výskumný súbor tvorilo 322 sociálnych pracovníkov. Použitá výskumná metóda bola taktiež dotazník MBI. Autori výskumnej štúdie zistili, že existujú štatisticky významné vzťahy medzi vzdelaním, dĺžkou praxe a výskytom syndrómu vyhorenia. Štatistické analýzy potvrdili štatisticky významný vzťah dĺžky odbornej praxe a výskytom syndrómu vyhorenia v subškále depersonalizácia ($p < 0.05$). Výsledky taktiež naznačujú, že vyššia miera výskytu syndrómu vyhorenia v subškále depersonalizácia u sociálnych pracovníkov pracujúcich na Úradoch práce sociálnych vecí a rodiny súvisí s vyššou dĺžkou praxe. V subškálach EE a PA sa nepreukázal štatisticky významný vzťah medzi dĺžkou praxe a výskytom syndrómu vyhorenia.

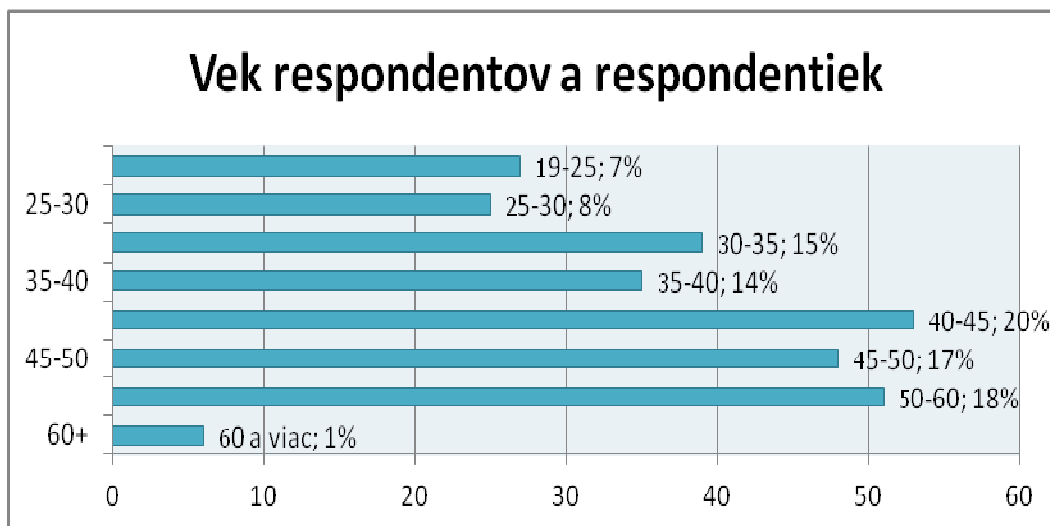
2.1 VÝSKUMNÉ CIELE

Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť mieru syndrómu vyhorenia sociálnych pracovníkov pracujúcich na Úradoch práce sociálnych vecí a rodiny v Slovenskej republike (ÚPSVaR v SR) v odbore sociálnych vecí a rodiny a odbore služieb zamestnanosti.

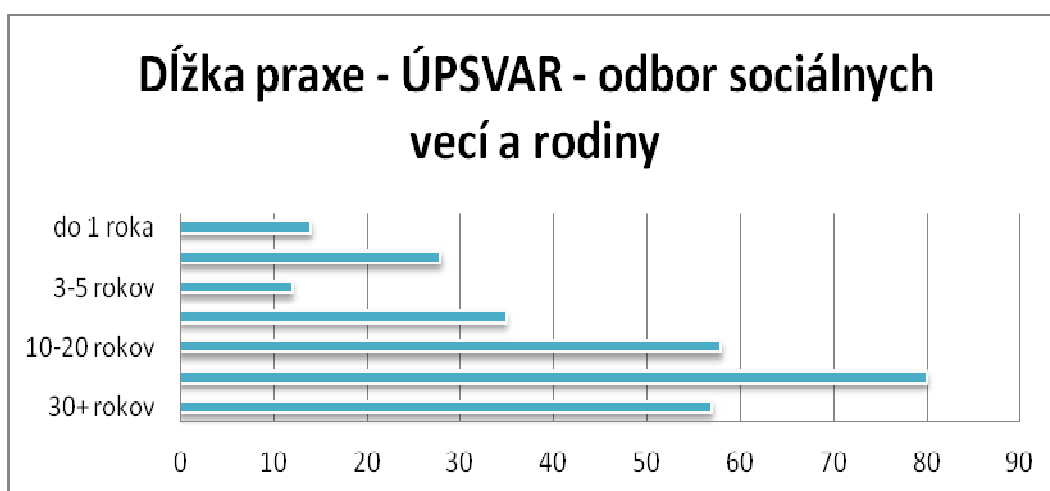
Overovali sme mieru vyhorenia u sociálnych pracovníkov pracujúcich na ÚPSVaR v SR celkom, ako aj z hľadiska subškály emocionálne vyčerpanie (EE). Predpokladali sme, že existujú významné rozdiely medzi syndrómom vyhorenia a počtom rokov praxe u sociálnych pracovníkov pôsobiacich na ÚPSVaR v SR v rámci jednotlivých odborov (odbor sociálnych vecí a rodiny, odbor služieb zamestnanosti). Ďalej sme taktiež predpokladali, že sociálni pracovníci pôsobiaci na ÚPSVaR v odbore sociálnych vecí a rodiny, vykazujú vyššiu mieru syndrómu vyhorenia v porovnaní so sociálnymi pracovníkmi pôsobiacimi na ÚPSVaR v SR v odbore služieb zamestnanosti.

2.2 VÝSKUMNÝ SÚBOR

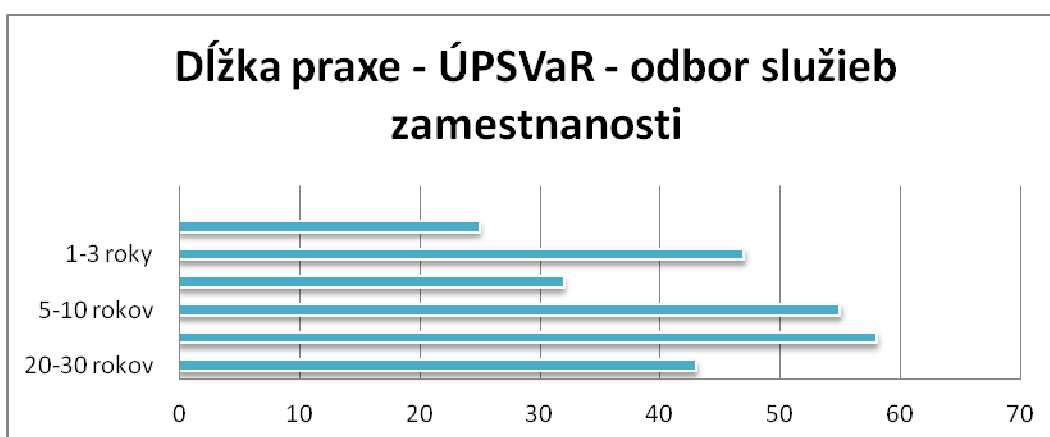
Výskumný súbor pozostával z 243 sociálnych pracovníkov (219 žien a 24 mužov), ktorí pôsobia na ÚPSVaR v SR v odbore sociálnych vecí a rodiny, ako aj odbore služieb zamestnanosti v Slovenskej republike. Vek respondentov a respondentiek je opísaný v grafe 1. Z celkového počtu respondentov pracovalo aktuálne 141 respondentov a respondentiek na ÚPSVaR v SR v odbore sociálnych vecí a rodiny a 102 respondentov a respondentiek na ÚPSVaR v SR v odbore služieb zamestnanosti. Sociálni pracovníci mali vyznačiť počet rokov praxe v jednotlivých odboroch (Graf 2, 3). V prípade 89% z celkového počtu respondentov a respondentiek bolo uvedené, že majú prax na pozíciách aj v odbore sociálnych vecí a rodiny, ako aj v odbore služieb zamestnanosti. Dotazníky boli respondentom a respondentkám distribuované prostredníctvom vedúcich jednotlivých odborov a oddelení ÚPSVaR v SR a bolo možné ich vyplniť on-line.



Graf 1 Zloženie respondentov a respondentiek podľa veku



Graf 2 Zloženie respondentov a respondentiek podľa dĺžky praxe v odbore sociálnych vecí a rodiny



Graf 3 Zloženie respondentov a respondentiek podľa dĺžky praxe v odbore služieb zamestnanosti

2.3 METODIKA VÝSKUMU

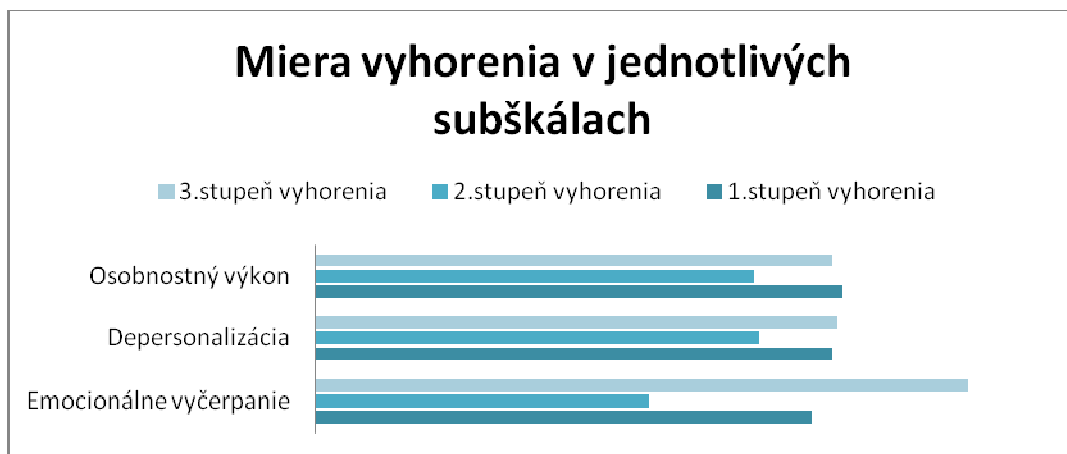
Dáta sme získavali kvantitatívne prostredníctvom distribuovaného dotazníka MBI, ktorého autormi sú Maslach a Jackson (1981). Dotazník pozostáva z 22 otázok, ktoré sú sýtené do troch subškál, a to emocionálne vyčerpanie (EE), depersonalizácia (DP) a osobnostný výkon (PA). Distribuovaný dotazník MBI bol doplnený aj o vstupnú časť, ktorá bola zameraná na získavanie základných údajov o respondentoch. Výskumná metóda sa javí ako validná a reliabilná, čo potvrdili aj opakované analýzy autorov tejto výskumnej metódy.

Dáta boli analyzované v štatistickom programe SPSS, verzia 21.0.0.0. Štatistické procedúry boli realizované za pomoci početností, aritmetického priemeru, štandardnej odchýlky, ako aj štandardnej chyby odhadu, modusu a mediánu, výberového rozptylu, koeficientov šikmosti a špicatosti, minimálnych a maximálnych hodnôt. Vzhľadom k tomu, že predpoklady normality boli u všetkých premenných potvrdené, dáta sme analyzovali za pomoci Studentových T-testov pre dva nezávislé výbery a multivariačnou analýzou rozptylu Anova.

2.4 VÝSLEDKY VÝSKUMU A ICH INTERPETÁCIA

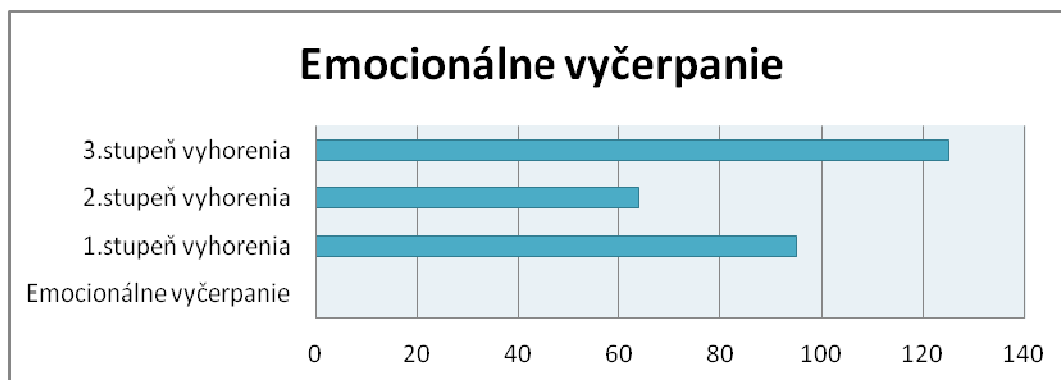
V rámci štatistických analýz sme overovali mieru syndrómu vyhorenia sociálnych pracovníkov pracujúcich na ÚPSVaR v SR celkom, ako aj z hľadiska jednotlivých subškál.

Frekvenčnou analýzou sme dospeli k záveru, že v subškále EE je miera výskytu syndrómu vyhorenia sociálnych pracovníkov pôsobiacich na ÚPSVaR v SR najvyššia. Miera výskytu zodpovedala hranici výskytu 3. stupňa syndrómu vyhorenia. V subškálach DP a PA bola miera výskytu syndrómu vyhorenia na úrovni prvého i tretieho stupňa približne na rovnakej úrovni (Graf 4).



Graf 4 Miera vyhorenia respondentov a respondentiek v jednotlivých subškálach

Frekvenčnou analýzou sme zistili, že 3. stupeň vyhorenia v subškále EE vykazovalo 41% sociálnych pracovníkov a 2. stupeň vyhorenia v subškále EE vykazovalo 24% sociálnych pracovníkov. Celkovo tak emocionálne vyčerpanie v strednej až vysokej miere pociťuje 65% sociálnych pracovníkov z našej výskumnej vzorky (Graf 5).



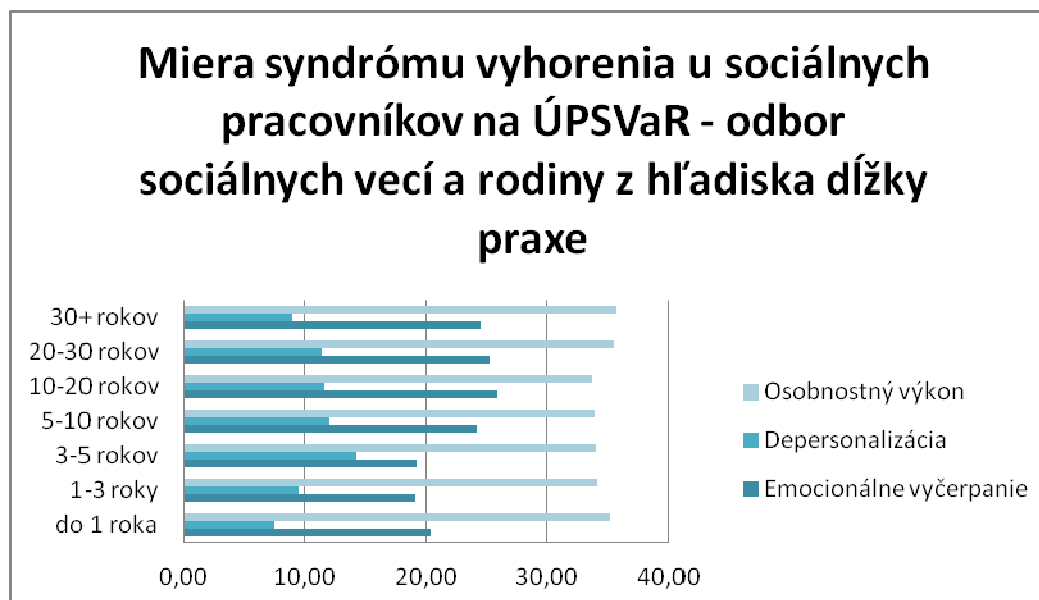
Graf 5 Miera vyhorenia v subškále emocionálne vyčerpanie (EE)

Existenciu významných rozdielov sme overovali prostredníctvom multivariačnej analýzy rozptylu Anova. Komplexné výsledky preukázali, že v prípade overovania existencie rozdielov medzi dĺžkou praxe na ÚPSVaR v odbore sociálnych vecí a rodiny a mierou výskytu syndrómu vyhorenia neexistujú významné rozdiely (Tabuľka 1).

Tabuľka 1 Multivariačná analýza rozptylu Anova - rozdiely medzi sociálnymi pracovníkmi pracujúcimi na ÚPSVaR v odbore sociálnych vecí a rodiny v subškálach EE, DP a PA z hľadiska dĺžky praxe

Multivariačná analýza rozptylu Anova											
EE				DP				PA			
df1	df2	F	p	df1	df2	F	p	df1	df2	F	p
6	263	1,240	,287	6	269	2,019	0,061	6	269	0,419	0,869

Poznámka: F - multivariačná analýza rozptylu ANOVA, df – stupne voľnosti, p – hladina významnosti



Poznámka: PA = čím je nižšie priemerné skóre, tým je vyššia miera syndrómu vyhorenia

Graf 6 Rozdiely v mierach syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov na ÚPSVaR v odbore sociálnych vecí a rodiny z hľadiska dĺžky praxe

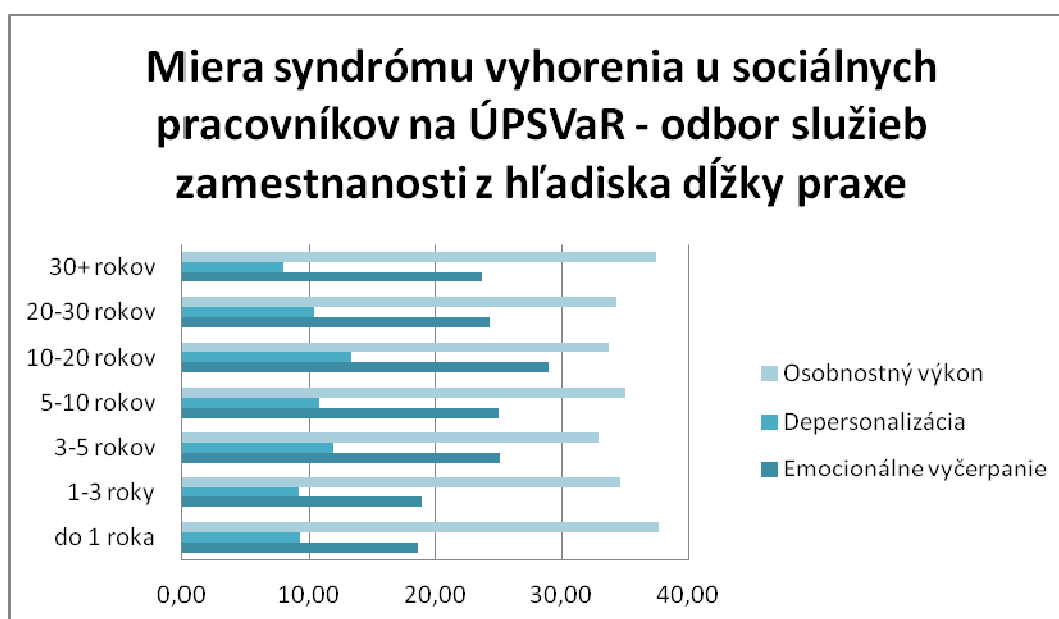
Multivariačná analýza rozptylu Anova preukázala, že existujú významné rozdiely medzi dĺžkou praxe na ÚPSVaR v odbore služieb zamestnanosti a mierou výskytu syndrómu vyhorenia. Čiastkové výsledky existenciu významných rozdielov potvrdili v subškále EE, ako aj v subškále DP. V subškále PA neboli nájdené žiadne významné rozdiely medzi sledovanými premennými (Tabuľka 2).

Tabuľka 2 Multivariačná analýza rozptylu Anova - rozdiely medzi sociálnimi pracovníkmi pracujúcimi na ÚPSVaR v odbore služieb zamestnanosti v subškálach EE, DP a PA z hľadiska dĺžky praxe

Multivariačná analýza rozptylu Anova											
EE				DP				PA			
df1	df2	F	p	df1	df2	F	p	df1	df2	F	p
6	269	3,049	,006	6	269	2,439	0,028	6	269	1,214	0,407

Poznámka: F - multivariačná analýza rozptylu ANOVA, df - stupne voľnosti, p - hladina významnosti

Rozdiely, ktoré boli zaznamenané prostredníctvom multivariačnej analýzy rozptylu Anova boli následne testované post hoc testami Games-Howell. Čiastkové výsledky preukázali, že najvyššia miera výskytu syndrómu vyhorenia v subškále EE je u sociálnych pracovníkov so strednou dĺžkou praxe na ÚPSVaR v priemere 15 rokov v porovnaní so sociálnymi pracovníkmi s kratšou dĺžkou praxe na ÚPSVaR. Tento predpoklad bol potvrdený aj v rámci porovnávania sociálnych pracovníkov so strednou dĺžkou praxe a sociálnych pracovníkov s dlhšou dĺžkou praxe na ÚPSVaR.



Poznámka: PA = čím je nižšie priemerné skóre, tým je vyššia miera syndrómu vyhorenia

Graf 7 Rozdiely v mierach syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov na ÚPSVaR v odbore služieb zamestnanosti z hľadiska dĺžky praxe

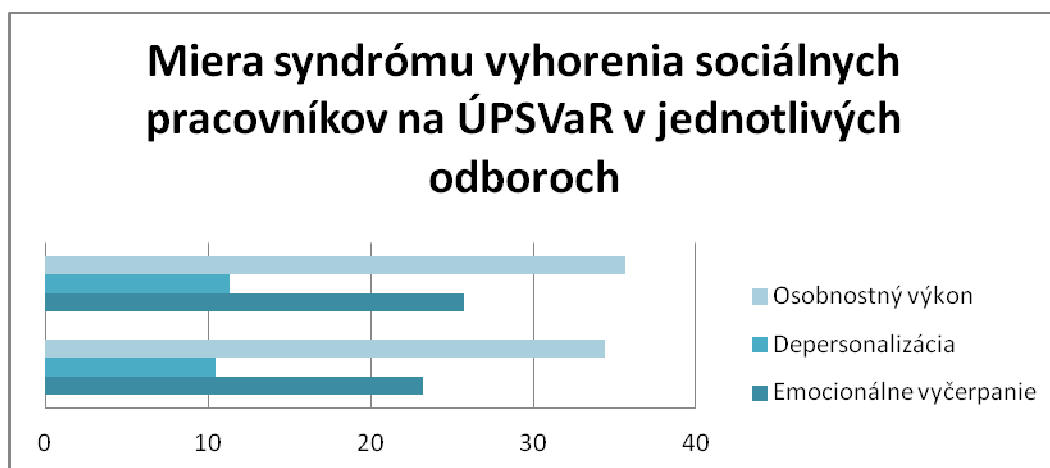
Ďalším predpokladom bolo, že sociálni pracovníci pôsobiaci na ÚPSVaR v odbore sociálnych vecí a rodiny vykazujú vyššiu mieru syndrómu vyhorenia v porovnaní so sociálnymi pracovníkmi pôsobiacimi na ÚPSVaR v odbore služieb zamestnanosti. Predpoklad sme overovali prostredníctvom Studentových T-testov pre dva nezávislé výbery. Výsledky

analýz nepreukázali existenciu žiadnych významných rozdielov medzi výskytom syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov pôsobiacich na ÚPSVaR v odbore sociálnych vecí a rodiny v porovnaní so sociálnymi pracovníkmi pôsobiacimi na ÚPSVaR v odbore služieb zamestnanosti. Významné rozdiely neboli zaznamenané v žiadnej subškále MBI (Tabuľka 3).

Tabuľka 3 Studentov t-test pre dva nezávislé výbery – rozdiely medzi sociálnymi pracovníkmi pracujúcimi na ÚPSVaR v odbore sociálnych vecí a rodiny odbore služieb zamestnanosti v subškálach EE, DP a PA

Studentov t-test pre dva nezávislé výbery								
EE			DP			PA		
<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
-1,409	279	,162	-1,098	279	,368	-1,099	279	,083

Poznámka: *t* – Studentov t-test pre dva nezávislé výbery; *df* – stupne voľnosti; *p* – hladina významnosti



Poznámka: Prvé grafické znázornenie v grafe 8 znázorňuje dáta prislúchajúce sociálnym pracovníkom pracujúcim na ÚPSVaR – odbor sociálnych vecí a rodiny; druhé grafické znázornenie v grafe 8 znázorňuje dáta prislúchajúce sociálnym pracovníkom pracujúcim na ÚPSVaR – odbor služieb zamestnanosti; PA = čím je nižšie priemerné skóre, tým je vyššia miera syndrómu vyhorenia.

Graf 8 Miera syndrómu vyhorenia sociálnych pracovníkov na ÚPSVaR v odbore sociálnych vecí a rodiny a v odbore služieb zamestnanosti

ZÁVER

Naše výskumné zistenia, ako aj výskumné zistenia iných odborníkov u nás i v zahraničí preukázali, že profesia sociálneho pracovníka je spojená so psychickou, fyzickou i emocionálnou záťažou, ktorá môže viesť k výskytu syndrómu vyhorenia. Rizikovým faktorom je podľa výskumných zistení dĺžka praxe. Čím je prax v danom odbore vyššia, tým je riziko, respektíve samotný výskyt syndrómu vyhorenia vyšší.

Výskumnými zisteniami sme dospeli k rôznym záverom. Zistili sme, že najvyššiu mieru vyhorenia pociťujú sociálni pracovníci na ÚPSVaR v SR v odbore sociálnych vecí a rodiny, ako aj odbore služieb zamestnanosti v rámci emocionálneho vyčerpania. Vyhorenie sociálni pracovníci pociťujú aj v rámci depersonalizácie a osobného výkonu, avšak v menšej miere ako je to v prípade emocionálneho vyčerpania. Výsledky nepreukázali významné

rozdiely v existencii vzťahov medzi prácou na ÚPSVaR v SR v odbore sociálnych vecí a rodiny a výskytom syndrómu vyhorenia z pohľadu dĺžky praxe. Významné rozdiely však boli zaznamenané u sociálnych pracovníkov pôsobiacich na ÚPSVaR v SR v odbore služieb zamestnanosti medzi dĺžkou praxe a výskytom syndrómu vyhorenia. Významné rozdiely boli nájdené v subškálach emocionálne vyčerpanie a depersonalizácia. Najvyššia miera výskytu syndrómu vyhorenia bola zaznamenaná v rámci emocionálneho vyčerpania sociálnych pracovníkov pracujúcich na ÚPSVaR v SR v odbore služieb zamestnanosti so strednou dĺžkou praxe. Štatistická analýza dát nepreukázala, že sociálni pracovníci pôsobiaci na ÚPSVaR v odbore sociálnych vecí a rodiny vykazujú vyššiu mieru syndrómu vyhorenia v porovnaní so sociálnymi pracovníkmi pôsobiacimi na ÚPSVaR v odbore služieb zamestnanosti.

Výskumné závery zrealizovaného výskumu podporujú závery iných odborníkov, ktorí tento jav sociálnych pracovníkov taktiež overovali výskumne. V závere poukazujeme na alarmujúcu mieru výskytu najvyššieho stupňa syndrómu vyhorenia v emocionálnej oblasti sociálnych pracovníkov. Preventívne opatrenia sa v tomto prípade zdajú byť ako nutné a nie len potrebné ak chceme zabrániť prehlbovaniu a rozširovaniu výskytu syndrómu vyhorenia sociálnych pracovníkov v praxi.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- 1 Bánovčinová A, Levická J (2010). Syndróm vyhorenia a jeho vplyv na rozvoj a využívanie ľudského potenciálu. str. 5-10. In Grenčíková A, Grenčík M (2010). Zborník príspevkov z medzinárodného seminára. Zdravie ako základný predpoklad ľudského potenciálu. Komárno: Východoeurópska agentúra pre rozvoj. 170 p. ISBN 978-80-9702-771-1.
- 2 Bérešová A (2006). Burnout syndróm a depresia v profesii sociálnych pracovníkov. *Zdravotníctvo a sociálna práca*. **1**(1): 18-22. ISSN 1336-9326.
- 3 Birknerová Z (2011). Stratégie zvládania stresu v záťažových situáciách vo vzťahu k sociálnej inteligencii. str. 108-117. In Lovaš L, Mesárošová M (2011). Psychologické aspekty a kontexty sebaregulácie. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. 245 p. ISBN 978-80-7097-933-4.
- 4 Csóri P, Hajduk Ľ (2012). Problematika syndrómu vyhorenia v oblasti sociálnej práce z etického aspektu. str. 214-220. In Kozoň A a kol (2012). Etické otázky (ne)slobody. Trenčín: Spoločnosť pre sociálnu integráciu v SR. 214 p. ISBN 978-80-89533-09-1. s. 220-214.
- 5 De Silva P V, Hewage C G, Fonseka P (2009). Burnout: an emerging occupational health problem. *Galle Medical Journal*. **14**(1): 52-5. ISSN 1391-7072.
- 6 Dimunová L, Švida M, Barková M (2013). Syndróm vyhorenia u sociálnych pracovníkov v Košickom regióne. *Zdravotníctvo a sociálna práca*. **8**(3): 47-52. ISSN 1336-9326.
- 7 Dobříková P (2007). Zvládanie záťažových situácií. Bratislava: Slovak Academic Press. 1. vydanie. 126 p. ISBN 978-80-89271-20-7.
- 8 Gajdošová E, Lovašová S (2014). Syndróm vyhorenia v pomáhajúcich profesiách. str. 35-46. In Balogová B, Bartková L, Jašková A (2014). Kvantitatívne a kvalitatívne

- výskumné stratégie. Zborník príspevkov z V. doktorandskej konferencie konanej 28. októbra 2014 v Prešove. 190 p. ISBN 978-80-555-1368-3.
- 9 Hnátová I, Kovalčíková N (2010). Syndróm vyhorenia ako jeden zo salutorov brániacich v rozvoji ľudského potenciálu. In Grenčíková A, Grenčík M (2010). Zborník príspevkov z medzinárodného seminára. Zdravie ako základný predpoklad ľudského potenciálu. Komárno: Východoeurópska agentúra pre rozvoj. 170 p. ISBN 978-80-9702-771-1.
 - 10 Jeklová M, Reitmayerová E (2009). Syndrom vyhoření. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 1 vydanie. 32 p. ISBN 80-86991-74-1.
 - 11 Kalwass A (2007). Syndrom vyhoření v práci a osobním živote. Praha: Portal. 1. vydanie. 144 p. ISBN 978-80-7367-299-7.
 - 12 Kebza V, Šolcová I (2003). Syndrom vyhoření. Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenčné možnosti tohoto syndromu. Praha: Státní zdravotní ústav, Praha. 1. vydanie. 26 p. ISBN 80-7071-231-7.
 - 13 Kim H, Ji J (2009). Factor Structure and Longitudinal Invariance of the Maslach Burnout Inventory. *Research on Social Work Practice*. **19**(3): 325-339. ISSN 1552-7581.
 - 14 Kozoň V, Zacharová E (2016). Stress factors in the work of nurses. *Clinical Social Work and Health Intervention*. **7**(2): 105- 115. ISSN 2076-9741/Online ISSN 2222-386X/Print.
 - 15 Křivohlavý J (2014). Psychologie zdraví. Praha: Portál. 3. vydanie. 280 p. ISBN 978-80-7367-568-4.
 - 16 Křivohlavý J (2013). Psychologie pocitů štěstí. Současný stav poznání. Praha: Grada Publishing. 1. vydanie. 136 s. ISBN 978-80-247-4436-0.
 - 17 Křivohlavý J (1998). Jak nestratit nadšení. Praha: Grada Publishing. 1. vydanie. 136 p. ISBN 80-7169-551-3.
 - 18 Maslach C, Jackson E S (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. **2**(2): 99-113. ISSN 1099-1379.
 - 19 Maslach CH, Leiter M P (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. **15**(1): 103-111. ISSN 1723-8617.
 - 20 Maslach CH, Leiter M P (2013). The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It. San Francisco: Jossey-Bass. 200 p. ISBN 978-1-118-69213-4.
 - 21 Maslach C, Leiter M P (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*. **93**(4): 498-512. ISSN 0021-9010.
 - 22 Mcfadden P (2015). Measuring burnout among UK social workers. A Community Care Study. [online]. [cit. 2017-06-26]. Dostupné na internete: <<https://www.qub.ac.uk/sites/media/Media,514081,en.pdf>>.
 - 23 Morovicsová E (2016). Syndróm vyhorenia a jeho prevencia. *Psychiatria pre prax*. **17**(4): 153-6. ISSN 1335-9584.
 - 24 Přítrská S (2010). Burnout Syndrome in Helping Professions and Person's Characteristics. *Studia Aloisiana*. **1**(3-4): 59-75. ISSN 1338-0508.

- 25 Račková M (2010). Mentálne zdravie a stres. str. 139-146. In Grenčíková A, Grenčík M (2010). Zborník príspevkov z medzinárodného seminára. Zdravie ako základný predpoklad ľudského potenciálu. Komárno: Východoeurópska agentúra pre rozvoj. 170 p. ISBN 978-80-9702-771-1.
- 26 Rush M D (2003). Syndrom vyhoření. Praha: Návrat domů. 1. vydanie. 132 p. ISBN 80-7255-074-8.
- 27 Sherrill E et al. (2006). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*. **188**(1): 75-80. ISSN 1472-1465.
- 28 Španková J (2010). Syndróm vyhorenia a jeho dopady v práci personálneho manažéra. str. 158-165. In Grenčíková A, Grenčík M (2010). Zborník príspevkov z medzinárodného seminára. Zdravie ako základný predpoklad ľudského potenciálu. Komárno: Východoeurópska agentúra pre rozvoj. 170 p. ISBN 978-80-9702-771-1.
- 29 Takeda F et al. (2005). The Relationship of Job Type to Burnout in Social Workers at Social Welfare Offices. *Journal of Occupational Health*. **47**(1): 119-25. ISSN 1348-9585.
- 30 Taneer S T (2011). *Processes of Burnout – Structure, Antecedents, and Consequences*. Tampere: Juvenes Print. 109 p. ISBN 978-952-261-043-0.
- 31 Tomášková L (2013). Syndróm vyhorenia ako „ochorenie“ sociálnych pracovníkov. str. 169-176. In: Hetteš M, Schavel M, Škorecová O (2013). Postavenie sociálneho pracovníka v spoločnosti (príklady z praxe). Zborník z odbornej konferencie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 196 p. ISBN 978-80-8132-094-1.
- 32 Zacharová E (2008). Syndrom vyhoření - riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. *Interní medicína pro praxi*. **10**(1): 41-2. ISSN 1212-7299.

Korešpondenčná adresa:

PhDr. Lívia Červená

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

Námestie 1. Mája č. 1,

P. O. Box 104,

800 00 Bratislava

Externý doktorand

Kontaktný e-mail: livia.cervena@gmail.com

Oznam o medzinárodnej konferencii

**Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave
Slovenská republika, Združenie sestier Vojvodiny, Republika Srbsko,
Komora sociálnych pracovníkov Srbska, Republika Srbsko**

**z príležitosti 10. výročia pôsobenia Konzultačného centra VŠ ZaSP sv. Alžbety
pre Srbsko v Báčskom Petrovci, Vojvodina, Republika Srbsko**
usporiada a zároveň si dovoľuje Vás pozvať na

**13. medzinárodnú vedecko-odbornú konferenciu
„Zdravotnícke a sociálne problémy 21. storočia“**

**v dňoch 20. – 22. októbra 2017 v Báčskom Petrovci,
Vojvodina, Republika Srbsko**

Cieľom konferencie je akcentovať spoluprácu z oblasti zdravotníctva, ošetrovateľstva, sociálnej práce a v pomáhajúcich profesiách pri zabezpečení zdravia a zdravotno-sociálnej starostlivosti v 21. storočí. Aktívna účasť je možná v pléne alebo v posterovej sekcii. Príspevky a postery budú publikované v recenzovanom zborníku.

Tematické zameranie konferencie:

Povolanie sestry v zdravotníckom systéme v EÚ a v Srbsku, Možnosti ošetrovania, diagnostiky a liečby v 21. storočí, Civilizačné choroby 21. Storočia, Profesia sociálneho pracovníka v EÚ a v Srbsku, Pozícia sociálneho pracovníka v zdravotníckych zariadeniach, Perspektívy v sociálnej starostlivosti v 21. Storočí, Varia

Začiatok konferencie je plánovaný na 20. 10. 2017 o 15.00 hod

Podrobnejšie informácie a prihlášku nájdete na:

<https://www.vssvalzbety.sk/veda/konferencie>

Vašu predbežnú účasť s názvom príspevku a štruktúrovaným abstraktom v domácom aj anglickom jazyku prosíme nahlásiť **do 15. septembra 2017** na:

e-mail: **konferenciabc.petrovec2017@gmail.com**

Registračný poplatok: 45 Eur, študenti 15 Eur

Číslo účtu / Account of the Beneficiary with:

International Payments Department Erste Bank a.d., Novi Sad

SWIFT CODE: GIBARS22

IBAN RS3534000001100720525

NAME PHARM ADVICE doo Bački Petrovac

ADDRESS: JNA 45, Bački Petrovac 21470, Serbia

LIEČBA ULCUS CRURIS BILATERALIS MICRODACYN 60[®] HYDROGEL KAZUISTIKA

Jung M.

ADOS Jung, Malacky

Súhrn:

Dve veľké rany sa pacientovi vyhojili. Ale v auguste 2016 sa otvoril ďalší vred predkolenia cca 10x10 cm (fotodokumentácia). Naďalej aplikovaný Microdacyn hydrogel, rany reagujú oveľa pomalšie ako u ostatných pacientov, ale efekt liečby sa dostaví. Ranu sa darí udržať čistú, bez povlakov, v čase liečby bez patogénov a kolonizácie. Pacient stále používa dvojitú krátkoťažnú bandáž na oboch dolných končatinách (DK).

Pacient: rok narodenia 1950, Iniciálky P.M.M.

Diagnóza: Ulcus cruris bilateralis- ľavá noha (ĽDK) 3x, pravá noha (PDK) 1x

Obdobie liečby: marec – apríl 2016. Zahájená liečba s **Microdacyn hydrogel, Suprasorb A Ag+**. Rany najprv vyčistené FR ako aj ich okolie, potom daná liečba na rany, priložené štvorce (prekrytie s Eclipse 10x10 cm) a naložená elastická bandáž. Rozmery rán: ĽDK: **Vlavo hore-** 3x2,7cm; **vpravo hore-** 4x2,5cm; **vpravo dole** 5,2x2,8cm. PDK: 2,2x2,2 cm

V mesiaci apríl vykonaný ster K + C, čierne nekrotické ložiská boli odstránené chirurgom opakovane, na rany doporučený **Dermazin crm (ung).** + **Suprasorb A Ag⁺**. Rany sa stále iba zväčšovali a čistili od nekrotických ložísk.

Obdobie liečby: máj – júl 2016

Tri mesiace bez výrazných zmien. Nekrotické ložiská už nevznikli, ale rany sa podarilo udržať pekne čisté, avšak bez nejakých zmien.

Spôsob ošetrovania: po vyčistení okolia vredu FR, vyčistenie vredu prípravkom Microdacyn roztok. Na vtedy aplikovaný Microdacyn hydrogel. Prekrytie rán s Eclipse, vrstvou štvorcov a daná elastická bandáž

Obdobie liečby: august – november 2016

Rany sa udržali čisté, silná sekrécia z rán. Opakovane vykonaná kultivácia. Sprvoti sa rany začali zmenšovať, no napokon sa rany v priebehu týždňa zväčšili. Boli dokonca väčšie ako na začiatku liečby. Spôsob ošetrovania: na vyčistenie okolia vresu Microdacyn roztok, na vtedy Ligasano. Prekrytie Ligasanom a pacientovi daná elastická bandáž.

Obdobie liečby: december 2016 – január 2017 - jún 2017

Spôsob ošetrovania: Vyčistenie okolia vredu s Microdacyn roztok. Na vtedy Chloramin 2 promile. Prekrytie rán štvorcami a elastická bandáž, na rozmacerovanú časť kože podávaná zinková pasta, imazol. Na okolie rán Lipobase. Rany bez lokálnej aplikácie antibiotík.

Počas tejto liečby dosiahnuté najlepšie výsledky. Uzavrela sa rana na PDK a rana na členku ĽDK. Lenže tak, ako sa podarilo uzavretie rán, pri ostatných ranách nastala stagnácia a na PDK vznikla rana opäť, ale na inom mieste. Z toho dôvodu 10.07.2017 realizované cievne vyšetrenie a kožné vyšetrenie.

Rana na ĽDK vpravo hore sa začala zväčšovať. Pri mikrobiologickom vyšetrení niekedy zistená prítomnosť *Escherichia coli*. Pri poslednej mikrobiologickej kultivácii v júni zistená prítomnosť *Staphylococcus aureus* a *Enterokoku*.

Júl 2017: zmena liečby kožnou lekárkou (prípr. PERMA FOAM) zrušená pre silnú priľnavosť a trhanie granulácií a upravená na TENDER WET; znovuo tvorenie rany na PDK.

Rany reagujú oveľa pomalšie ako u ostatných pacientov, ale efekt liečby sa dostavuje.

Kontakt: acare@acare.sk; andrej.filo@acare.sk



Zahájená liečba **Microdacyn hydrogel, Suprasorb A Ag** (Foto pred začatím liečby).



PDK september 2016 a PDK október 2016 (uzavreté rany sa znova otvorili).



EDK oblasť členku, rana uzatvorená v marci 2017



PDK tiež vyhojená v marci 2017



LTK



PDK nová ranka.

máj 2017

Rozmery rán (25.05.2017): LTK Vľavo hore 2,8x3,5 cm, Vpravo hore 6x3,5x2,5 cm (začína sa zväčšovať); Vpravo dole 5,6x2x3 cm. PDK: 1,2 x 1,2 cm



LTK



LTK



PDK

Zmena liečby kožnou lekárkou (prípr. Perma Foam) zrušená pre silnú príľnavosť a trhanie granulácií; liečba upravená.



V polovici júla 2017 PDK vyhojená a opäť vidieť zmenšenie rán aj na ranách LTK.



Microdacyn₆₀[®] Wound Care



Microdacyn[®] hydrogel

Distribútor:
A care



A care s.r.o. , Sládkovičova 10,
 921 01 Piešťany, tel.: +421 327 773 070,
 web : www.acare.sk / e-mail: acare@acare.sk

Nový level pre Váš biznis

StormLevel poskytuje odborné služby v oblasti rozvoja a efektívneho fungovania firiem.

Zameriavame sa na päť základných pilierov modernej a fungujúcej firmy:

PROCESY

Kvalitne nastavené procesy a porozumenie fungovania jednotlivých činností vo firme s jasne nastavenými kompetenciami je základ fungujúcej firmy.

STRATÉGIA

Mať stratégiu znamená mať jasný plán, ktorý zabezpečí prosperitu a budúcnosť firmy. Dobrá stratégia vytvorí základ pre riadenie a súčasne konkurenčnú výhodu, ktorá smeruje k jasne definovaným firemným cieľom.

AUTOMATIZÁCIA A INOVÁCIE

Dnes sa firma môže stať konkurencieschopnou a zaznamenáva väčší a stabilný pokrok, ak vie efektívne nasadzovať moderné informačné technológie na podporu svojho biznisu a rozumným spôsobom inovuje.

PROJEKTY

Väčšina moderných firiem má už skúsenosti s určitým typom projektov. Nie je ale nutnosťou zamestnávať desiatky projektových manažérov a po skončení projektu pre nich hľadať ďalšie uplatnenie. Preto je vhodné projektových manažérov outsourcovať.

ĽUDIA

Osobitosť, schopnosti a postoje zamestnancov a spolupracovníkov sú rozhodujúcim faktorom pre úspech každej organizácie, sú tvorcami hodnoty a ich vplyv je podstatou pre vytváranie konkurenčnej výhody

PREČO SI VYBRAŤ NÁS?

Našími uznávanými hodnotami sú jednoduchosť, rýchlosť, odbornosť a rast. Tieto hodnoty transformujeme do každého projektu, do každej služby tak, aby sme nielen naplnili, ale ich aj predčili. Skúsený tím, ktorý má dlhoročné skúsenosti s riadením projektov, optimalizáciou procesov a vývojom aplikácií.

Ponúkame komplexné riešenia zamerané na riadenie a rozvoj firiem.

STORMLEVEL, A. S.
BUDYŠÍNSKA 36
831 02 BRATISLAVA



WWW.STORMLEVEL.COM
INFO@STORMLEVEL.COM

OBJEDNAJTE SA NA
BEZPLATNÚ KONZULTÁCIU:
INFO@STORMLEVEL.COM