



ZBORNÍK Z XII. MEDZINÁRODNEJ VEDECKEJ KONFERENCIE

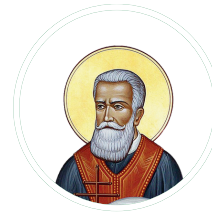
Medziegeneračné vzťahy v kontexte
sociálnej práce a zdravotníckych
vied - teoria a prax

Michalovce, 13. november 2025

PROCEEDINGS OF THE 12th INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE

Intergenerational relations in the
context of social work and health
sciences - theory and practice

Michalovce, 13 November 2025



WARSZAWA 2025

Peter Vansač, Miroslava Semanová (Eds.)

**ZBORNÍK Z XII. MEDZINÁRODNEJ VEDECKEJ KONFERENCIE
*MEDZIGENERAČNÉ VZŤAHY V KONTEXTE SOCIÁLNEJ PRÁCE
A ZDRAVOTNÍCKYCH VIED – TEÓRIA A PRAX***

Michalovce 13. november 2025

**PROCEEDINGS OF THE 12th INTERNATIONAL
SCIENTIFIC CONFERENCE
INTERGENERATIONAL RELATIONS IN THE CONTEXT OF SOCIAL
WORK AND HEALTH SCIENCES – THEORY AND PRACTICE**

Michalovce, 13 November 2025

Warszawa 2025

Názov

Zborník z XII. Medzinárodnej vedeckej konferencie, *Medzigeneračné vzťahy v kontexte sociálnej práce a zdravotníckych vied – teória a prax*,
Michalovce 13. november 2025

Editori

Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.,
PhDr. Miroslava Semanová, PhD., MPH

Recenzenti:

Prof Ivan Svyatoslavich Mironyuk, MD. DSc.
Dr.h.c. prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD.
PhDr. Mgr. Petr Snopek, PhD., MBA
PhDr. Monika Nová, PhD., MPH

Vydavateľstvo:

Wydawnictwo Uniwersytetu VIZJA Warszawa

Technický redaktor: Mária Duranková, DiS.

Tlač: Tlačiareň svidnícka, s.r.o. Svidník

Rok vydania: 2025

Počet strán: 469

Náklad: 50 ks

ISBN 978-83-61087-02-1

Zborník neprešiel jazykovou úpravou.

Autori príspevkov v plnom rozsahu zodpovedajú za jazykovú správnosť textov.

Title

Proceedings of the 12th International Scientific Conference,
*Intergenerational Relations in the Context of Social Work and Health Sciences –
Theory and Practice*
Michalovce, 13 November 2025

Editors

Dr.h.c. Prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.
PhDr. Miroslava Semanová, PhD., MPH

Reviewers

Prof. Ivan Svyatoslavich Mironyuk, MD., DSc.
Dr.h.c. Prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD.
PhDr. Mgr. Petr Snopek, PhD., MBA
PhDr. Monika Nová, PhD., MPH

Publisher

Wydawnictwo Uniwersytetu VIZJA Warszawa

Technical Editor: Mária Duranková, DiS.

Printing: Tlačiareň Svidnícka, s.r.o., Svidník

Year of Publication: 2025

Number of Pages: 469

Print Run: 50 copies

ISBN: 978-83-61087-02-1

The proceedings have not undergone language editing.
The authors are fully responsible for the linguistic accuracy of their contributions.

OBSAH.....	4
PREDSLOV.....	10

DERBAK Mariia, MIRONYUK Ivan, BLETSKAN Myroslava <i>Komplexná liečba črevnej dysbiózy u pacientov s chronickou hepatitídou C na pozadí obezity.....</i>	12

DZUHAN Ruslana, DZUHAN Volodymyr, BARTOSH Olena <i>Podpora veteránov: sociálne služby v územných komunitách Zakarpatskej oblasti Ukrajiny.....</i>	20

HUZAK Oleksandra, BOBYLOV Dmytro <i>Porovnanie prístupov k fyzickej rehabilitácii vojenského personálu s nešpecifickou bolesťou dolnej časti chrbta na Ukrajine a v zahraničí.....</i>	29

VITER Dmytro (Вітер Дмитро), TSARENKO Anatolii <i>Konceptualizácia prístupu k paliatívnej starostlivosti o ľudí so stigmatizáciou HIV.....</i>	37

SOCIÁLNA PRÁCA

BARKASI Daniela, HUČÍK Ján <i>Vplyv medzigeneračných vzťahov na prežívanie osamelosti.....</i>	45

BARDZÁK Pavol <i>Interpersonálne vzťahy podľa Amoris Laetitia.....</i>	56

BUDAYOVÁ Zuzana <i>Komparácia medzigeneračných vzťahov v majoritnej spoločnosti a v rómskej menšine.....</i>	73

BUZALOVÁ Szilvia, CINTULOVÁ Lucia Ludvigh, <i>Medzi povolaním a poslaním: Výzvy pracovnej záťaže v zariadeniach pre seniorov.....</i>	93

DÁVIDOVÁ Michaela, HARDY Mária, MATEJOVÁ Alena <i>Medzigeneračné vzťahy a multidisciplinárna starostlivosť v špecializovanom zariadení na výkon opatrení sociálnoprávnej ochrany detí.....</i>	111

GUEAŠOVÁ, Monika, JURAŠEK Martin <i>Zručnosť v starostlivosti o seba v medzigeneračnom kontexte u sociálnych pracovníkov..</i>	127

HARDOVÁ Tatiana, BARKASI Daniela, BARTA Richard <i>Výzvy a problémy medzigeneračných vzťahov v kontexte sociálnej práce.....</i>	138

JURAŠEK Martin, LEVICKÁ Slávka <i>Sociálna práca so seniormi ako obeťami trestných činov a násilia.....</i>	145

KENDEREŠOVÁ Elena, NOGA Vladimír <i>Interakcia medzigeneračnej podpory a inštitucionálnych štruktúr v živote seniorov</i>	154

KOLTÁŠ Marek,

Motivácie a skúsenosti študentov univerzity tretieho veku: kvalitatívna analýza 165

KOVÁČ Ernest, KOVÁČ Tomáš, BELKO Jozef

Intervenčný potenciál medzigeneračného dialógu pri znižovaní sociálno-patologických rizík v rodinnom systéme.....180

KOVÁČ Ernest, KRÁLIK Roman, BELKO Jozef, KOVÁČ Tomáš

Spiritualita a osobnosť – medzigeneračná dynamika v rodine ako determinant vzdelávacieho procesu.....199

LORKO PRAZNOVSKÁ Daniela

Medzigeneračný mentoring na pracoviskách: Obojsmerný prenos skúseností a rozvoj zamestnancov.....217

LUDVIGH CINTULOVÁ Lucia

Výskumné zistenia o stigmatizácii užívateľov drog na Slovensku 237

NEUPAUER František, ŠRÁMKOVÁ Angelika

Záujem rodu Krčméry o odovzdávanie hodnôt a spoločné dobro.....253

PAVLOVIČOVÁ Svetlana, SNINČÁKOVÁ Alica

Sociálne podniky v kontexte medzigeneračných vzťahov.....269

SIGETOVÁ Diana, VANSÁČ Peter

Medzigeneračná solidarita v systémoch sociálneho zabezpečenia 284

VANSÁČ Peter, BELOVIČOVÁ Mária

Medzigeneračné vzťahy v Biblii 304

ZÁBAVOVÁ Silvia, BARTA Richard

Seniori v rómskej komunite.....317

OŠETROVATEĽSTVO

HUDÁKOVÁ Tatiana, ŠULCOVÁ Jana, IVANKOVÁ

Rodina ako významná súčasť holisticky orientovanej ošetrovateľskej starostlivosti.....341

Viera

IVANKOVÁ Viera, NEMČÍKOVÁ Miroslava, HUDÁKOVÁ Tatiana

Skúsenosti sestier s problematikou týrania, zneužívania a zanedbávania starších ľudí v medzigeneračných vzťahoch.....348

KAROĽOVÁ Ľubomíra, KILIKOVÁ Mária

Vzdelávanie sestier v oblasti bezpečnosti pacientov: percepcia, výzvy, riešenia.....365

KATRIŇÁKOVÁ Tatiana, KILIKOVÁ Mária, ŠTEFANOVÁ Monika <i>Profesijné charakteristiky ovplyvňujúce postoje sestier k hláseniu nežiaducich udalostí v klinickej praxi.....</i>	<i>374</i>
NEMČÍKOVÁ Miroslava, IVANKOVÁ Viera, HUDÁKOVÁ Tatiana <i>Pergamenová koža a jej komplikácie v kontexte globálneho algoritmu ošetrovateľských činností.....</i>	<i>382</i>
POPOVIČOVÁ Mária, LACKO Lukáš <i>Age management v kontexte medzigeneračnej spolupráce v zdravotníctve.....</i>	<i>398</i>
ŠEVČOVIČOVÁ Andrea, ŠILHÁROVÁ Barbora, <i>Spolupráca pomáhajúcich profesií pri poskytovaní starostlivosti HIV pozitívnym klientom Kliniky Jána Pavla II. v Ugande.....</i>	<i>418</i>
ŠULCOVÁ Jana, HUDÁKOVÁ Tatiana, ANGELOVIČOVÁ Katarína <i>Komunitná ošetrovateľská starostlivosť o klienta s Tako-Tsubo kardiomyopatiou.....</i>	<i>428</i>
TRNKOVÁ Ľubica, NEMČOKOVÁ Adriana, KILIKOVÁ Mária <i>Úloha sestry pri zvyšovaní zdravotnej gramotnosti rodičov o zdravej výžive dieťaťa.....</i>	<i>446</i>
VELKOVÁ Silvia <i>Bezpečnosť pacienta - bezpečná identifikácia a bezpečná komunikácia v detských nemocniciach na Slovensku</i>	<i>460</i>

CONNECT.....	7

PREFACE.....	11

DERBAK Mariia, MIRONYUK Ivan, BLETSKAN Myroslava

<i>Comprehensive treatment of intestinal dysbiosis in patients with chronic hepatitis C and obesity/ Комплексне лікування кишкового дисбіозу у хворих на хронічний гепатит C на тлі ожиріння.....</i>	12

DZUHAN Ruslana, DZUHAN Volodymyr, BARTOSH Olena

<i>Supporting veterans: social services in the territorial communities of the zakarpattia region of Ukraine / Підтримка ветеранів: соціальні послуги в територіальних громадах закарпатської області України.....</i>	20

HUZAK Oleksandra, BOBYLOV Dmytro

<i>Comparison of approaches to physical rehabilitation of military personnel with non-specific low back pain in ukraine and international practice /Порівняння підходів до фізичної реабілітації військовослужбовців з неспецифічним болем у попереку в Україні та за кордоном.....</i>	29

VITER Dmytro (Вітер Дмитро), TSARENKO Anatolii

<i>Conceptualizing an approach to palliative care for persons with HIV stigma) Концептуалізація підходу до паліативної допомоги особам з ВІЛ-стигмою.....</i>	37

SOCIAL WORK

BARKASI Daniela, HUČÍK Ján

<i>The Impact of Intergenerational Relationships on the Experience of Loneliness in Older Adults.....</i>	45

BARDZÁK Pavol

<i>Interpersonal Relationships According to Amoris Laetitia.....</i>	56

BUDAYOVÁ Zuzana

<i>Comparison of intergenerational relations in the majority society and in the Roma minority.....</i>	73

BUZALOVÁ Szilvia, CINTULOVÁ Lucia Ludvigh,

<i>Between Profession and Mission: Challenges of Workload in Senior Care Facilities.....</i>	93

DÁVIDOVÁ Michaela, HARDY Mária, MATEJOVÁ Alena

<i>Intergenerational Relationships and Multidisciplinary Care in a Specialized Facility for the Implementation of Child Protection Measures.....</i>	111

GUEŠOVÁ, Monika, JURAŠEK Martin

<i>Self-care skills in an intergenerational context among social workers</i>	127

HARDOVÁ Tatiana, BARKASI Daniela, BARTA Richard <i>Challenges and problems of intergenerational relations in the context of social work.....</i>	138
JURAŠEK Martin, LEVICKÁ Slávka <i>Social work with seniors as victims of crime and violence.....</i>	145
KENDEREŠOVÁ Elena, NOGA Vladimír <i>Interaction of intergenerational support and institutional structures in the life of seniors</i>	154
KOLTÁŠ Marek, Miroslav <i>Motivations and Experiences of University of the Third Age Students: A Qualitative Analysis.....</i>	165
KOVÁČ Ernest, KOVÁČ Tomáš, BELKO Jozef <i>Intervention Potential of Intergenerational Dialogue in Reducing Socio-Pathological Risks in the Family System.....</i>	180
KOVÁČ Ernest, KRÁLIK Roman, BELKO Jozef, KOVÁČ Tomáš <i>Spiritualität und persönlichkeit – intergenerationelle dynamik in der familie als determinante des erziehungs prozesses.....</i>	199
LORKO PRAZNOVSKÁ Daniela <i>Intergenerational Mentoring in the Workplaces: Bidirectional Knowledge Transfer and Employee Development.....</i>	217
LUDVIGH CINTULOVÁ Lucia <i>Research findings on the stigmatization of drug users in Slovakia.....</i>	237
NEUPAUER František, ŠRÁMKOVÁ Angelika <i>The Krčméry family's interest in passing on values and the common good.....</i>	253
SNINČÁKOVÁ Alica, PAVLOVIČOVÁ Svetlana <i>Social enterprises in the context of intergenerational relations.....</i>	269
SIGETOVÁ Diana, VANSÁČ Peter <i>Intergenerational Solidarity in Social Security Systems.....</i>	284
VANSÁČ Peter, BELOVIČOVÁ Mária <i>Intergenerational Relationships in the Bible</i>	304
ZÁBAVOVÁ Silvia, BARTA Richard <i>Seniors in the Roma community.....</i>	317

NURSING

HUDÁKOVÁ Tatiana, ŠULCOVÁ Jana, IVANKOVÁ Viera

*Parchment skin and its complications in the context of the global algorithm of nursing activities.....*341

IVANKOVÁ Viera, NEMČÍKOVÁ Miroslava, HUDÁKOVÁ Tatiana

*Nurses' experiences with the issues of abuse, abuse and neglect of elderly people in intergenerational relationships.....*348

KAROĽOVÁ Ľubomíra, KILIKOVÁ Mária

*Nursing education in patient safety: perception, challenges, solutions.....*365

KATRIŇÁKOVÁ Tatiana, KILIKOVÁ Mária, ŠTEFANOVÁ Monika

*Professional characteristics influencing nurses' attitudes toward reporting adverse events in clinical practice*374

NEMČÍKOVÁ Miroslava, IVANKOVÁ Viera, HUDÁKOVÁ Tatiana

*Parchment skin and its complications in the context of the global algorithm of nursing activities.....*382

POPOVIČOVÁ Mária, LACKO Lukáš

*Age management in the context of intergenerational cooperation in healthcare.....*398

ŠEVČOVIČOVÁ Andrea, ŠILHÁROVÁ Barbora,

*Cooperation between helping professions in providing care to HIV-positive clients of the John Paul II Clinic in Uganda.....*418

ŠULCOVÁ Jana, HUDÁKOVÁ Tatiana, ANGELOVIČOVÁ Katarína

*Community nursing care for a client with Tako-Tsubo cardiomyopathy.....*428

TRNKOVÁ Ľubica, NEMČOKOVÁ Adriana, KILIKOVÁ Mária

*The role of the nurse in increasing parents' health literacy about healthy child nutrition.....*446

VELKOVÁ Silvia

*Patient safety – safe identification and safe communication in children's hospitals in Slovakia.....*460

PREDSLOV

„Každá generácia potrebuje mať most k tým, ktorí boli pred ňou.“

— pápež František

Tento hlboký a nadčasový odkaz pápeža Františka vystihuje podstatu medzilidskej solidarity, kontinuity a vzájomného porozumenia, ktoré presahujú hranice vedy, kultúr aj spoločenských rolí. Práve budovanie mostov medzi generáciami je aj hlavným poslaním XII. Medzinárodnej vedeckej konferencie *„Medzigeneračné vzťahy v kontexte sociálnej práce a zdravotníckych vied – teória a prax“*, ktorá sa uskutočnila 13. novembra 2025 v Inštitúte bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach.

Konferenciu sme organizovali na počesť Dr. h. c. prof. MUDr. Vladimíra Krčméryho, DrSc., zakladateľa a emeritného rektora Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, ktorého celoživotné dielo predstavuje výraznú službu spoločnosti, vede a ľuďom v núdzi. Jeho hodnoty, ľudskosť a misijné smerovanie sú pre našu odbornú komunitu inšpiráciou.

Konferencia prebiehala prezenčnou formou, pričom zahraniční hostia vystúpili online. Veľkou čťou pre nás bola účasť významných odborníkov z Ukrajiny, ktorí prezentovali aktuálne výsledky výskumu i praktické skúsenosti z oblasti verejného zdravia, paliatívnej medicíny, fyzioterapie či sociálnych služieb pre veteránov. Sme hrdí na to, že sa konferencie zúčastnili osobnosti ako prof. Ivan Mironyuk, prof. Anatolii Tsarenko, prof. Dmitry Viter, prof. Oleksandra Huzak, prof. Maria Derbak, prof. Ruslana Dzuhan a ďalší odborníci z významných ukrajinských univerzít. Ich príspevky významne obohatili odborný rámec konferencie.

Rovnako nás teší aktívna účasť kolegov z rôznych slovenských vysokých škôl. Témy prezentácií reflektovali široké spektrum problémov spojených s medzigeneračnými vzťahmi.

Zahraniční hostia predstavili okrem iného tieto okruhy:

- informačná a komunikačná podpora verejného zdravia,
- prístupy k paliatívnej starostlivosti v kontexte stigmatizácie,
- fyzická rehabilitácia vojenského personálu,
- sociálne služby pre veteránov v územných komunitách.

Slovenskí odborníci sa venovali problematike:

- kvality ošetrovateľskej starostlivosti, bezpečnosti pacientov a vzdelávania sestier,
- medzigeneračného mentoringu a multidisciplinárnej spolupráce,
- seniorov v marginalizovaných komunitách,
- etických výziev v sociálnej práci a ošetrovateľstve,
- medzigeneračných vzťahov v Biblii,
- sociálnych dopadov migrácie, chudoby či rodinných kríz,
- expresívnych terapií, supervízie a duševnej pohody pomáhajúcich profesionálov,
- ako aj novým trendom v poskytovaní sociálnych služieb rôznym vekovým skupinám.

Zvlášť oceňujeme prínos príspevkov, ktoré sa dotýkali medzigeneračnej solidarity, rodinných väzieb, úloh sociálnych pracovníkov a sestier v procese podpory klientov naprieč generáciami či výziev súvisiacich s dlhodobou starostlivosťou. Tieto témy nadobúdajú v dnešnej spoločnosti čoraz väčší význam, keďže starnutie populácie a meniace sa sociálne štruktúry vytvárajú nové potreby a očakávania.

Peter Vansač

PREFACE

“Every generation needs to build a bridge to those who came before it.”

— Pope Francis

This profound and timeless message of Pope Francis captures the essence of human solidarity, continuity, and mutual understanding—values that transcend the boundaries of science, culture, and social roles. Building bridges between generations is also the central mission of the 12th International Scientific Conference *“Intergenerational Relations in the Context of Social Work and Health Sciences – Theory and Practice”*, held on 13 November 2025 at the Institute of bl. M. D. Trčku in Michalovce.

The conference was organized in honor of Dr. h. c. Prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc., founder and emeritus rector of the St. Elizabeth College of Health and Social Work in Bratislava, whose lifelong work represents an exceptional service to society, science, and people in need. His values, humanity, and missionary orientation remain a lasting inspiration for our professional community.

The conference took place in an in-person format, while international guests delivered their contributions online. It was a great honor to welcome distinguished experts from Ukraine, who presented current research findings and practical experience in public health, palliative medicine, physiotherapy, and social services for veterans. We are proud that our conference hosted scholars such as Prof. Ivan Mironyuk, Prof. Anatolii Tsarenko, Prof. Oleksandra Huzak, Prof. Maria Derbak, Prof. Ruslana Dzuhan, and other experts from leading Ukrainian universities. Their contributions significantly enriched the scientific framework of the conference.

We also appreciate the active participation of colleagues from various Slovak universities. The presentation topics reflected a wide spectrum of issues related to intergenerational relations.

The international speakers addressed, among others, the following areas:

- information and communication support in public health,
- approaches to palliative care in the context of stigmatization,
- physical rehabilitation of military personnel,
- social services for veterans within local communities.

Slovak experts focused on topics such as:

- quality of nursing care, patient safety, and nurse education,
- intergenerational mentoring and multidisciplinary cooperation,
- older adults in marginalized communities,
- ethical challenges in social work and nursing,
- intergenerational relationships in the Bible,
- social impacts of migration, poverty, and family crises,
- expressive therapies, supervision, and the mental well-being of helping professionals,
- as well as new trends in providing social services to various age groups.

We particularly value contributions addressing intergenerational solidarity, family relationships, the roles of social workers and nurses in supporting clients across generations, and challenges related to long-term care. These topics are gaining increasing relevance in today’s society, as population ageing and shifting social structures create new needs and expectations.

Peter Vansač

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ КИШКОВОГО ДИСБІОЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С НА ТЛІ ОЖИРІННЯ

COMPREHENSIVE TREATMENT OF INTESTINAL DYSBIOSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C AND OBESITY

Дербак Марія¹, Миронюк Іван², Блецкан Мирослава³
Derbak Mariia, Myronyuk Ivan, Bletskan Myroslava

^{1,2,3}ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород, Україна
Uzhhorod National University

Анотація.

Вступ. Хронічний гепатит С (ХГС) залишається однією з найважливіших проблем сучасної медицини, що зумовлено його значним поширенням, прогресивним зростанням захворюваності, високим рівнем хронізації, ризиком розвитку цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми

Мета: вивчити ефективність комплексного лікування кишкового дисбіозу у хворих на хронічний гепатит С на тлі ожиріння.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходились 84 хворих на ХГС на тлі ожиріння. У залежності від призначеного лікування хворі були розділені на 2 групи: 1 гр (n=40) - це хворі, які отримували – пробіотик (*Lactobacillus acidophilus* (LA-5), + *Bifidobacterium animalis subsp. lactis* (BB-12) по 1 кап. х 3 рази на добу і 2 гр (n=44) – LA-5 і BB-12 + урсодезоксихолева кислота (УДХК) по 500 мг на ніч протягом 12 тижнів.

Результати та їх обговорення. У результаті одночасного прийому LA-5 і BB-12 і УДХК у 93,2 % хворих на ХГС ($p < 0,01$) встановлено збільшення кількості біфідо- і лактобактерій, ешерихій із нормальною активністю та зниження кількості гемолітичних мікроорганізмів, протея та стафілококів. Усунення симптомів дисбіозу, зокрема, закрепів та метеоризму, сприяло позитивній динаміці клінічного перебігу ХГС. Встановлено, що корекція кишкового дисбіозу у 82,1% хворих сприяє зниженню рівня загального холестерину та ліпопротеїдів низької щільності до цільових показників. Після проведеного лікування в усіх пацієнтів спостерігалася позитивна динаміка нормалізації дисбалансу цитокінової ланки імунної системи. Відзначено зниження активності цитокінів прозапального ряду, зокрема ФНП- α , ІЛ-6 та неоптерину і незначне підвищення рівня протизапальних цитокінів. У пацієнтів, які додатково одержували пробіотик та урсодезоксихолеву кислоту, редукція психопатологічної симптоматики досягалася як через зниження тривожно-депресивних розладів, так і за рахунок зменшення виразності астеничних проявів.

Висновок. Хворим на ХГС на тлі ожиріння у складі терапії, що проводиться з метою корекції порушень мікробіоценозу кишечника показано додаткове призначення УДХК. Її використання позитивно впливає не лише на мікробіоценоз товстої кишки, а і на перебіг ХГС та сприяє нормалізації ліпідного

обміну та регуляції цитокінової ланки імунної системи, поліпшенню стану психологічного статусу та підвищенню якості життя пацієнтів.

Ключові слова:

хронічний гепатит С, неалкогольна жирова хвороба печінки, ожиріння, кишковий дисбіоз.

Вступ. Хронічний гепатит С (ХГС) залишається однією з найважливіших проблем сучасної медицини, що зумовлено його значним поширенням, прогресивним зростанням захворюваності, високим рівнем хронізації, ризиком розвитку цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми (World Health Organization, 2018). За даними експертних оцінок ВООЗ, кількість інфікованих вірусом гепатиту С становить 325 млн. осіб, а кількість хворих, що вмирають щороку внаслідок цієї патології сягає 1,4 млн. осіб (Кубарева І. В., 2019).

Поряд із ХГС серед хвороб печінки, зокрема у пацієнтів із ожирінням, чинне місце посідає неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП), яка в розвинених країнах зустрічається у 20–30% дорослого населення, а неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) реєструється у 2–3% загальної популяції (Younossi Z., 2016). За даними ряду авторів, при первинному обстеженні у 30–40% хворих з НАСГ виявляється фіброз печінки, який у продовж 5–10 років у 20–25% випадків прогресує у цироз печінки, а 30–40% цих хворих помирає від ускладнень (Bedossa P., 2016). НАСГ в даний час вважається однією з найчастіших причин підвищення печінкових тестів без наявності клінічних симптомів (European Association, 2016).

За даними різних досліджень, майже у 50 % хворих на ХГС, що мають ожиріння, спостерігається різного ступеня неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП), що сприяє виникненню та подальшому прогресуванню фіброзу від початкових стадій до цирозу печінки протягом короткого часу та ризику серцево-судинних катастроф (Stan I., 2021).

У патогенезі НАЖХП значну роль відводять порушенням функціонального стану товстої кишки, і, як наслідок, накопиченням продуктів життєдіяльності мікроорганізмів, ендотоксинам (ЕТ) (Hernández-Ceballos W., 2021). Зниження детоксикаційної функції мікрофлори при дисбіозі збільшує навантаження на ферментативні системи печінки та сприяє розвитку неалкогольного стеатозу, стеатогепатиту, внутрішньопечінкового холестазу [Aron-Wisnewsky J., 2020]. Крім того, дисбіотичні порушення в кишечнику супроводжуються активною декон'югацією жовчних кислот, відбувається надлишкове утворення їх токсичних солей та підвищення реабсорбції в просвіті товстої кишки (Rattan P., 2020). У результаті синтез жовчних кислот зменшується, а метаболізм печінки переключається на синтез холестерину (ХС), що призводить до розвитку дисліпопротеїдемії (Albhaisi S., 2020).

Корекцію дисбіозу кишечника найчастіше проводять призначенням пробіотиків, які пригнічують розмноження патогенних штамів бактерій, покращують стан муцинового бар'єру кишечника, знижують ендотоксемію та

кишкову проникність, а також мають позитивний вплив на імунну систему. Одним із таких є пробіотик, капсула якого містить не менше 1×10^9 КУО *Lactobacillus acidophilus* (LA-5), 1×10^9 КУО *Bifidobacterium animalis subsp. lactis* (BB-12). Обидві бактерії є складовими нормальної мікрофлори кишечника людини, стійкими до соляної кислоти та жовчі, що підвищує відсоток їх виживання при проходженні крізь шлунок і дванадцятипалу кишку та мають статус GRAS (загальноновизнані безпечні препарат) (Anokhina G. A., 2018).

Останнім часом все більше для лікування різних захворювань печінки, особливо тих, які супроводжуються холестатичним та цитолітичним синдромом, застосовують препарати урсодезоксихолевої кислоти (УДХК) (Adams L., 2010). УДХК має унікальну здатність влаштовуватись у фосфоліпідній бішаровій мембрані гепатоцитів, стабілізуючи її структуру і захищаючи печінкову клітину від пошкоджуючих факторів. Багатьма рандомізованими дослідженнями доведено багатофакторність впливу УДХК (Neo N.Y., 2021; Oh B., 2017).

Мета: вивчити ефективність комплексного лікування кишкового дисбіозу у хворих на хронічний гепатит С на тлі ожиріння.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходились 84 хворих на ХГС, які мали підвищену масу тіла або різного ступеня ожиріння. Чоловіків було 41,7% (35), жінок 58,3 % (49). Середній вік пацієнтів - $56,7 \pm 1,3$ років. Дослідження проводилося відповідно до принципів Гельсінкської декларації та було затверджено етичною комісією Ужгородського національного університету (Протокол №7/1 від 12.09.2024 р.). Усі пацієнти дали підписану згоду на збір персональних даних у базу даних та на використання зразків крові та калу в дослідницьких цілях та на участь у дослідженні.

При встановленні діагнозу ХГС користувалися класифікацією хронічних гепатитів, запропонованою на Міжнародному конгресі гастроентерологів (Лос-Анджелес, 1994 р.). Визначення маркерів гепатитів В і С проводили методом ІФА з подальшим визначенням РНК ВГС, генотипу та кількості вірусу методом ПЛР. Ступінь фіброзу та стеатозу печінки визначали за допомогою неінвазивного методу діагностики – ФіброМакс (BioPredictive, Paris) та методу непрямой еластометрії печінки за допомогою діагностичного приладу виробництва Франція - Фіброскан 502 F01261 датчик М 7 70129 (обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Ужгород).

Стан мікробіоцинозу кишки визначали шляхом мікробіологічного дослідження випорожнень. Для виявлення дисбіозу товстого кишківника проводили кількісний облік мікроорганізмів, які вирости на поживному середовищі агару, Сабуро, Ендо та 5% кров'яному агарі з перерахунком на 1 г фекалій, враховуючи при цьому дозу засіяного матеріалу та ступінь його розведення. Ідентифікація культур проводилась на основі біохімічних тестів та системи «Ентеротест». Під час забору матеріалу всі хворі не мали гострих інфекційних захворювань, не отримували антибактеріальну, пре- або пробіотичну терапію. Відповідно до уніфікованої робочої класифікації дисбактеріозів (Куваєва І.Б., Ладодо К.С., 1991) виділяли 4 ступені дисбіотичних розладів кишки. Усім хворим визначено рівні показників цитокінового профілю

та оцінено психологічний статус і якість життя. При плануванні лікувальних заходів дисбіозу кишківника у хворих на ХГС нами враховано наявність метаболічних факторів та основних клініко-лабораторних синдромів і призначено додатково до пробіотика гепатопротекторну терапію (УДХК).

У залежності від призначеного лікування хворі були розділені на 2 групи: 1 гр (n=40) - це хворі, які отримували – пробіотик (*Lactobacillus acidophilus* (LA-5), + *Bifidobacterium animalis subsp. lactis* (BB-12) по 1 кап. х 3 рази на добу і 2 гр (n=44) – LA-5 і BB-12 + урсодезоксихолева кислота (УДХК) по 500 мг на ніч протягом 12 тижнів.

У роботі використано двосторонній точний критерій Фішера з використанням програми Statistica 8.0 for Windows. Різницю вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Із 84 хворих на ХГС+дисбіоз - 52 мали різного ступеня ожиріння, що склало 61,9%, а решта- підвищену масу тіла. Серед скарг, які відмічали пацієнти провідними були закрепи - 69% (58 із 84) та діарея - 31% (26 із 84) хворих. Вивчення клінічних проявів у хворих на ХГС виявило їхній зв'язок із ступенем дисбіозу. Встановлено, що дисбіоз I-го ступеня мали 15 хворих, дисбіоз II-го ступеня -36, дисбіоз III-го -33 хворих і дисбіоз IV-го ступеня- не виявлено в жодного пацієнта. У хворих на ХГС з дисбіозом III-го ступеня достовірно частіше реєстрували періодичний дискомфорт з локалізацією внизу живота 30,3% (10 із 33), у порівнянні з пацієнтами з I- им та II-им ступенем дисбіозу: 13,3% (2 із 15) і 22,2% (8 із 36) відповідно. Наявність даної локалізації дискомфорту у хворих на ХГС очевидно, пояснюється посиленням дисбіотичних процесів і порушенням функції кишечника. Підтвердженням цьому стала наявність достовірного зв'язку відчуття дискомфорту внизу живота з диспептичними проявами, такими як: нудота ($p=0,007$), метеоризм ($p=0,02$), зниження апетиту ($p=0,003$). Наступною за частотою скаргою був метеоризм, який спостерігався у 32 (38,1%) хворих з дисбіозом. Частота метеоризму зростала на тлі прогресування дисбіозу та являлася однією із стійких диспептичних скарг, що важко піддаються медикаментозній корекції у хворих на ХГС. Постійно метеоризм був присутній у 100% хворих із III- ім ступенем дисбіозу, в осіб з II- им ступенем дисбіозу турбував рідше- 69,4% (25 із 36), і зовсім не реєструвався при I- ому ступені дисбіозу. Також, хворі мали і інші скарги (гепатобіліарні): біль, важкість у правому підребер'ї -32,1% (27 із 84), слабкість та швидку втому- 85,7% (72 із 84).

Після проведеного лікування покращення самопочуття відмічено у всіх хворих. За результатами бактеріологічного посіву калу виявлено позитивний вплив призначеної терапії на мікробіоценоз товстої кишки. Так, у першій групі у 62,5 % (25 із 40) хворих через 12 тижнів зникли клінічні й лабораторні ознаки дисбіозу товстої кишки, на противагу хворим другої групи, де прийом LA-5 і BB-12 у поєднанні з УДХК сприяв нормалізації мікробної складової товстої кишки у 93,2% (41 із 44) хворих. У цій групі тільки у 2 хворих залишився дисбіоз 2 ступеня і в 1 – дисбіоз 1 ступеня (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка ступеня дисбіозу товстого кишечника у обстежених хворих

Ступінь дисбіозу	Групи хворих			
	1 гр (n=40)		2 гр (n=44)	
	а	б	а	б
О	0	25 (62,5%)	0	41 (93,1%)
I	14 (35,0%)	8 (20,0%)	14 (31,8%)	1 (2,3%)*
II	19 (47,5%)	5 (12,5%)	22 (50,0%)	2 (4,6%)*
III	7 (17,5%)	2 (5,0%)	8 (18,2%)	0

Примітки: а- до лікування; б- після лікування; * - різниця між показниками до і після лікування статистично достовірна ($p < 0,05$).

У результаті одночасного прийому LA-5 і BB-12 і УДХК у вищевказаних дозах у 93,2 % хворих на ХГС ($p < 0,01$) встановлено збільшення кількості біфідо- і лактобактерій, ешерихій із нормальною активністю та зниження кількості гемолітичних мікроорганізмів, протея, стафілококів та дріжджеподібних грибів, що супроводжувалося нормалізацією акту дефекації та зникненням симптомів кишкового дисбіозу. У хворих, що приймали тільки LA-5 і BB-12, вказані вище позитивні зміни спостерігались у 62,5% ($p < 0,05$). Усунення симптомів дисбіозу, зокрема, закріпів та метеоризму, сприяло позитивній динаміці клінічного перебігу ХГС. Так, зменшилася кількість хворих, які скаржилися на біль, важкість у правому підребер'ї, метеоризм, слабкість та швидку втому з достовірним переважанням таких у другій групі (табл.2).

Таблиця 2. Динаміка основних скарг під впливом лікування

Скарги	Групи			
	1 гр (n=40)		2 гр (n=44)	
	а	б	а	б
Закреп	27(67,5%)	11(27,5%)	31(70,45%)	2(4,5%)*
Діарея	12(30%)	4(10%)	14(31,8%)	1(2,27%)
Метеоризм	15(37,5%)	6(15%)	17(38,6%)	1(2,27%)*
Свербіж шкіри	12(30%)	9(22,5%)	14(31,8%)	4(9,1%)*
Біль у правому підребрі	11(27,5%)	8(20%)	14(31,8%)	3(6,8%)*
Диспептичний синдром	25(62,5%)	18(45,0%)	27(61,3%)	7(15,9%)*
Астеновегетативний синдром	34(85%)	23(57,5%)	38(86,3%)	10(22,7%)*

Примітки: а- до лікування; б- після лікування; * - різниця між показниками до і після лікування статистично достовірна ($p < 0,05$).

Після проведеного лікування в усіх пацієнтів спостерігалася позитивна динаміка нормалізації дисбалансу цитокинової ланки імунної системи. Відзначено зниження активності цитокінів прозапального ряду, зокрема ФНП- α , ІЛ-6 та неоптерину і незначне підвищення рівня протизапальних цитокінів. Найбільш достовірним було зниження ФНП- α і неоптерину, майже у 4 рази ($p \leq 0,01$) та ІЛ-6 у 3,5 рази ($p \leq 0,05$) у хворих 2-ої групи, що додатково отримували пробіотик та урсодезоксихолову кислоту. Динаміка протизапальних цитокінів у

цій групі хворих теж виявилася позитивною, а саме підвищення ІЛ-4 в 2,7 раз ($p \leq 0,05$) та ІЛ-10 в 3,2 раз ($p \leq 0,01$). Розроблена комплексна терапія зменшує прозапальний компонент (достовірно знизилися рівні ФНП- α (з $190,4 \pm 1,2$ пг/мл до $54,73 \pm 0,71$ пг/мл, $p < 0,01$) і неоптерину (з $185,32 \pm 1,05$ нмоль/л до $57,15 \pm 1,03$ нмоль/л, $p < 0,01$), ІЛ-6 (з $142,24 \pm 0,9$ пг/мл до $45,77 \pm 2,23$ пг/мл, $p < 0,01$)) та активує протизапальний компонент системи цитокінів (рівень ІЛ-10 достовірно зростає з $5,8 \pm 0,65$ пг/мл до $12,42 \pm 1,27$ пг/мл, $p < 0,01$), а отже, запобігає прогресуванню дисбалансу в системі цитокінів.

Встановлено, що корекція кишкового дисбіозу у 82,1% хворих сприяє зниженню рівня ЗХ та ХС ЛПНЩ до цільових показників - $4,5 \pm 0,02$ ммоль/л та $1,6 \pm 0,04$ ммоль/л відповідно, порівняно з групою 1, де ці показники становили $5,2 \pm 0,54$ ммоль/л і $2,6 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,05$).

У рамках проведеного дослідження встановлено високу чутливість ІЛ-6 під впливом запропонованих схем терапії та нормалізації мікробного пейзажу товстої кишки. Існує припущення залежності рівня концентрації цього цитокіну від ступеня бактеріальної агресії (Yu. M. Stepanov, 2022), яке отримало своє підтвердження і у проведених нами дослідженнях. Тому, отримане достовірне зниження рівня концентрації ІЛ-6 після проведеної комплексної терапії є ознакою зменшення бактеріальної агресії та усунення проявів системного запалення. Найбільш достовірним зниження рівня ІЛ-6 під впливом спостерігалось у хворих, що отримували пробіотик та УДХК. На момент завершення терапії залишається тривале підвищення концентрації ІЛ-1 β у обох групах пацієнтів, що імовірно зумовлено нейрогуморальними механізмами.

Оскільки частина неоптерину катаболізується симбіотичною мікрофлорою товстої кишки (Riabokon Yu., 2019), зменшення його концентрації у сироватці крові у хворих після проведеного комплексного лікування, підтверджує позитивний вплив запропонованої терапії на склад мікрофлори товстої кишки. Виявлена тенденція до нормалізації параметрів цитокінів прозапального ряду у хворих на ХГС із супутнім дисбіозом товстої кишки характеризує зменшення системного запалення, що, на думку багатьох авторів, є одним із спільних тригерних факторів прогресування патології системи травлення, яке тісно пов'язано з розвитком стеатогепатиту та кишкового дисбіозу.

Оцінюючи психологічний статус хворих у результаті проведеного лікування, слід відзначити, що тенденція до покращення спостерігалася у всіх хворих, однак зниження рівня тривоги та депресії за госпітальною шкалою тривоги і депресії спостерігалось тільки в пацієнтів другої групи. Проведене лікування супроводжувалося зменшенням виразності депресії та тривоги за госпітальною шкалою тривоги та депресії на $1,7 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) та $2,5 \pm 0,8$ ($p < 0,05$) балу відповідно та покращенням якості життя у хворих 2-ої групи, тоді як у інших хворих ці показники залишалися без змін.

Якість життя хворих на ХГС є найбільш об'єктивною оцінкою ефективності лікування. Після лікування бали за всією шкалою SF-36 найбільше зросли у хворих 2 групи. Загалом привертало увагу те, що у пацієнтів, які додатково

одержували пробіотик та УДХК, редукція психопатологічної симптоматики досягалася як через зниження тривожно-депресивних розладів, так і за рахунок зменшення виразності астеничних проявів, а в пацієнтів, які отримували тільки пробіотик – тільки через зниження рівня астеничних проявів.

Протягом усього курсу лікування у хворих на тлі приймання УДХК в комбінації з пробіотиком та монотерапії пробіотиком побічних ефектів не спостерігалось. Застосування комбінації УДХК та пробіотику особливо є виправданим у хворих на ХГС на тлі ожиріння та НАЖХП, з одночасним впливом на холестериновий обмін, оскільки можливості гіполіпідемічної терапії статинами у цієї категорії пацієнтів обмежені у зв'язку з можливим збільшенням цитолітичного синдрому.

Враховуючи антихолестатичний, гепатопротекторний, антиапоптичний, імуномодулюючий та гіпохолестеринемічний напрямки дії УДХК, його призначення дає можливість уникати поліпрагмазії при коморбідному ураженні печінки у хворих на ХГС на тлі НАЖХП.

Висновок. Хворим на ХГС на тлі НАЖХП у складі терапії, що проводиться з метою корекції порушень мікробіоценозу кишечника показано додаткове призначення УДХК. Її використання позитивно впливає не лише на мікробіоценоз товстої кишки, а і на перебіг ХГС та НАЖХП, сприяє нормалізації ліпідного обміну та регуляції цитокінової ланки імунної системи, поліпшенню стану психологічного статусу та підвищенню якості життя пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. World Health Organization; Global Hepatitis Programme. Guidelines for the Care and Treatment of Persons Diagnosed with Chronic Hepatitis C Virus Infection.; 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.026>
2. Кубарева І. В., Волкова А. В., Ноздріна А. А. 2019. Аналіз структури та динаміки соціально-медичних показників хронічного вірусного гепатиту С в Україні. *Фармацевтичний часопис*, 2: s. 87–93. <https://doi.org/10.11603/2312-0967.2019.2.10185>. ISSN 2312-096.
3. Younossi Z.M., Koenig A.B., Abdelatif D. et al. 2016. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease – meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. *Hepatology*, 64: s. 73–84. doi: 10.1002/hep.28431. Epub 2016 Feb 22. PMID: 26707365.
4. Bedossa P., Tordjman J., Aron-Wisnewsky J. et al. 2016. Systematic review of bariatric surgery liver biopsies clarifies the natural history of liver disease in patients with severe obesity. *Gut* [In press DOI: 10.1136/gutjnl-2016-312238]. PMID: 27884920.
5. European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD), European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. 2016. *J Hepatol*, 64, s. 1388–1402.

- 6.Stan I.S., Biciușcă V., Durand P., Petrescu A.M., Oancea D.M. et al. 2021. Diagnostic and prognostic significance of hepatic steatosis in patients with chronic hepatitis C. *Rom J Morphol Embryol.* Jul-Sep; 62(3): s. 765-775. doi: 10.47162/RJME.62.3.14. PMID: 35263405; PMCID: PMC9019612.
- 7.Hernández-Ceballos W., Cordova-Gallardo J., Mendez-Sanchez N. 2021. Gut Microbiota in Metabolic-associated Fatty Liver Disease and in Other Chronic Metabolic Diseases. *J Clin Transl Hepatol*, 9, s. 227-38 doi: 10.14218/JCTH.2020.00131. PMID: 34007805; PMCID: PMC8111113.
- 8.Aron-Wisnewsky J., Vigliotti C., Witjes J. et al. 2020. Gut microbiota and human NAFLD: disentangling microbial signatures from metabolic disorders. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 17, s. 279-297 doi: 10.1038/s41575-020-0269-9. MID: 32152478.
- 9.Rattan P., Minacapelli C., Rustgi V. 2020. The Microbiome and Hepatocellular Carcinoma. *Liver Transpl* , 26, s. 1316-1327. doi: 10.1002/lt.25828. PMID: 32564483.
- 10.Albhaisi S.A., Bajaj J.S., Sanyal A.J. 2020. Role of gut microbiota in liver disease. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 318, s. 84-98. doi: 10.1152/ajpgi.00118. PMID: 31657225.
11. Anokhina G. A. Intestinal leakage syndrome: emphasis on microbiota .2018. *Modern gastroenterology*. 4., s. 85-89 ISSN 1727-5725 (Print) http://nbuv.gov.ua/UJRN/SGastro_2018_4_14
12. Adams L.A., Angulo P., Petz J. et al. 2010. A pilot trial of high-dose ursodeoxycholic acid in nonalcoholic steatohepatitis. *Hepatol Int.* Jul 28;4(3), s. 628-633. doi: 10.1007/s12072-010-9195-1. PMID: 21063487; PMCID: PMC2940007.
11. Heo N.Y., Park S.H., Choi J.H. et al. 2021. Efficacy and Safety of Biphenyl Dimethyl Dicarboxylate and Ursodeoxycholic Acid Combination in Chronic Hepatitis Related to Metabolic Syndrome Components. *Korean J Gastroenterol*. Apr 25;77(4), s. 179-189. doi: 10.4166/kjg.2020.158. PMID: 33824248.
- 14.Oh B., Choi W.S., Park S.B. et al. 2017. Efficacy and safety of ursodeoxycholic acid composite on fatigued patients with elevated liver function and/or fatty liver: a multi-centre, randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. *Int J Clin Pract.* 2016 Apr;70(4):302-11. doi: 10.1111/ijcp.12790. Epub 2016 Mar 20. Erratum in: *Int J Clin Pract.* , Feb;71(2): PMID: 26997458; PMCID: PMC5071730.
15. Stepanov Yu. M., Didenko V. I., Tatarchuk O. M., Konenko I. S., Petishko O. P. 2022. Cytokines, insulin resistance and arterial wall stiffness in assessing the course of non-alcoholic fatty liver disease. *Patologia*. 19; 1(54). s. 5-11 DOI: 10.14739/2310-1237.2022.1.245985 ISSN 2306-8027
- 16.Riabokon Yu. Yu. 2019.Influence of interleukin-6 gene polymorphism on the efficacy of antiviral treatment in patients with chronic hepatitis C. *Zaporozs. Med. zurn.* 21;1(112), s. 84–89. DOI: 10.14739/2310-1210.2019.1.155826 ISSN 2306-4145

Kontakt

DERBAK MARIIA, MD, DSc, Professor, Veduca Katedry fakultnej terapie Uzhhorod National University (Garant študijného programu Ošetrovatel'stvo,) E-mail: morika1415@gmail.com

SUPPORTING VETERANS: SOCIAL SERVICES IN THE TERRITORIAL COMMUNITIES OF THE ZAKARPATTIA REGION OF UKRAINE

Dzhuhan Ruslana¹, Dzhuhan Volodymyr², Bartosh Olena³

¹ *Department of Sociology and Social Work, State University «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine*

² *Department of Constitutional Law and Comparative Jurisprudence, State University «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine*

³ *Department of Sociology and Social Work, State University «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine*

Abstract

The article explores the current landscape and prospects for the development of social services for veterans in the territorial communities of Zakarpattia. Amid ongoing military challenges and the transformative processes of decentralization, the need to integrate veterans into public life has never been more critical. The existing regulatory framework in Ukraine, particularly key legislation such as the Law on the Status of War Veterans and Their Social Protection, the Law on Social Services, and the Law on Local Self-Government in Ukraine, as well as related regulations governing the activities of local self-governance and social protection institutions, is analyzed. Particular emphasis is placed on innovative local initiatives that demonstrate collaboration among social protection departments, veteran hubs, and civil society organizations. The aim of the article is to assess the challenges and opportunities in providing social services to veterans in the territorial communities of Zakarpattia, focusing on local infrastructure, staffing issues, institutional models, and organizational practices. Research methods applied: analysis of the regulatory framework, generalization of theoretical sources and practical experience, content analysis of scientific publications, as well as the review of the provision of social services to veterans in Zakarpattia. Throughout the analysis, several key challenges were identified in developing a support system: a shortage of qualified personnel, limited financial and material resources, low awareness among veterans regarding available services, and inconsistent access to services, especially in rural and mountainous areas. In conclusion, it is suggested that improving the effectiveness of social services for veterans can be achieved through a strategic blend of institutional reforms, the development of human resources, the implementation of digital tools, the establishment of mobile support units, and the creation of partnerships between communities, veteran organizations, and international donors.

Keywords

Decentralization. Social work. Social services. Territorial community. Veterans.

Introduction

The challenge of ensuring social security for the war and military service veterans is critically important in light of the ongoing war in Ukraine. It is essential to strengthen the capabilities of territorial communities to provide social services that not

only adhere to established standards but also address the unique needs and rights of veterans. Veterans, as a distinct segment of our population, encounter numerous obstacles – from adapting to civilian life to reintegrating into communities, maintaining a decent living standard, and restoring the social status.

In this era of decentralization, effectively implementing social policy within territorial communities requires a renewed emphasis on empowering local authorities and enhancing the skills of social work professionals. In the Zakarpattia region, as in other areas of Ukraine, we are witnessing the gradual development of a comprehensive infrastructure dedicated to veteran services. This includes municipal agencies, units of the Department of Veteran Policy within the regional military administration, and veteran hubs that arise from the initiative and determination of the veterans themselves, along with dedicated public organizations.

However, it is important to recognize that the accessibility, quality, and extent of social services differ significantly across various territorial communities. Moreover, there is a need for a detailed analysis of how veterans' policies are being implemented at the community level. Such an examination should illuminate human resource potential, foster collaboration among service providers, and explore innovative support mechanisms that emerge to response to the specific challenges of wartime.

The *aim* of the article is to assess the challenges and opportunities in providing social services to veterans in the territorial communities of Zakarpattia, focusing on local infrastructure, staffing issues, institutional models, and organizational practices. Research *methods* applied: analysis of the regulatory framework, generalization of theoretical sources and practical experience, content analysis of scientific publications, as well as the review of the provision of social services to veterans in Zakarpattia, Ukraine.

Analysis of recent research and publications

Modern scientific literature on social work in Ukraine highlights the critical need for effective social services for military personnel, veterans, and other vulnerable groups in society. This body of work merges solid theoretical foundations, innovative practical models, and transformative approaches, enabling a thorough exploration of the significant challenges faced by veterans.

The core concepts and methodologies of social work within territorial communities are thoughtfully examined by scholars, including Belavin et al. (2021), Mitina (2020), Piren (2019), Semyhina (2020), and Slozanska (2018). These scholars consider the key strategies for organising social services that address the distinct needs of veterans, ensuring that their contributions are acknowledged and valued.

Hordienko (2021) researches state policies and organizational frameworks for the social protection of veterans.

Horbunova et al. (2022) emphasize the essential roles of psychosocial support and social accompaniment as vital components of comprehensive assistance for veterans and their families. These perspectives are crucial for creating a supportive environment that fosters healing and reintegration.

Vlasenko (2020) explores the potential of applying the theory of change in the strategic planning of territorial communities, a timely endeavor amid socio-political instability aimed at effectively modernising social services.

Horemykina (2020) addresses the practical aspects of supporting vulnerable populations, and Mykolyuk (2022) considers the important issue of professional burnout among social workers, a challenge that significantly affects the quality of service delivery and the well-being of those who provide care.

Researches by Zakharina (2023), Ivakina (2022), and Slozanska et al. (2023) analyse the vital mechanisms of socialization and integration that facilitate veterans' smooth transition into civilian life, an essential component for their successful reintegration into society.

Shevchenko (2024) provides a comprehensive comparative analysis of international experiences in social protection, enhancing our understanding and adaptation of best practices to suit local conditions.

Bryndikov et al. (2024) equip social work specialists with valuable practical tools for organizing comprehensive support systems for military personnel, veterans, and individuals with special needs, ensuring that everyone is supported in the collective aspiration for a more equitable society.

Thus, modern scientific advancements and innovative methodologies establish a solid foundation for a comprehensive approach to improving social services for veterans in Ukraine. This strategic initiative is committed to enhancing the quality of life and promoting the social integration of this vital segment of our population.

Legal framework for the social protection of veterans

Ukraine's regulatory and legal framework serves as a fundamental basis for developing a system of social protection for veterans. The Law of Ukraine "On the Status of War Veterans, Guarantees of Their Social Protection" (2025) clearly articulates the fundamental rights of veterans, outlines their benefits and guarantees, and specifies effective mechanisms for their implementation. This legislation is designed to ensure social support for the veterans.

In parallel, the Law "On Social Services" (2025) establishes general standards for assistance provision and specifies the responsible entities and categories of recipients, including war veterans.

Furthermore, the Law of Ukraine "On Local Self-Government" (2025) empowers territorial communities with the authority and responsibility to tailor social services to meet local needs and effectively utilize available resources.

Additionally, Resolution No.1123 from the Cabinet of Ministers of Ukraine (2019) regulates the procedures and conditions for delivering social services. This includes consultations, in-home support, crisis intervention, and social adaptation, laying a strong basis for the operations of local social service centers.

Collectively, these initiatives create a framework for improving the lives of veterans, ensuring they receive the respect, recognition, and comprehensive support they rightly deserve.

At the state level, the Ministry of Social Policy of Ukraine and the Ministry of Veterans Affairs play crucial roles in shaping, coordinating, and overseeing an effective social protection system for veterans. The Ministry of Social Policy is responsible for establishing regulatory and legal frameworks while providing essential methodological guidance and maintaining quality control for social services. The Ministry of Veterans Affairs designs and implements targeted programs that offer comprehensive support, including rehabilitation, psychological assistance, professional integration, and social reintegration for veterans. The collaboration between these state agencies is vital to creating a well-rounded support system.

War veterans face numerous complex social challenges that severely hinder their adaptation and full reintegration into community life. Urgent and systematic attention is needed to address key issues such as the breakdown of social connections, which can lead to isolation; barriers to employment; limited access to quality social services; inadequate psychological support; and ongoing difficulties related to housing and healthcare. These challenges are particularly pronounced in the Zakarpattia region of Ukraine, where distinct geographical, demographic, cultural, and economic factors complicate the situation. The mountainous terrain, dispersed settlements, diverse population, and specific economic conditions present significant obstacles to providing high-quality and accessible social support for veterans.

Enhancing social services for veterans in the territorial communities of Zakarpattia

The organization of social services within the territorial communities of Zakarpattia demonstrates both considerable potential and significant challenges. The Uzhhorod town Council has established a network of social service centers for veterans, providing essential psychological support, legal assistance, employment services, rehabilitation, and socialisation programs. However, many veterans encounter formidable bureaucratic obstacles when seeking help, further complicated by a lack of awareness regarding available services and inadequate coordination among various institutions.

Veteran spaces and hubs play a crucial role in alleviating social isolation. These multifunctional centers offer not only training and socialisation but also vital psychological support and assistance in launching business initiatives for veterans. However, their growth is severely impeded by inconsistent funding and a shortage of qualified personnel.

To significantly improve the support offered to veterans in communities, it is essential to optimise resources and enhance the quality of social services. Adopting modern digital technologies, such as electronic accounts for veterans, integrated databases, and online consultations, can increase accessibility, tailor services to individual needs, and reduce administrative burdens. Nonetheless, it is important to address the challenges of digital inequality and the considerable gap in digital literacy among many veterans. A comprehensive approach to training and adapting these digital services is crucial to ensure that every veteran can access the support required.

The human resource potential of social services is essential for effectively supporting the veterans. In the territorial communities of Zakarpattia, we encounter a significant challenge: a pronounced shortage of specialized social work professionals with the necessary knowledge and skills to assist the veterans. This gap hinders the capacity to provide the high-quality, targeted services that these individuals seek. The introduction of local case management models that emphasise personalized support for veterans presents a valuable opportunity to improve the effectiveness of the services. To implement such models, it is necessary to expand professional training programs, training in psychology, legal aspects and social work. Furthermore, active involving of veterans to the development and enhancement of social services, through advisory councils, veteran associations, and public participation platforms is essential as it enriches the programs, promotes social cohesion, and fosters a shared sense of community among service recipients.

The disparities in social service infrastructure between urban and rural areas in Zakarpattia highlight the urgent need for innovative mobile assistance solutions and strong support for local initiatives. The services are to adapt to the region's multicultural landscape, specific climatic conditions, and varying transportation challenges. Although limited budget resources, especially in smaller communities, pose significant obstacles, leading to fragmented services and uneven access, there is a path forward. By effectively leveraging grant funding and international support, by initiating transformative, innovative projects that address the needs of veterans the range of available social services can be expanded.

Information and educational campaigns play a crucial role in equipping veterans with the knowledge of their rights and the assistance available to them. By utilizing modern digital platforms, social networks, and media, effective communication channels can be established between authorities, social services, and veterans, thereby encouraging their active participation in support programs.

The collaboration among local authorities, social services, medical institutions, employment centers, veteran organizations, and public activists creates a strong foundation for a comprehensive and integrated system of social protection. These partnerships not only enhance resource efficiency but also improve service quality, addressing every aspect of veterans' lives, from social adaptation and psychological support to employment opportunities and the development of their initiatives.

In Zakarpattia, three key areas of veterans' policy can be identified, each interacting to form a cohesive support system for the veterans.

The first area is the Department of Veterans Policy within the Zakarpattia Regional Military Administration. This department serves as a coordinating body, shaping regional policies, overseeing the implementation of state programs, and safeguarding the rights of veterans. Promoting the growth of social service networks in the region it facilitates critical communication between central and local authorities as well as veteran organizations. Additionally, it leads projects aimed at providing essential psychological, social, and professional support, reinforcing veterans' paths toward successful and fulfilling lives.

The second initiative involves the establishment of municipal institutions known as "VDOMA," which operate across every district in Zakarpattia. These essential institutions provide social services directly at the homes of veterans, ensuring they receive the necessary support. The services offered include psychological assistance, various social services, consultations, employment support, and rehabilitation. With VDOMA present in each district, consistent access to social services is ensured, making it easier for veterans to seek help while considering the unique regional and infrastructural characteristics.

The third initiative focuses on creating veteran hubs, which serve as powerful multifunctional platforms aimed at enhancing veterans' socialization, providing psychological support, and facilitating training and skill development. These hubs also empower veterans to launch their own initiatives, including entrepreneurial endeavors. The significance of veteran hubs cannot be overstated; they foster a strong sense of community, combat social isolation, and encourage active civic engagement among veterans. Typically located in cities and larger communities, these hubs act as support centers in a variety of fields.

Current estimates indicate that there are between 15,000 and 18,000 veterans in Zakarpattia who require social support (United Nations Development Programme, 2024). While the Department of Veteran Policy reports a gradual improvement in the coverage of social services, considerable challenges remain, most notably uneven infrastructure development, bureaucratic obstacles, and a lack of widespread awareness. To effectively address these issues and enhance veteran policy in Zakarpattia, it is crucial to strengthen collaboration across these three areas. Establishing joint working groups, conducting regular consultations, and facilitating information exchanges will not only prevent the duplication of efforts but also maximize the collective impact. It is essential to significantly expand the network of veteran support hubs, particularly in rural and mountainous regions, where the absence of physical support centers creates significant barriers to veterans' access to quality services. Implementing mobile hubs and utilizing existing public spaces can offer effective solutions to this urgent challenge. Moreover, raising awareness among veterans about their rights and available services is critical. This can be achieved through consistent outreach via digital platforms, social media, and local media channels, as well as establishing a "single window" system for accessing information.

Another priority is to enhance the capacity of social services. Expanding professional development programs tailored specifically to veterans' needs (including psychological support, case management, and digital literacy) will greatly improve the effectiveness of service delivery. Furthermore, developing digital tools such as electronic accounts for veterans, integrated databases, and user-friendly online services will simplify access, personalize support, and reduce administrative burdens.

It is also vital to actively involve veterans in the decision-making and management processes of social programs through advisory councils and public participation platforms. No less important is the search for partnerships with international organizations, donor funds, and businesses to secure increased funding for social initiatives, particularly in remote communities in Zakarpattia. By adopting a

comprehensive and systematic approach that takes into account the unique characteristics of each region, an effective and adaptable social protection system for veterans can be established.

Conclusions

The social services system for veterans in the territorial communities of Zakarpattia is currently undergoing a significant transformation as it adapts to military challenges and embraces decentralization. Ukraine's legislative framework provides a solid foundation for developing support infrastructure; however, the true measure of success relies on human resources, institutional capacity, and the effective allocation of resources within these communities. Experience in Zakarpattia demonstrates that the most successful models for supporting veterans effectively integrate the efforts of veteran policy departments, municipal social service institutions, and veteran hubs. Nonetheless, considerable obstacles remain, including bureaucratic hurdles, a shortage of qualified specialists, low awareness among veterans, and uneven infrastructure development, particularly in rural and mountainous areas.

To enhance social support for veterans, we are to prioritize several key strategies:

1. Cultivate Human Resources: Strengthen the capacity of social services to address the unique needs of veterans through targeted training and development.
2. Embrace Digital Innovation: Implement digital tools to streamline service delivery and improve accessibility for veterans.
3. Expand Veteran Hubs: Increase the availability of veteran hubs, including mobile support options that effectively serve remote communities.
4. Foster Systematic Coordination: Promote collaboration among authorities, communities, veteran organizations, and international partners to create a cohesive support network.
5. Empower Veterans: Involve veterans in decision-making processes to ensure that programs are effective and genuinely aligned with their needs.

The prospects for further development are directed toward developing a comprehensive regional model of veteran policy that thoughtfully considers the geographical, socio-cultural, and economic dynamics of Zakarpattia. Additionally, identifying innovative funding sources and establishing strategic partnerships is essential. The implementation of these tasks will allow creation a sustainable system of social protection for veterans, aimed at their full reintegration, improving the quality of life and strengthening the capacity of territorial communities.

REFERENCES

- BELAVIN, S., MITINA, S., & ORLOVSKA, O. 2021. Sotsialna robota z riznymi katehoriiami klientiv [Social work with different categories of clients]. Kherson: Oldi. 436 p.
- BRYNDIKOV, Yu., DULIA, A., KARAMAN, O., OSTROVSKA, N., TRUBAVINA, I., & CHEREDNYCHENKO, O. 2024. Metodichni rekomendatsii shchodo sotsialnoi roboty z viiskovosluzhbovtsiamy ta chlenamy yikh simei, yikh sotsialnoho zakhystu [Methodological recommendations on social work with military personnel and their families, their social protection]. Poltava; Kryvyi Rih: KDPU. 101 p.

CABINET OF MINISTERS OF UKRAINE. 2019. On amendments and recognition as invalid of certain resolutions of the Cabinet of Ministers of Ukraine on the issues of providing housing subsidies and benefits for payment of housing and communal services № 1123 dated by 27.12.2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1123-2019-%D0%BF#Text>

HORBUNOVA, V., SAVYCHENKO, O., TYCHYNA, I., & PORTNYTSKA, N. 2022. Metodychnyi posibnyk dlia sotsialnykh pratsivnykiv: Posylennia spromozhnosti sotsialnykh pratsivnykiv zdiisniuvaty psykhosotsialnu pidtrymku veteraniv ta yikh simei z pytan psykhichnoho zdorovia [Methodological guide for social workers: Strengthening the capacity of social workers to provide psychosocial support to veterans and their families on mental health issues]. IREX: Veterans Reintegration Program. 61 p.

HORDIIENKO, Ye. 2021. Mekhanizmy realizatsii derzhavnoi polityky sotsialnoho zakhystu uchasnykiv boiovykh dii v Ukraini [Mechanisms for implementing state policy on social protection for combatants in Ukraine]. Unpublished Doctoral dissertation. Kharkiv: KhDU. 217 p.

HOREMYKINA, Yu. 2020. Innovatsiini praktyky sotsialnoi roboty z vrazlyvymy hrupamy naselennia v Ukraini [Innovative practices in social work with vulnerable groups in Ukraine]. Sotsialni innovatsii. Demohrafiia i sotsialna ekonomika, 3 (41), 91–113.

IVAKINA, A. 2022. Sotsialna robota z veteranamy boiovykh dii v suchasni Ukraini [Social work with combat veterans in modern Ukraine]. Unpublished Master's thesis. Ivano-Frankivsk: KhDU.

MITINA, S. 2020. Sotsialna robota z riznymy katehoriiami kliientiv [Social work with different categories of clients]. Kyiv: Helvetyka.

MYKOLIUK, S. 2022. Profesiine vyhorannia sotsialnykh pratsivnykiv v umovakh viiny [Professional burnout among social workers in wartime conditions]. Vvichlyvist. Humanitas, 6, 31–36.

PIREN, M. 2019. Sotsialna robota v terytorialnii hromadi: Teoriia ta praktyka [Social work in the local community: theory and practice]. Chernivtsi: Yurii Fedkovych Chernivtsi National University. 327 p.

SEMYHINA, T. 2020. Suchasna sotsialna robota [Current social work]. Kyiv: Akademiia pratsi, sotsialnykh vidnosyn i turyzmu. 275 p.

SHEVCHENKO, R. 2024. Innovatsiini pidkhody do orhanizatsii sotsialnoho zakhystu veteraniv viiny: Mizhnarodnyi dosvid [Innovative approaches to organizing social protection for war veterans: international experience]. Investytsii: Praktyka ta dosvid, 3, 184–188.

SLOZANSKA, H. 2018. Sotsialna robota v terytorialnii hromadi: Teorii, modeli ta metody [Social work in the local community: theories, models, and methods]. Ternopil: TNPU imeni V.Hnatiuka. 382 p.

SLOZANSKA, H., HORISHNA, N., BYBYK, D., & KRYNYTSKA, I. 2023. Sotsialna pidtrymka veteraniv/veteranok rosiisko-ukrainskoi viiny ta yikh simei u voiennoi ta poivoiennoi chas [Social support for veterans of the russian-Ukrainian war and their families during wartime and post-war periods]. Social Work and Education, 10 (1), 47–62.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. 2024. EU and UNDP provide support to veteran reintegration forum in Zakarpattia. URL: <https://www.undp.org/ukraine/press-releases/eu-and-undp-provide-support-veteran-reintegration-forum-zakarpattia-oblast>

VERKHOVNA RADA OF UKRAINE. 2025. On local self-government. Law of Ukraine № 4579-IX dated by 21.8.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>

VERKHOVNA RADA OF UKRAINE. 2025. On social services. Law of Ukraine № 4332-IX dated by 26.03.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>

VERKHOVNA RADA OF UKRAINE. 2025. On status of war veterans, guarantees of their social protection. Law of Ukraine № 4579-IX dated by 21.08.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>

VLASENKO, R. (2020). Zastosuvannia teorii zmin u stratehichnomu planuvanni v obiednanykh terytorialnykh hromadakh [Applying change theory in strategic planning in amalgamated territorial communities]. Kyiv: United Nations Development Programme in Ukraine. 92 p.

ZAKHARINA, T. (2023). Napriamy sotsialnoi roboty z veteranamy hibrydnoi viiny [Areas of social work with veterans of hybrid warfare]. Scientific Bulletin of Uzhhorod University. Series: Pedagogy. Social Work, 1 (52), 55–59.

Contact

Professor Olena Bartosh, Candidate of Pedagogical Sciences,
E-mail : olena.bartosh@uzhnu.edu.ua

**ПОРІВНЯННЯ ПІДХОДІВ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З НЕСПЕЦИФІЧНИМ БОЛЕМ У
ПОПЕРЕКУ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ.**

**COMPARISON OF APPROACHES TO PHYSICAL REHABILITATION OF
MILITARY PERSONNEL WITH NON-SPECIFIC LOW BACK PAIN IN
UKRAINE AND INTERNATIONAL PRACTICE**

Huzak Oleksandra¹, Bobylov Dmytro²

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

²Kharkiv State Academy of Physical Culture, Kharkiv, Ukraine

Abstrakt

Неспецифічний біль у нижній частині спини (БНС) є однією з провідних причин функціональних обмежень серед військовослужбовців. Метою дослідження є порівняння українських та міжнародних підходів до фізичної реабілітації військових з БНС. У дослідженні здійснено аналіз наукових джерел, зокрема фахових публікацій українських авторів і міжнародних праць, присвячених мультидисциплінарним моделям реабілітації. Встановлено, що в Україні переважають локальні методики без системної інтеграції, тоді як за кордоном застосовуються стандартизовані протоколи з урахуванням психосоціальних чинників. Запропоновано рекомендації щодо адаптації міжнародного досвіду до українських реалій.

Kľúčové slová

Неспецифічний біль у спині, фізична терапія, військовослужбовці, реабілітація.

Abstract

Non-specific low back pain (NSLBP) is one of the leading causes of functional limitations among military personnel. This study aims to compare Ukrainian and international approaches to the physical rehabilitation of service members affected by NSLBP. The study analyzes scientific sources, including scholarly publications by Ukrainian authors and international works devoted to multidisciplinary rehabilitation models. The findings reveal that rehabilitation in Ukraine is predominantly based on localized techniques lacking systemic integration, whereas standardized protocols incorporating psychosocial factors are widely implemented abroad. The study offers recommendations for adapting international practices to the Ukrainian context.

Keywords

Non-specific low back pain, physical therapy, military personnel, rehabilitation.

Вступ. Збройні сили України в умовах тривалого військового конфлікту стикаються з високим рівнем травматизму та функціональних порушень опорно-рухового апарату. БНС є однією з найпоширеніших скарг серед військових, що значно впливає на бойову готовність, якість життя та потребує ефективної реабілітації. Водночас в Україні відсутні уніфіковані клінічні настанови щодо

фізичної терапії при БНС у військових, що ускладнює впровадження доказових практик. Порівняння з міжнародними моделями дозволяє виявити прогалини та сформулювати рекомендації для вдосконалення національної системи реабілітації.

Теоретичні передумови та актуальність порівняльного аналізу фізичної реабілітації військовослужбовців з неспецифічним болем у нижній частині спини

Неспецифічний біль у нижній частині спини (БНС) є однією з найпоширеніших форм м'язово-скелетного болю серед військовослужбовців, що суттєво впливає на їхню функціональну здатність, бойову готовність та якість життя. В умовах тривалого військового конфлікту в Україні проблема реабілітації військових з БНС набуває особливої актуальності, адже фізичне та психоемоційне навантаження, травми, стрес і порушення режиму рухової активності сприяють хронізації болю та ускладнюють процес відновлення.

У світовій практиці фізична терапія при БНС у військових базується на стандартизованих протоколах, мультидисциплінарному підході та врахуванні психосоціальних чинників. Натомість в Україні реабілітаційні втручання часто реалізуються фрагментарно, без належної інтеграції з психологічною підтримкою та освітніми компонентами. Водночас наукові публікації останніх років демонструють зростання інтересу до активних методів фізичної терапії, зокрема кінезотерапії, стабілізаційних вправ, методики Євмінова, а також до впливу психоемоційного стану на ефективність реабілітації.

У цьому контексті важливо здійснити порівняльний аналіз українських та міжнародних підходів до фізичної реабілітації військовослужбовців з БНС, що дозволить виявити сильні та слабкі сторони національної практики, окреслити перспективи її розвитку та сформулювати рекомендації щодо адаптації ефективних зарубіжних моделей до українських умов.

Аналіз українських наукових публікацій щодо фізичної реабілітації військовослужбовців з неспецифічним болем у нижній частині спини

В українському науковому дискурсі питання фізичної реабілітації військовослужбовців із неспецифічним болем у нижній частині спини привертає дедалі більшу увагу дослідників. Зокрема, у праці А. Згурського та Н. Чечер (2021) подано ґрунтовний аналіз сучасних підходів до фізичної терапії пацієнтів із БНС. Автори наголошують на ефективності активних методів — кінезіотерапії, стабілізаційних вправ та тренування м'язів спини — як ключових засобів відновлення функціонального стану та профілактики рецидивів. Водночас підкреслюється, що в національній практиці досі бракує уніфікованих клінічних протоколів, а фізична терапія часто залишається фрагментованою та недостатньо інтегрованою з іншими напрямками медичної допомоги. Окремо відзначено недостатню увагу до психосоціальних чинників, які істотно впливають на перебіг реабілітації, особливо серед військових пацієнтів.

Дослідження Ковальної А., Кальонової І. Та Черкез І. (2024) розглядає застосування методики Євмінова в реабілітації військовослужбовців з неспецифічним болем у нижній частині спини. Методика базується на

дозованому розтягуванні хребта, активації глибоких м'язів стабілізаторів та формуванні правильної постави. Автори відзначають позитивну динаміку у зменшенні больового синдрому, покращенні м'язового тону та відновленні функціональної активності. Проте у публікації не розглядаються психоемоційні аспекти реабілітації, а також не проводиться порівняння з міжнародними протоколами, що обмежує можливість інтеграції цієї методики у ширший доказовий контекст.

Кононенко А. Та співавтори (2024) аналізують фізичну терапію військовослужбовців з ураженням спинного мозку. Хоча дослідження не фокусується безпосередньо на БНС, його висновки частково релевантні для військових з неспецифічним боєм. Автори описують етапність реабілітації, що включає відновлення рухових функцій, профілактику контрактур і пролежнів, а також психологічну підтримку. Застосовуються активні методи — кінезіотерапія, ерготерапія, вертикалізація.

У науковій праці Згурського А., Закаблущького Я. Та Федоренко С. (2021) ґрунтовно розглянуто вплив психосоціальних чинників на результативність фізіотерапевтичних втручань при болю в нижній частині спини. Дослідники переконливо доводять, що такі явища, як кінезіофобія (страх руху), катастрофізація (перебільшене сприйняття болю), тривожність і депресивні прояви, значною мірою знижують ефективність фізичної терапії. У зв'язку з цим автори обґрунтовують необхідність інтеграції в реабілітаційні програми когнітивно-поведінкових методів, освітніх модулів і психологічної підтримки. Отримані результати цілком узгоджуються з міжнародними підходами, де психосоціальні аспекти визнаються ключовим компонентом комплексної реабілітації військовослужбовців, що підтверджується, зокрема, даними дослідження RESOLVE.

Терещук О., Дорофєєва О. Та Яримбаш К. (2024) розглядають сучасні підходи до відновлення осіб з хронічним боєм у спині різного генезу. Автори акцентують увагу на необхідності комплексного підходу, що включає фізичну терапію, психотерапевтичні втручання, освітні програми та соціальну підтримку. Вони підкреслюють, що хронічний біль має не лише фізичну, а й емоційну складову, тому ефективна реабілітація неможлива без врахування психоемоційного стану пацієнта. Цей підхід є особливо актуальним для військовослужбовців, які часто мають досвід бойових травм, посттравматичних розладів та високий рівень стресу.

Усі ці публікації демонструють поступове усвідомлення в українській науковій спільноті важливості комплексного, мультидисциплінарного підходу до фізичної реабілітації при БНС. Водночас вони засвідчують потребу у стандартизації протоколів, інтеграції психосоціальних компонентів та адаптації міжнародного досвіду до українських умов, особливо в контексті реабілітації військовослужбовців.

Аналіз міжнародних моделей фізичної реабілітації військовослужбовців з неспецифічним боєм у нижній частині спини

Матеріали дослідження Jaclyn Sions та співавторів (2024) висвітлюють підходи до фізичної терапії у військових медичних закладах США, де застосовуються стандартизовані протоколи реабілітації для пацієнтів з хронічним неспецифічним болем у нижній частині спини. Автори акцентують увагу на мультидисциплінарному підході, який включає фізичну терапію, психологічну підтримку, освітні компоненти та цифровий моніторинг прогресу пацієнта. Такий підхід дозволяє не лише зменшити інтенсивність болю, а й покращити функціональний стан, підвищити мотивацію до участі у реабілітаційному процесі та знизити ризик хронізації симптомів. Особливу увагу приділено впровадженню електронних систем оцінки стану пацієнта, що забезпечує об'єктивний контроль ефективності втручань та дозволяє адаптувати програму до індивідуальних потреб військовослужбовця.

У публікації Marco Campello та співавторів (2024) досліджено поширеність м'язово-скелетних скарг серед військовослужбовців, які звертаються за допомогою до військових медичних закладів ВМС США. Автори виявили, що понад 60% пацієнтів мають скарги, пов'язані з опорно-руховим апаратом, серед яких домінує неспецифічний біль у нижній частині спини. Це свідчить про високу актуальність проблеми БНС у військовому середовищі, зумовлену інтенсивними фізичними навантаженнями, тривалим перебуванням у статичних позах, носінням важкого спорядження та впливом стресових чинників. У статті підкреслюється необхідність раннього виявлення симптомів, впровадження профілактичних програм та забезпечення доступу до якісної фізичної терапії.

Farrokhi S. Та співавтори (2020) презентують RESOLVE — масштабне багатоцентрове клінічне дослідження, спрямоване на оцінку ефективності різних моделей реабілітації військовослужбовців і ветеранів з хронічним болем у нижній частині спини. У рамках дослідження порівнюються традиційні фізіотерапевтичні втручання з інноваційними програмами, що включають когнітивно-поведінкову терапію, навчальні модулі, групову підтримку та цифрові інструменти моніторингу. Автори наголошують, що комплексний підхід, який враховує біопсихосоціальну модель болю, є значно ефективнішим у покращенні функціонального стану, зменшенні інтенсивності болю та підвищенні якості життя військових. RESOLVE також демонструє важливість адаптації реабілітаційних програм до умов служби, бойового досвіду та психоемоційного стану пацієнтів.

Систематичний огляд To, D., Rezaei, M., Murnaghan, K., & Cancelliere, C. (2021) узагальнив чинники ризику розвитку неспецифічного болю у нижній частині спини серед військовослужбовців. Автори проаналізували понад 40 досліджень, що охоплюють різні контингенти військових, і виявили ключові предиктори БНС: надмірне фізичне навантаження, тривалий час у статичних позах, недостатній рівень фізичної підготовки, психоемоційний стрес, низький рівень соціальної підтримки та наявність попередніх епізодів болю. Окремо підкреслюється роль індивідуальних психологічних характеристик, таких як тривожність, депресія та страх руху, які можуть сприяти хронізації болю. Огляд

підтверджує необхідність мультифакторного підходу до профілактики та лікування БНС у військових, що включає фізичну терапію, освітні програми, психологічну підтримку та моніторинг функціонального стану.

Порівняння українських та міжнародних моделей фізичної реабілітації військовослужбовців з неспецифічним боєм у нижній частині спини

Аналіз наукових джерел свідчить про високий рівень організації, доказової обґрунтованості та міждисциплінарності міжнародних програм реабілітації військовослужбовців із неспецифічним боєм у нижній частині спини. Зарубіжні моделі вирізняються чіткою структурою, системністю та орієнтацією на довготривалу функціональну ефективність. Вони можуть слугувати теоретичною та практичною основою для модернізації української системи фізичної терапії шляхом адаптації структурованих клінічних протоколів, інтеграції психосоціальних компонентів і використання цифрових технологій моніторингу результатів відновлення.

Особливістю міжнародних підходів є поєднання стандартизованих клінічних настанов із психологічною підтримкою, освітніми модулями для пацієнтів та електронними системами оцінки функціонального стану. Такий комплексний підхід забезпечує більш високу ефективність втручань і сприяє зниженню ризику хронізації больового синдрому. Натомість українська практика, попри позитивні зрушення у впровадженні активних методів фізичної терапії, залишається фрагментованою та недостатньо інтегрованою у загальну систему охорони здоров'я. Основними проблемами є обмежене врахування психоемоційних аспектів, відсутність єдиних стандартів і слабка координація між дисциплінами.

Для ілюстрації відмінностей між національними та міжнародними підходами наведено узагальнену порівняльну таблицю 1.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика українських та міжнародних підходів до фізичної реабілітації військовослужбовців з неспецифічним боєм у нижній частині спини

Критерій	Україна	Зарубіжні практики
Стандартизація	Відсутня уніфікована база, переважають локальні методики	Висока, ґрунтується на клінічних настановах (NICE, VA/DoD, RESOLVE)
Мультидисциплінарність	Обмежена взаємодія фахівців	Широко впроваджена співпраця між лікарями, терапевтами, психологами, соціальними працівниками
Активні методи	Застосовуються частково	Є провідним компонентом терапії
Реабілітація військових	Реалізується через окремі ініціативи	Інтегрована у державну систему охорони здоров'я
Психосоціальні чинники	Враховуються недостатньо	Є обов'язковим елементом протоколів

Доказова база	Обмежена, переважають описові дослідження	Широка, підтверджена рандомізованими клінічними дослідженнями

Перспективи адаптації міжнародного досвіду

Адаптація зарубіжних моделей фізичної реабілітації військовослужбовців із неспецифічним боєм у поперек у українських умовах вимагає комплексного, системного підходу, що охоплює клінічний, організаційний і освітній рівні. Ключовим завданням є розроблення національних клінічних протоколів, заснованих на доказових міжнародних рекомендаціях — NICE (Велика Британія), VA/DoD (США) та RESOLVE (США) — із урахуванням специфіки бойових травм, психоемоційних навантажень і умов служби українських військових. Ці моделі відзначаються високою науковою валідністю, клінічною перевіреністю та доведеною ефективністю у відновленні пацієнтів із хронічним боєм у спині. Їхня гнучка структура дає змогу адаптувати програми до індивідуальних фізичних і психологічних особливостей військовослужбовців, що робить їх особливо цінними для української практики.

Важливим напрямом модернізації є інституціоналізація мультидисциплінарного підходу, що передбачає командну роботу фізичних терапевтів, лікарів, психологів, ерготерапевтів і соціальних фахівців. Така інтеграція дозволяє забезпечити повноцінне біопсихосоціальне відновлення, орієнтоване не лише на фізичну функцію, а й на психоемоційний стан пацієнта. Суттєвого значення набуває врахування психосоціальних факторів, таких як страх руху (кінезіофобія), катастрофізація болю, тривожність і депресивні прояви, що істотно впливають на успішність реабілітації. Включення когнітивно-поведінкової терапії, освітніх компонентів і мотиваційної підтримки сприяє підвищенню ефективності лікування та зменшенню ризику рецидивів.

Реабілітаційні програми мають бути індивідуалізованими, з урахуванням рівня фізичної підготовки, віку, психоемоційного стану та бойового досвіду військовослужбовців. Для об'єктивного оцінювання прогресу доцільно застосовувати функціональні тести та цифрові інструменти моніторингу.

Невід'ємною умовою успішної адаптації є підвищення кваліфікації фахівців. Потрібно розробити спеціалізовані освітні модулі для фізичних терапевтів, орієнтовані на роботу з військовими пацієнтами, що охоплюватимуть теми доказової медицини, психосоціальної реабілітації та командної взаємодії.

Використання цифрових технологій, зокрема електронних платформ оцінки функціонального стану, мобільних додатків для самоконтролю та телереабілітації, дозволить оптимізувати процес відновлення та забезпечити зворотний зв'язок між пацієнтом і фахівцем.

Завершальним етапом упровадження таких підходів має стати реалізація пілотних проєктів у військових госпіталях і реабілітаційних центрах України. Їхня апробація дозволить оцінити ефективність адаптованих моделей у реальних умовах, сформувати національну доказову базу та закласти підґрунтя для створення єдиної системи військової реабілітації, інтегрованої у сучасну медичну практику.

Záver

Проведений аналіз українських та міжнародних публікацій виявив суттєві відмінності у підходах до фізичної реабілітації військовослужбовців із неспецифічним боєм у нижній частині спини.

В Україні застосовуються ефективні локальні методики — кінезіотерапія, стабілізаційні вправи, методика Євмінова — однак вони реалізуються без належної стандартизації, міждисциплінарної взаємодії та урахування психосоціальних чинників, що знижує їхню ефективність у військовому контексті.

Міжнародні моделі, описані у працях **Sions et al., Farrokhi et al., Campello et al.** Та **To et al.**, ґрунтуються на біопсихосоціальному підході, який поєднує фізичну терапію, психологічну підтримку, освітні компоненти та цифровий моніторинг. Вони демонструють високу ефективність у зменшенні болю, покращенні функціонального стану та запобіганні хронізації симптомів.

Для вдосконалення української системи реабілітації доцільно адаптувати ці підходи шляхом розроблення національних клінічних протоколів, створення мультидисциплінарних команд, індивідуалізації втручань і підвищення кваліфікації фахівців. Запуск пілотних проєктів і проведення клінічних досліджень сприятиме формуванню доказової бази та розвитку сучасної системи реабілітації військовослужбовців.

BIBLIOGRAFIA

Згурський А., Закаблущий Я., Федоренко С. Аналіз впливу психосоціальних факторів на результат фізіотерапевтичного втручання при болю в нижній частині спини. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2021. № 2. С. 106–109. URL: <https://doi.org/10.32652/spmed.2021.2.106-109>

Згурський А., Чечер Н. Аналіз існуючих підходів до процесу фізичної терапії пацієнтів з неспецифічним боєм у попереку. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2021. № 1. С. 85–89. URL: <https://doi.org/10.32652/spmed.2021.1.85-89>

Ковальова А. Я. , Кальонова І. В. , Черкез І. Ю. Оцінка ефективності методики Євмінова в реабілітації військових із неспецифічним боєм у нижній частині спини. *Актуальні проблеми фізичного виховання, спорту, фізичної реабілітації та туризму у сучасних умовах життя: Матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції, м. Запоріжжя, 18–19 квітня 2024р.* Львів –Торунь : Liha-Pres, 2024. С.132-134. URL: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-383-8-34>

Ніканоров О. К., Ткаченко Д. О. Аналіз сучасних підходів до застосування засобів фізичної терапії для осіб із неспецифічним больовим синдромом у шийному відділі хребта. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2025. № 1. С. 228–235. URL: <https://doi.org/10.32782/spmed.2025.1.33>

Терещук О., Дорофєєва О., Яримбаш К. Сучасні підходи до відновлення осіб з хронічним болем в спині різного генезу. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Том 9 № 2. С.1-2. DOI: 10.26766/pmgr.v9i2.513

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З УРАЖЕННЯМ СПИННОГО МОЗКУ / А. Г. Кононенко та ін. *Public Health Journal*. 2024. № 1. С. 73–80. URL: <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.10>

Farrokhi S, Russell Esposito E, McPherson D, et al. Resolving the Burden of Low Back Pain in Military Service Members and Veterans (RESOLVE): Protocol for a Multisite Pragmatic Clinical Trial. *Pain Med*. 2020;21(Suppl 2). P.624–627, URL: <https://doi.org/10.1093/milmed/usae203>

Marco Campello, Hope C Mowery, Gregg Ziemke, Cheongeun Oh, Timothy Hope, Brittany Jansen, Sherri Weiser, Musculoskeletal Complaints Among Active Duty Service Members Seeking Treatment at a Navy Military Treatment Facility, *Military Medicine*, Volume 189, Issue Supplement_3, September/October 2024, Pages 624–627, URL: <https://doi.org/10.1093/milmed/usae203>

Sions, Jaclyn & Terkpertey, Eric & Patterson, Charity & Farrokhi, Shawn & Hendershot, Brad & Dearth, Christopher & Beisheim-Ryan, Emma. (2025). Prevalence and Characterization of High-Impact Chronic Low Back Pain in Service Members Receiving Physical Therapy Care within Military Treatment Facilities. *The Journal of Pain*. 29. 105000. 10.1016/j.jpain.2025.105000. URL: <https://www.emconsulte.com/article/1737151/prevalence-and-characterization-of-high-impact-chr>

To, D., Rezai, M., Murnaghan, K., & Cancelliere, C. (2021). Risk factors for low back pain in active military personnel: a systematic review. *Chiropractic & manual therapies*, 29(1), 52. URL: <https://doi.org/10.1186/s12998-021-00409-x>

Kontakt

Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor
Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine
E-mail: oleksandra.huzak@uzhnu.edu.ua

Bobylov Dmytro, Postgraduate Student
Kharkiv State Academy of Physical Culture, Kharkiv, Ukraine

CONCEPTUALIZING AN APPROACH TO PALLIATIVE CARE FOR PERSONS WITH HIV-STIGMA

Viter Dmitry¹, Tsarenko Anatolij²

¹*Ivan Franko National University of Lviv*

²*Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv*

Abstract

Highlights modern conceptual provisions that determine the impact of HIV stigma on mental health and social behavior in the context of providing palliative care to HIV patients and understanding the social aspects of palliative care in this area. Many HIV-people keep their medical condition a secret for fear of stigmatization and discrimination. For them, the HIV-stigmatization gives way to an intense self-loathing. As result, there is actively forming a tendency of insight-stigma development. In the concept of insight-stigma, we combine and define all internal states that are motivators for the development of psychological problems and disorders, primarily at the level of self-awareness and self-perception, because the process of stigmatization not only affects the social status and behavior of stigmatized persons, but also shapes their own self-perception, which can lead to psychological problems such as depression and low self-esteem – mental disasters in whole. HIV-stigma as environmental (primly, social) stressor is triggering episodes of mental disorder, or can trigger it. Provision of social support by practitioners, combined with mental health treatment and assessments, and designing methods to identify stigma at different stages of HIV are warranted. This gives us the opportunity to develop promising strategies to address stigma that take into account main movement connected with care ethic. The priorities of its ethic are determined by the common approach to palliative and hospice care, which oriented to HIV-people with HIV-stigma with their own outlook and priorities that, in turn, could very advance the inter-disciplinary approach to care in general.

Theoretical background: Research of HIV-stigma in recent years has focused on more specific problems. For example, researches the pandemic of HIV-stigma and discrimination pay attantion to that the HIV-stigma and discrimination have multiple biopsychosocial determinants and contribute to HIV transmission, nonadherence to care, treatment cascade, and morbidity and mortality in HIV-persons (Makurumidze, Ross, Shah, Dacarett-Galeano, Artz, Cohen 2022). Beside this, activity develops trend connected with the application of a spiritual-based palliative nursing model to enhance the quality of life for PLHIV. This model offers a holistic approach encompassing physical, psychological, social, and spiritual well-being, providing a comprehensive framework for healthcare providers and policymakers to improve care for PLHIV (Rohman, Nursalam, Sukartini, Hamidah, Supatmi, Priyantini, Ayatulloh, Umeda 2023), including assistance in solve issues related to explore differences in attitudes about pain management, place of death, and fear of dying alone (Grill, Wang, Scott, Benator, D'angelo, Lyon 2021). The latter– dying alone – is a very pressing issue, because is a direct consequence of HIV-stigma as the ultimate manifestation of social alienation. including prejudice and discrimination which is taken into account in the

tripartite model of HIV stigma, consisting of stereotypes, prejudice and discrimination (Wagner, Hart, Mcshane, Margolese, Girard 2014). All conceptualized approaches pay attention to the identification of effective interventions to reduce stigma and discrimination, because HIV-related stigma and discrimination continue to hamper efforts to prevent new infections and engage people in HIV treatment, care and support programmes (Stangl, Lloyd, Brady, Holland, Baral 2013). But not all approaches are focused on mental health issues. However, whatever the solution or proposal that improves the quality of life of HIV patients, the main question remains open: how decisive is the influence of the physical condition of HIV patients compared to the state of their mental health, which also reflects the degree of socialization/de-socialization of the individual. The answer this question is a very important, because despite the biomedical advancements in HIV prevention and treatment, and evolving public discourse on sexuality, HIV-related stigma persists, posing a significant challenge to the quality of life and mental health of people living with HIV. In the current social environment novel forms of stigma and discrimination emerge, impacting both prevention and treatment efforts of HIV (Rohman, Nursalam, Sukartini, Hamidah, Supatmi, Priyantini, Ayatulloh, Umeda 2023).

Social stigmatization, at first of all, is connected with a shame, the shame as a regulator of social behavior in the moral system of society. The regulator like this is an internal motivator and a base for assessment of individual itself behavior. And it in itself forms the barrier that the individual cannot cross, most often under external pressure – from society. Such social barriers among of other give rise to psychological complexes, that lead to devaluation of personality, at first of all, internal devaluation as a concrete state of social and individual self-assessment of personality. This is a stigma of self-assessment, that is around of social stigmatization, when the individual «significantly discredits» in the eyes of others in different cultures and societies (Goffman 1963).

In fact, there are many theoretical debates about the priority of using the socio-cognitive approach, the need to adjust it or even replace it. But even the fact that «the process of stigmatization relies as much on socio-cultural processes and power as on the cognitive processes of labeling and stereotyping at the individual level» (Mahajan, Sayles, Patel, Remien, Sawires, Ortiz, Szekeres, Coates 2008), does not diminish the importance of the socio-cognitive approach. Goffman's socio-cognitive approach (Goffman 1963; Parker, Aggelton 2003) gives us to consider the HIV-stigma and risk behavior issue in the context of stereotyping at the individual and social level – contradictions between the individual and social level often removed by stereotyping as a process of stigma accept. Social stereotypes can be defined as widely held prejudice about specific groups of people. In fact, this is the position of marginalized groups belonging to the majority of traditional society, who are convinced to expel (even in the case of simple ignoring) stigmatists from their social environment. In the end, this is not only resembles a well-unforgotten social-Darwinism – «survival of the fittest», albeit the fittest by their own fear – but also the complete psychological helplessness of the idea itself. And then stigma is just a defensive reaction of marginalized majority. But if in such cases the specific qualities or conditions are indeed quite random and

not always taboo from the point of view of society, then in cases like HIV we are far from dealing with randomness. In common sense the HIV-stigma can be considered like tabu – that about what all silence, but think active. This kind of thinking is giving rise prejudices and fears regarding a whole range of socially inconvenient (shameful) issues, such as sexual relations, illness and death. This kind of thinking cannot overcome the obstacles on the way to acceptance, producing them. Of course, people living with HIV can internally come to terms with the negative attitudes and reactions of others, and often this process leads to what is called “internal stigma” or self-stigmatization, that some authors describe as “perceived” stigma as opposed to “external stigma,” since it primarily affects the self-esteem and self-esteem of an individual or community (a sense of shame, inferiority, guilt), which results in not just a feeling, but actual social isolation and self-isolation.

Aim: To considering the actual and potential conceptual provisions that determine HIV-stigma impact on mental health and social behavior for the palliative care approach improvement.

Results: In professional environment, in principle, understandable and known that social isolation can lead to development of depression, and other form of mental disasters. There is good known too that the reason of HIV has anti-social character, in eyes of society, when fear and non-critical thinking provoke negative reaction of society – not on the HIV in itself, but on the reason of it. There is good known too that shame not by the of HIV as itself, but by how a man was took HIV. But why in this case does professional care has like the same problems as the social environment with its primitive fears? Is it not because the care ethics itself still excludes the main objects of care – individuals with their own worldview and priorities? For example, care ethics not inclusion of HIV-patients (gender principles etc.). This ethic prefers to ignore the differences between men and women, both as HIV carriers and as patients. However, the social nature of HIV itself (by the way, this is also relevant for such social diseases as, for example, tuberculosis) cannot orient care only towards creating conditions in which a person feels more or less comfortable – in the palliative and hospice care system, this is, in principle, justified, but outside this system, i.e. in the system of social relations, a person with HIV again encounters rejection, misunderstanding, etc. manifestations. In this aspect in certain cases, it turns out to be critically important that palliative care significantly improve pain and symptom control, quality of life and stigma and reduce healthcare utilization. As such, a person-centred approach to HIV care is necessary to mitigate the severe clinical, public health, economic, and ethical implications of uncontrolled symptoms and lack of advance care planning (Harding, Namisango, Peeler 2024). And, of course, the reaction to all this is significantly differentiating, if we take into account gender differences: worldview, values, priorities, expectations are too different. Perhaps so. And perhaps not.

So, because people living with HIV have experienced decades of intersecting stigmatized identities in the context of social isolation, leading to potential psychological challenges like depression, anxiety, and loneliness, all of which may be amplified by aging. Addressing these emotional and social needs is as crucial as managing their physical health (Tamsukhin, Bernardo, Eti 2024). And not, because in

most cases, in addition to the well-known alienation, phenomena develop that are associated with what has been called the problem of denticity and identify. Issue of identify (even in framework of philosophy of identify) is a result of contemporary ethic that concentrated on other, and priority of relations to other. Especially when there is talking about the relational identity that implies who you are is not just defined by your own properties and characteristics but also by how others define you. Emphasis on last implies main attention to social norms, connects with others in the society that is constraining scope of action or opportunities of personality. This is phenomena of self-identification through other – probably main social problem of social stigmatization, because it creates and maintains dependence – dependence that kills sense of life out of control by others. The inner meaning of their own lives is lost, because social activity in most cases it becomes impossible or significantly limited, and the actions of the individual no longer define the individual himself, losing the significance of an identifying criterion. A HIV-person can only do what is controlled by others. Miranda Fricker summed up this by stating that the marginalized groups are often faced with testimonial injustice, their testimonies are considered less credible due to prejudices related to their identity (Fricker 2007, 2019). More of them keep their medical condition a secret for fear of stigmatization and discrimination. For them, the HIV-stigmatization gives way to an intense self-loathing. As result, there is actively forming a tendency of insight-stigma development. In the concept of insight-stigma, we combine and define all internal states that are motivators for the development of psychological problems and disorders, primarily at the level of self-awareness and self-perception, because the process of stigmatization not only affects the social status and behavior of stigmatized persons, but also shapes their own self-perception, which can lead to psychological problems such as depression and low self-esteem – mental disasters in whole.

In accordance with the concept of mental health adopted by WHO, mental health is a state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their community (Harding, Namisango, Peeler 2024). It is an integral component of health and well-being that underpins our individual and collective abilities to make decisions, build relationships and shape the world we live in. It exists on a complex continuum, which is experienced differently from one person to the next, with varying degrees of difficulty and distress and potentially very different social and clinical outcomes (Mental health). At the same time, the generally accepted approach to conceptualizing mental health lacks elements related to psychological health – psychological factors, risks and threats that directly affect mental health. In the modern theoretical paradigm for solving these problems, the prevailing direction is one that strives for the synthetic unification of all elements of psychological health within the framework of a single concept of mental health, apparently completely abandoning the Jahoda's ideas (Jahoda 1953). As a result, we are faced with a dilemma that can be described by the opposition «psychological problems VS mental health problems».

When we argue the rehabilitation work with the patient and his microsocial environment need, for example, in case of primary psychotic episode, must we to

determine only standards of therapy, or, if we take it as a separate category, provide assistance and care in the framework of special differentiated approach? Or should we ask the question this way: psychologic issues VS mental health issues; or VS mental disorder (depression, anxiety disorders, schizophrenia, eating disorders and addictive behaviors)? If it like last case, phenomenas of addictive behavior (connected with physical health, friends/family/romantic relationships, sex drive, risky situations, legal issues, financial concerns, academic challenges or changes in appetite or sleep) should be excluded from the mental disorder per se and should certainly be considered primarily in the context of mental health issues with main emphasys to psychologic issues. In this case, withdrawal almost by analogy turns into withdrawal from life as a misused substance (in the context of higher order questions – questions of worldview). And these can also be physical and/or psychological symptoms. That is why we want to emphasis on the addictive behavior as a one of the main conditions of stigma addictions. But not only.

If we look at the traditional anxiety disorders complex, than for the same reason we will have to extract from it, for example, social phobias. And it seems there is no need to talk about depression, the issue of which in the context of the HIV-stigma concept being presented requires special consideration. Because the HIV is a global threat, that has a character of single risk, and is determinants of mental health. In fact, HIV-stigma as environmental (primely social) stressor is triggering episodes of mental disorder, or can trigger it. For example, the short-lived emotional responses to challenges in everyday life, that charactered for people in in everyday life, in case of HIV-stigma change to a depressive episode with its depressed mood, feeling sad, irritable, empty, imposed from outside feelings of excessive guilt or low self-worth, hopelessness about the future as a social phenomenon of rejection and non-acceptance; as a phenomenon of social alienation. But will cognitive behavioral therapy be effective when distressing repetitive rituals are forced, conditioned by a “lifestyle” under the sign of stigma, when we have deal with dissociative disorders (depersonalisation disorder and dissociative identity disorder)? Maybe we should go straight to medication, like for obsessive-compulsive disorder?

Most likely we should build conceptual approach in which connect mental health disorders and social support. What are the reasons for this? At first, mental health conditions cover mental disorders, psychosocial disabilities and (other) mental states associated with significant distress, impairment in functioning, or risk of self-harm. Most people with mental disorders and mental health conditions do not have access to effective care that in many cases connected with experience stigma, discrimination and violations of human rights. We are talking not only about professional medical care, but also about «basic» care, which in many cases of mental disorders and mental illnesses determines and creates favorable conditions for the provision, if necessary, of effective medical care – we are talking about social care. At second, one of the most important factors in minimizing the risk of mental disorders or facilitating their course and treatment is social support. It is known that people with mental disorders require social support. People at risk, who are actually on the threshold of mental disorders associated with social stigma in general and HIV stigma

in particular, need psychological and social support to an even greater extent. Such support can have a significant positive impact on the socialization of HIV-infected people, reducing dependence on stigma.

In this regard, a number of questions can be raised. Can we associate the stigma, as result on social behavior norms and rules disruptive (in consciousness of majority), with dissocial disorders, and is the stigma purely negative in nature? Could it be seen as a barrier to a diverse set of individual, family, community, and structural factors may combine to undermine mental health? Could this provide resilience to people who are in adverse circumstances by activating protective and risk factors (include individual psychological and emotional skills) that are influenced through changes in consciousness structure and/or function? To answer these questions, we need the comprehensive approach to mental health and social care services in community-based settings. Such approach could be conceptualized in framework that it is well known that a balanced mental state is a major determining factor for having a good quality of life. Even though the progress in both technology and medicine is rapid, communities seem unprepared and uneducated to smoothly integrate HIV-people in their societies, letting the ignorance marginalize and isolate these patients (Kontomanolis, Michalopoulos, Gkasdaris, Fasoulakis 2017). So, it is really important and imperative that society and medical professionals respond and provide all the necessary support and advice to HIV-people bearers, in an attempt to allay their fears and relieve their distress, including that associated with stigma.

In addition, in the aspect of the approach to social support the HIV-people with HIV-stigma it is important to understand that HRS has a detrimental association with anxiety, depression and suicidal ideation, but social support protects against HRS in PLWH. Applying interventions which focus on the mental health disorders of PLWH may decrease HRS (Armoon, Fleury, Bayat 2022). As the researches results show, the integration of primary palliative care into general medical practice is crucial, as it improves the quality of life for patients with chronic illnesses, life-limiting conditions (Tamsukhin, Bernardo, Eti 2024). For individuals with HIV, who often face complex medical needs and multiple comorbidities, including mental health issues, primary palliative care is the basic, integrated palliative care support provided by non-specialists as part of routine care, while specialist palliative care involves more complex and specialized support from a team with specific training in palliative care. This approach encompasses the emotional well-being of patients, aiding in advanced care planning and decision-making that resonate with the patients' values and goals that transformed by the HIV-stigma.

Conclusion: Provision of social support by practitioners, combined with mental health treatment and assessments, and designing methods to identify stigma at different stages of HIV are warranted. This gives us the opportunity to develop promising strategies to address stigma, that take into account main movement connected with care ethic. The priorities of its ethic are determined by the common approach to palliative and hospice care, which oriented to HIV-people with HIV-stigma with their own outlook and priorities that, in turn, could very advance the interdisciplinary approach to care in general. HIV-people with HIV-stigma must have

access to high-quality, affordable palliative care services integrated into a system HIV response.

Keywords: HIV, mental health, palliative care, stigma.

REFERENCES

ARMOON, B., FLEURY, M., BAYAT, A. *et al.* HIV related stigma associated with social support, alcohol use disorders, depression, anxiety, and suicidal ideation among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Syst.* 2022. 16, 17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00527-w>.

FRICKER, M. Afterword. In *Overcoming Epistemic Injustice: Social and Psychological Perspectives*, edited by Benjamin R. Sherman and Stacey Goguen, Rowman and Littlefield, 2019. Pp. 303-306.

FRICKER, M. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press, 2007. 177 p.

GOFFMAN, E. *Stigma: notes on the management of a spoiled identity*. New York: Simon and Schuster. 1963. 168 p.

GRILL, K., WANG, J., SCOTT, R., BENATOR, D., D'ANGELO, L., LYON, M. Palliative Care Consortium. What Do Adults With HIV Want? End-of-Life Care Goals, Values and Beliefs by Gender, Race, Sexual Orientation. *Am J Hosp Palliat Care.* 2021. 38(6): 610-617. DOI: 10.1177/1049909120988282. Epub 2021 Jan 19. PMID: 33464114; PMCID: PMC8085160.

HARDING, R., NAMISANGO, E., PEELER, A. Palliative Care for People with HIV. In: *MacLeod, R.D., Van den Block, L. (eds) Textbook of Palliative Care*. Springer, Cham. 2024. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-31738-0_126-1.

JAHODA, M. The meaning of psychological health. *Social Casework.* 1953. № 34, pp. 349-354.

KONTOMANOLIS, E., MICHALOPOULOS, S., GKASDARIS, G., FASOULAKIS, Z. The social stigma of HIV-AIDS: society's role. *HIV AIDS (Auckl).* 2017. 9: 111-118. DOI: 10.2147/HIV.S129992. PMID: 28694709; PMCID: PMC5490433.

MAHAJAN, A., SAYLES, J., PATEL, V., REMIEN, R., SAWIRES, S., ORTIZ, D., SZEKERES, G., COATES, T. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS.* 2008. 22 Suppl: 67-79. DOI: 10.1097/01.aids.0000327438.13291.62. PMID: 18641472; PMCID: PMC2835402.

MAKURUMIDZE, G., ROSS, J., SHAH, R., DACARETT-GALEANO, D., ARTZ, J., COHEN, M. HIV stigma. In *J. A. Bourgeois, M. A. A. Cohen, & G. Makurumidze (Eds.). HIV psychiatry: A practical guide for clinicians*. Springer Nature Switzerland AG, 2022. pp. 45-66). DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-80665-1_3.

MENTAL HEALTH. – World Health Organization. – URL.: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

PARKER, R., AGGELTON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*. 2003. 57: 13-24. DOI: 10.1016/s0277-9536(02)00304-0.

ROHMAN, R., NURSALAM, N., SUKARTINI, T., HAMIDAH, H., SUPATMI, S., PRIYANTINI, D., AYATULLOH, D., UMEDA, M. Development of a spiritual-based palliative care model for the quality of life of people with HIV/AIDS. *Healthcare in Low-Resource Settings*, 2023. 11(2). DOI: <https://doi.org/10.4081/hls.2023.11737>.

STANGL, A., LLOYD, J., BRADY, L., HOLLAND, C., BARAL, S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Int AIDS Soc*, 2013. 16 (3 Suppl 2), 18734. DOI: 10.7448/IAS.16.3.18734.

TAMSUKHIN, P., BERNARDO, R., ETI, S. Palliative care considerations for the older adults with HIV/AIDS: a clinical practice review. *Ann Palliat Med*. 2024. 13(4): 880-892. DOI: 10.21037/apm-23-550. Epub 2024 May 9. PMID: 38735688.

WAGNER, A., HART, T., MCSHANE, K., MARGOLESE, S., GIRARD, T. Health care provider attitudes and beliefs about people living with HIV: Initial validation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS). *AIDS Behav*. 2014. 18(12): 2397-408. DOI: 10.1007/s10461-014-0834-8. PMID: 24965675.

VPLYV MEDZIGENERAČNÝCH VZŤAHOV NA PREŽÍVANIE OSAMELOSTI U SENIOROV

THE INFLUENCE OF INTERGENERATIONAL RELATIONSHIP ON THE EXPERIENCE OF LONELINESS AMONG SENIORS

Barkasi, Daniela¹, Hučík, Ján¹

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

Abstrakt

Teoretické východiská: Osamelosť u starších ľudí predstavuje významný sociálny a psychologický problém, ktorý môže negatívne ovplyvniť kvalitu života a ich psychické zdravie. Práve medzigeneračné vzťahy zohrávajú v živote seniora dôležitú úlohu a môžu výrazne ovplyvniť prežívanie ich osamelosti. Pravidelný kontakt s rodinou, priateľmi či mladšou generáciou prináša starším ľuďom pocit zmysluplnosti, prijatia, spolupatričnosti a tým zníženie pocitu osamelosti.

Cieľ: Cieľom výskumu bolo analyzovať mieru emocionálnej a sociálnej osamelosti u seniorov žijúcich v medzigeneračných rodinách a zistiť rozdiely v prežívaní osamelosti z hľadiska pohlavia.

Metódy: Výskum bol uskutočnený kvantitatívnou formou, ako nástroj bol zvolený dotazník vlastnej konštrukcie a výskumným súborom boli seniori, ktorí navštevujú denné centrum Jednoty dôchodcov a žijú v medzigeneračných rodinách.

Výsledky: Z našich zistení vyplýva, že v celej výskumnej vzorke bola zaznamenaná vyššia miera sociálnej osamelosti ako emocionálnej osamelosti. Ženy vykazovali vyššiu mieru emocionálnej osamelosti v porovnaní s mužmi a naopak u mužov bola zistená vyššia miera sociálnej osamelosti ako u žien. V oblasti nezávislosti a autonómie dominovali ženy.

Záver: Výsledky nášho výskumu poukazujú na to, že osamelosť seniorov v medzigeneračných rodinách je ovplyvnený typom osamelosti i pohlavím. Prítomnosť rodiny síce znižuje emocionálnu osamelosť, no nemusí zabezpečiť dostatočné sociálne prepojenie. Ženy prežívajú emocionálnu osamelosť intenzívnejšie, no zároveň vykazujú vyšší pocit autonómie, čo odráža meniace sa rodové roly. Prevencia osamelosti seniorov si vyžaduje podporu nielen rodinných, ale aj komunitných väzieb a zohľadnenie rodových rozdielov v sociálnej politike.

Kľúčové slová

Medzigeneračné vzťahy. Seniori. Emocionálna osamelosť. Sociálna osamelosť.

Abstract

Theoretical Background: Loneliness among older adults represents a significant social and psychological issue that can negatively affect their quality of life and mental health. Intergenerational relationships play an important role in the lives of seniors and can significantly influence their experience of loneliness. Regular contact with family, friends, or younger generations provides older people with a sense of meaning,

acceptance, and belonging, thereby reducing feelings of loneliness.

Aim: The aim of the research was to analyze the level of emotional and social loneliness among seniors living in intergenerational families and to identify gender differences in the experience of loneliness.

Methods: The research was conducted using a quantitative approach. A self-constructed questionnaire was used as the research tool, and the research sample consisted of seniors attending a day center of the Pensioners' Association who live in intergenerational families.

Results: The findings revealed a higher level of social loneliness compared to emotional loneliness across the entire research sample. Women showed a higher degree of emotional loneliness than men, while men reported higher levels of social loneliness than women. Women also demonstrated greater independence and autonomy.

Conclusion: The results indicate that loneliness among seniors in intergenerational families is influenced by both the type of loneliness and gender. Although the presence of family reduces emotional loneliness, it does not necessarily ensure sufficient social connectedness. Women experience emotional loneliness more intensely but also exhibit a greater sense of autonomy, reflecting changing gender roles. Preventing loneliness among seniors requires supporting not only family relationships but also broader community connections, while considering gender differences in social policy.

Keywords:

Intergenerational relationships. Seniors. Emotional loneliness. Social loneliness.

Úvod

Osamelosť je problém, ktorý čoraz viac postihuje najmä staršiu generáciu a výrazne ovplyvňuje ich každodenný život. Napriek tomu, že viaceré generácie žijúce v jednej domácnosti môžu teoreticky znižovať pocit izolácie, realita často ukazuje, že fyzická prítomnosť rodiny nezaručuje odstránenie osamelosti medzi seniormi. Títo jednotlivci sa môžu aj napriek spoločnému bývaniu cítiť emocionálne alebo sociálne osamelí. Osamelosť nie je len výsledkom fyzickej odlúčenosti, ale aj dôsledkom slabých emocionálnych a sociálnych väzieb, ktoré môžu mať negatívny dopad na celkovú pohodu seniorov. Tieto pocity môžu prameniť z nedostatočných osobných väzieb alebo z obmedzených spoločenských interakcií, ktoré narúšajú schopnosť seniorov vytvárať kvalitné a podporujúce vzťahy. Zhoršovanie somatického stavu a obmedzenie mobility pritom priamo zvyšujú riziko sociálnej izolácie a môže prehlbovať prežívanie osamelosti. Taktiež možno povedať, že fyzické a psychické starnutie neprebieha súčasne ale postupne. Všetky tieto chorobné stavy môžu viesť k postupnej imobilizácii pacienta a riziku vzniku dekubitov. Aj napriek obrovskému pokroku medicíny, zdravotníckej starostlivosti, sú dekubity problémom, ktorý komplikuje život seniorským pacientom a vyžaduje aj vysoké nároky v ošetrovateľskej starostlivosti. Dekubit sa často považuje za dôsledok nedostatočnej ošetrovateľskej starostlivosti, avšak komplexnosť tejto problematiky a špecifiká predisponovaných jedincov nútia neposudzovať dekubity ako izolovaný problém ošetrovateľskej starostlivosti, ale

nazerať naň ako na fenomén vyžadujúci multidisciplinárny prístup (Popovičová, 2022, s. 45).

Medzigeneračné vzťahy zohrávajú v živote seniora dôležitú úlohu a môžu výrazne ovplyvniť prežívanie ich osamelosti. Pravidelný kontakt s rodinou, priateľmi či mladšou generáciou prináša starším ľuďom pocit zmysluplnosti, prijatia a spolupatričnosti. Naopak, oslabenie týchto väzieb môže viesť k sociálnej izolácii a zhoršeniu psychickej pohody. Podpora medzigeneračnej komunikácie, spoločných aktivít a solidarity medzi generáciami preto predstavuje dôležitý krok k zlepšeniu kvality života seniorov a k prevencii ich osamelosti. Ako uvádza Snopek (2024, s. 48) významnú úlohu v tomto procese zohráva aj zdravotná gramotnosť seniorov, ktorá posilňuje ich schopnosť porozumieť vlastným potrebám a udržiavať aktívne sociálne väzby. Nedostatok týchto zručností môže viesť k zhoršeniu kvality života, izolácii a strate sebadôvery.

Keď hovoríme o medzigeneračnej podpore tak môžeme vymedziť finančnú, inštrumentálnu a emocionálnu podporu. Finančná podpora v sebe zahŕňa poskytovanie ekonomických zdrojov, inštrumentálna podpora sa dotýka určitej konkrétnej pomoci pri každodenných činnostiach a emocionálna podpora v sebe zahŕňa nehmotné formy pomoci, ako je komunikácia, spoločnosť, dôvera, zdieľanie alebo emocionálnu blízkosť. Takéto členenie tvorí primárny rámec analýzy vzťahov medzi generáciami a často sa využíva pri skúmaní kvality rodinných väzieb a životnej spokojnosti starších osôb (Teerawichitchainan et al., 2015, s. 54).

Súčasný stav skúmanej problematiky

Problemátike medzigeneračných vzťahov sa venuje viacero autorov a rovnako aj ich vplyvu na osamelosť starších ľudí. Slovenskí i zahraniční odborníci sa sústreďujú na skúmanie vzťahov medzi rôznymi generáciami, pričom sa zameriavajú na faktory, ktoré ovplyvňujú život starších osôb, a na dôležitosť rodinných väzieb pri zlepšovaní ich pohody. Zaoberajú sa aj vplyvom medzigeneračných interakcií na emocionálne a sociálne zdravie seniorov, pričom skúmajú i proces starnutia. O osamelosti sa dá povedať, že tento stav pre mnohých ľudí znamená určitú tiesnivú osobnú skúsenosť, ktorej sa dá neraz len veľmi ťažko zbaviť (Bárta, Sabo, Dobrovanov, 2022, s. 56).

Kenderešová (2024, s. 25) poukazuje na to, že mladým a seniorom sa pripisujú jednoznačné roly, ktoré reprezentujú určité protichodné sociálne charaktery a tie majú archaickú kvalitu, čo znamená, že mladí sú rebelujúci a seniori sú ako ochrancovia starých hodnôt a poriadkov. Vyvoláva to široké spektrum situácií rozličného charakteru, na ktoré je nevyhnutné nájsť adekvátne riešenia.

V súčasnosti sa úloha starších ľudí v rodine väčšinou spája so starorodičovskou úlohou, kde sa očakáva ich aktívna účasť, predovšetkým v starostlivosti o vnúčatá. Okrem tejto úlohy však starí rodičia zohrávajú aj rolu zmierovateľov, ktorí pomáhajú riešiť konflikty medzi rôznymi generáciami žijúcimi v rodine (Saxena, Strommen, 2022, s. 45). Viacgeneračné bývanie je stále aktuálnym problémom pre mladších aj starších ľudí. Pre niektorých mladých môže byť tento spôsob bývania nevyhnutný, keďže si nemôžu dovoliť vlastné bývanie kvôli svojej finančnej situácii, čo ich núti žiť s rodičmi.

Z dôvodu zmien v medzigeneračných vzťahoch vzniká aj takzvaný generačný konflikt, ktorý predstavuje špecifický druh konfliktu, ktorý vzniká v procese vývoja, keď každá generácia pôsobí ako samostatná sociálna sila, ktorá sa formuje podľa vlastných hodnôt a normatívnych rámcov. Tento konflikt je dôsledkom snahy rôznych generácií uznávať alebo prijať odlišné hodnotové systémy a normy, ktoré ovplyvňujú ich správanie a interakcie v spoločnosti. Konflikty medzi generáciami vznikajú, keď sa tieto hodnoty a normy stretávajú, čo môže viesť k nezhodám v oblasti spoločenských postojov, správania a rozhodovania (Ondrejko, 2013, s. 12).

Medzigeneračné vzťahy prinášajú prospech všetkým vekovým skupinám. Pre seniorov predstavujú možnosť byť s rodinou, naplňovať svoje potreby, aktívne využívať voľný čas a mať bezpečné zázemie. Pre strednú generáciu poskytujú pomoc pri zvládaní povinností spojených s rodinou, prácou a domácnosťou. Mladšia generácia z nich získava pozitívne emocionálne zážitky z detstva a mladosti, buduje si úctu k seniorom, obohacuje sa o ich pohľad na svet, názory a skúsenosti, ktoré sú odlišné od ľudí iných vekových kategórií (Šimová, 2002, s. 85). Medzigeneračné vzťahy zohrávajú kľúčovú úlohu aj v starostlivosti o seniorov najmä po prepustení z nemocnice a pri zlepšovaní kvality ich života prostredníctvom emocionálnej podpory zo strany rodiny (Ivanková, 2023, s. 78-93).

Pojmový rámec výskumného problému

V súčasnosti sa problematika osamelosti seniorov stáva čoraz aktuálnejšou v dôsledku demografického starnutia populácie a zmeny tradičných rodinných štruktúr. Náš výskum vychádza z predpokladu, že kvalita a intenzita **medzigeneračných vzťahov** majú zásadný vplyv na **prežívanie osamelosti** u starších ľudí.

Osamelosť je subjektívny pocit sociálnej alebo emocionálnej prázdnoty, ktorý vzniká, keď nie je naplnená potreba blízkosti, porozumenia a podpory. Môže mať **emocionálny rozmer**, čo znamená, že ide o chýbajúcu intimitu a citovú väzbu, ďalej to je **sociálny rozmer, pri ktorom ide o** nedostatok kontaktov a spoločenských interakcií.

U seniorov je osamelosť často spojená so stratou partnera, odchodom detí z domu, zníženou mobilitou alebo odchodom do dôchodku. Autori Výrost a Slaměník (2001, s. 15) zo sociálneho hľadiska chápu osamelosť ako pretrhnutie sociálnych kontaktov s inými ľuďmi, či stav keď je človek izolovaný od svojho okolia. Z hľadiska psychologického ju definujú ako negatívny emocionálny stav. Weiss (In Žiaková a kol., 2008, s. 56) opisuje osamelosť z dvoch pohľadov, zo sociálneho a emocionálneho hľadiska. Sociálnu osamelosť chápe ako izoláciu od vonkajšieho sveta, ako takmer úplné pretrhnutie všetkých sociálnych väzieb. Emocionálnu osamelosť popisuje ako chýbajúci, emocionálne neuspokojujúci vzťah k inému jedincovi, aj keď je z vonkajšieho pohľadu obklopený mnohými sociálnymi väzbami. Práve oblasť emocionálnej a sociálnej osamelosti bolo predmetom nášho výskumu.

Medzigeneračné vzťahy predstavujú interakcie medzi jednotlivcami rôzneho veku, najčastejšie medzi **staršími rodičmi, deťmi a vnúčatami**, ale aj medzi seniormi a mladšími členmi komunity. Tieto vzťahy môžu mať **emocionálny rozmer**, kde zaradujeme lásku, porozumenie, vzájomnú úctu, ďalej to je **praktický**

rozmer ako pomoc, starostlivosť a zdieľanie skúseností, a **sociálny rozmer**, kde patrí spoločné trávenie času, komunikácia a aktivity. Podľa autorky Šimovej (2002, s. 14) kvalitné medzigeneračné vzťahy posilňujú pocit spolupatričnosti, zmysluplnosti a celkovej psychickej pohody seniora. Medzigeneračné vzťahy prinášajú prospech všetkým vekovým skupinám. Pre seniorov predstavujú možnosť byť s rodinou, naplňať svoje potreby, aktívne využívať voľný čas a mať bezpečné zázemie. Pre strednú generáciu poskytujú pomoc pri zvládaní povinností spojených s rodinou, prácou a domácnosťou. Mladšia generácia z nich získava pozitívne emocionálne zážitky z detstva a mladosti, buduje si úctu k seniorom, obohacuje sa o ich pohľad na svet, názory a skúsenosti, ktoré sú odlišné od ľudí iných vekových kategórií.

O vplyve medzigeneračných vzťahov na osamelosť na základe teórií sociálnej podpory a teórie väzby možno predpokladať, že čím **lepšia je kvalita medzigeneračných vzťahov**, tým **nižšia je miera prežívanej osamelosti**, naopak, **oslabené alebo konfliktné vzťahy** môžu zvyšovať pocit izolácie a osamelosti. Medzigeneračná komunikácia, vzájomné porozumenie a spoločné aktivity pôsobia ako **ochranné faktory** proti osamelosti. Navyše emocionálne, sociálne a kognitívne zdravie tiež profituje zo stratégií na zapojenie a spojenie s ostatnými a vyhýbanie sa sociálnej izolácii. Koníčky a iné spoločenské aktivity navodzujú pocit spolupatričnosti, zlepšujú funkčnosť v starobe a tým predlžujú zdravie a nezávislosť (Ivanková, 2024, s. 33).

Cieľ výskumu

Cieľom nášho výskumu bolo zistenie miery osamelosti u seniorov v kontexte emocionálnej a sociálnej osamelosti. Hlavným cieľom výskumu bolo analyzovať vplyv viacgeneračného bývania na osamelosť seniorov so zameraním na emocionálnu a sociálnu osamelosť a zistenie miery autonómie a nezávislosti.

Čiastkovými cieľmi bolo zistiť:

- aká je miera sociálnej a emocionálnej osamelosti u seniorov,
- rozdiely v miere emocionálnej a sociálnej osamelosti u seniorov z pohľadu pohlavia,
- rozdiely vo vnímaní nezávislosti a autonómie u seniorov z pohľadu pohlavia.

Výskumné metódy

Ako výskumný problém sme si stanovili: Aká je miera sociálnej a emocionálnej osamelosti u seniorov, ktorí žijú vo viacgeneračnej rodine? Na zistenie miery emocionálnej a sociálnej osamelosti sme použili nástroj Medzinárodný dotazník osamelosti (Restoring the dream to tackle loneliness). Tento dotazník obsahuje škálu osamelosti vypracovanú De Jongom a Gierveldom. Dotazník vychádza z metodiky De Jonga a Giervelda, pričom bol doplnený o niektoré otázky a niektoré pôvodné otázky boli zachované, aby lepšie zodpovedali špecifickým potrebám nášho výskumu, ktorý sa zameriava na vplyv medzigeneračného bývania na osamelosť seniorov. Pozostával zo 14 otázok, ktoré hodnotia subjektívne vnímanie osamelosti a faktory ovplyvňujúce kvalitu života jednotlivca. Súčasťou dotazníka boli aj socio-demografické otázky.

Dotazník bol rozposielaný online formou prostredníctvom cieľových skupín na sociálnej sieti.

Výber vzorky bol zámerný a tvorili ho seniori žijúci v medzigeneračných domácnostiach vo veku 65 rokov a viac rokov. Boli to seniori využívajúci sociálne služby ambulantnou formou, boli členmi denného centra Jednoty dôchodcov. Seniorov bolo v počte 50, z ktorých bolo 32 žien a 18 mužov. Z hľadiska počtu detí mali nasledovné zastúpenie: 9 respondentov malo 1 dieťa, 12 opýtaní mali 2 deti a 29 respondentov malo 3 a viac detí.

Výsledky výskumu

V našom výskume sme si stanovili štyri výskumné otázky. Kde ako prvá výskumná otázka, ktorá nás zaujímala znela: Aký je rozdiel medzi sociálnou a emocionálnou osamelosťou u seniorov žijúcich v medzigeneračných rodinách? Porovnaním získaných údajov v tab. 1 sme zistili, že seniori vykazujú vyššie skóre sociálnej osamelosti na základe svojich odpovedí v porovnaní s emocionálnou osamelosťou. Môžeme teda potvrdiť, že vyššie hodnoty dosiahla sociálna osamelosť v porovnaní s emocionálnou osamelosťou, keďže až 51,55 % opýtaných uviedlo túto možnosť a 24,67 % označilo emocionálnu osamelosť.

Tab. 1 Porovnanie sociálnej a emocionálnej osamelosti u seniorov

	Odpoveď „Áno“	Odpoveď „Nie“	Odpoveď „Niekedy“
Sociálna osamelosť	51,55%	14,78%	33,68%
Emocionálna osamelosť	24,67%	32,00%	43,33%

Ďalej nás zaujímalo aký rozdiel je medzi mužmi a ženami v rámci emocionálnej osamelosti. Zistili sme, že ženy pociťujú vyššiu mieru emocionálnej osamelosti v porovnaní s mužmi, čo je znázornené v tab. 2, kde vidíme, že vyššie percentuálne hodnoty dosiahli ženy v príslušných otázkach skúmajúcich emocionálnu osamelosť.

Tab. 2 Emocionálna osamelosť u mužov a žien

Otázka	Celkový počet Áno	Muži Áno	Ženy Áno	Celkový počet Nie	Muži Nie	Ženy Nie	Celkový počet niekedy	Muži Niekedy	Ženy Niekedy
4	36%	10%	26%	10%	2%	8%	54%	20%	34%
5	16%	6%	10%	42%	12%	30%	42%	12%	30%
7	38%	14%	24%	30%	8%	22%	32%	10%	22%
8	34%	12%	22%	24%	6%	18%	42%	16%	26%
11	8%	2%	6%	40%	14%	26%	52%	18%	36%
12	16%	6%	10%	46%	14%	32%	38%	14%	24%

	74 (24,6%)			96 (32%)			130 (43,3%)		

Zaujímal nás i zistenie toho, aká je miera sociálnej osamelosti u seniorov žijúcich v medzigeneračných rodinách z pohľadu pohlavia. Zistené výsledky sú zobrazené v tab. 3, kde vidíme, že celková miera sociálnej osamelosti bola vyššia u mužov (52,55 %) ako u žien (50,95 %).

Tab. 3 Miera sociálnej osamelosti u seniorov z pohľadu pohlavia

Otázka	Áno (Muži)	Áno (Ženy)	Nie (Muži)	Nie (Ženy)	Niekedy (Muži)	Niekedy (Ženy)
3	66.67%	65.63%	5.56%	9.38%	27.78%	25.00%
6	66.67%	62.07%	14.29%	20.69%	19.05%	17.24%
9	33.33%	34.38%	27.78%	21.88%	38.89%	43.75%
10	38.89%	37.50%	22.22%	28.13%	38.89%	34.38%
13	37.50%	36.00%	6.25%	4.00%	56.25%	60.00%
14	72.22%	67.74%	5.56%	3.23%	22.22%	29.03%
Percentuálny podiel	52,55%	50.95%	13,44%	14,40%	34,01%	34,68%

Ďalej nás zaujímal, či muži vnímajú vyšší pocit nezávislosti a autonómie ako ženy. V tab. 4 vidíme zobrazené výsledky, kde sme zistili, že vyššie percento dosiahli vo vnímaní autonómie a nezávislosti ženy oproti mužom. Takže vychádzajúc z výsledkov výskumu môžete tvrdiť, že ženy (22,77 %) vnímajú vo väčšej miere nezávislosť a autonómiu ako muži (12,87 %).

Tab. 4 Pociť nezávislosti a autonómie u seniorov v kontexte pohlavia

Otázka	Celkový počet Áno	Muži Áno	Ženy Áno	Celkový počet Nie	Muži Nie	Ženy Nie	Celkový počet niekedy	Muži - Niekedy	Ženy Niekedy
7	38%	14%	24%	30%	8%	22%	32%	10%	22%
9	33.33%	11.76%	21.57%	25.49%	11.76%	13.73%	41.18%	23.53%	17.65%
Percentuálny podiel	36,64%	12,87%	22,77%	27,72%	9,90%	17,82%	36,64%	16,83%	19,80%

Diskusia

Výsledky výskumu o vyššej miere sociálnej osamelosti v porovnaní s emocionálnou osamelosťou u seniorov žijúcich v medzigeneračných rodinách sú v súlade so zisteniami Gierveldovej a kol. (2016, s. 85), ktorí vo svojej štúdii na vzorke 1 203 seniorov v Holandsku použitím overených škál na meranie osamelosti zistili

taktiež totožné výsledky. Zistili taktiež, že emocionálna osamelosť bola v ich výskume najčastejšie spojená so stratou blízkej osoby a pretrvávala dlhodobo, sociálna osamelosť sa prejavovala odlišne. Táto štúdia tiež poukázala na zaujímavé zistenie, hoci mnohí seniori pociťovali sociálnu osamelosť, až 68 % z nich zároveň vnímalo emocionálnu podporu od rodiny ako dostatočnú. Autori Irene et al. (2021, s. 56) vo svojej štúdií na vzorke 2251 starších dospelých zistili, že 29,2 % malo emocionálnu osamelosť a 26,7 % sociálnu osamelosť; zároveň 13,6 % zažívalo obidve. Ich zistenie sa nezhoduje s našim, keďže v našom výskume bola zaznamenaná vyššia miera sociálnej osamelosti v celej výskumnej vzorke.

Naše zistenia ďalej poukazujú nato, že ženy v našom výskumnom súbore pociťujú vyššiu mieru emocionálnej osamelosti v porovnaní s mužmi. Naše zistenia môžeme porovnať s výskumom autorky Jurkasovej (2015, s. 21), ktorá taktiež zistila, že ženy prežívajú emocionálnu osamelosť silnejšie než muži, čo autorka pripisuje ich väčšiemu dôrazu na kvalitu a hĺbku medziľudských vzťahov. Podľa spomínanej autorky tento emocionálny nárok na vzťahy spôsobuje, že absencia podpory v nich je pre ženy intenzívnejšie vnímaná. Naopak, muži vnímajú svoje sociálne vzťahy skôr pragmaticky a menej emocionálne, čo môže viesť k nižšiemu pocitu osamelosti v tejto oblasti. Tento rozdiel môže byť taktiež ovplyvnený spoločenskými normami a výchovou, ktoré podporujú u mužov určitú nezávislosť a sebaovládanie, zatiaľ čo ženy sú skôr vedené k väčšej emocionalite a otvorenosti vo vzťahoch. Emocionálna podpora je v živote človeka veľmi dôležitá. Autori Huang, Fu (2021, s. 14) tvrdia, že emocionálna podpora má najvýraznejší pozitívny účinok na psychické zdravie. Autori vo svojom výskume zistili, že seniori, ktorí prijímali emocionálnu podporu, vykazovali vyššiu životnú spokojnosť a lepšie psychické zdravie.

V našom výskume sme zistili rozdiel aj pri sociálnej osamelosti z pohľadu pohlavia seniorov. Naše zistenia nie sú v súlade s výskumom Voľanskej et al. (2021, s. 89), ktorý sa zameriaval na sociálne siete seniorov a ich vplyv na prežívanie osamelosti. Štúdia nepreukázala významné rozdiely medzi pohlaviami v miere sociálnej osamelosti, pričom poukázala na dôležitosť rodinných väzieb pri zmierňovaní osamelosti u seniorov.

Ďalej sme zistili, že ženy vo väčšej miere vnímajú nezávislosť a autonómiu, čo je zaujímavé zistenie. Naše zistenia nekorešpondujú s teóriou autora Ondrejkooviča (2013, s. 45), ktorý uvádza, že proces individualizácie, ktorý charakterizuje moderné spoločnosti, je obzvlášť výrazný u mužov, ktorí tradične kladú dôraz na nezávislosť a autonómiu. V prostredí medzigeneračných rodín je tento trend ešte silnejší, pretože muži sa často snažia udržať si vlastný priestor a slobodu rozhodovania, aj keď sú súčasťou rodinného systému, kde sú vzťahy medzi generáciami prepojené. Aj keď sa rodové role v spoločnosti postupne menia, stále existujú silné spoločenské očakávania, ktoré muži motivujú k nezávislosti a samostatnosti. Ondrejkoovič (2013, s. 41) tiež poukazuje na to, že v situáciách generačných konfliktov muži častejšie presadzujú svoje potreby na osobnú slobodu, zatiaľ čo ženy sú orientované na hľadanie kompromisov a udržanie harmónie v rodine. Ženy sa viac angažujú v starostlivosti o rodinu a vytváraní emocionálnych väzieb, čo vedie k rozdielnemu prístupu k riešeniu konfliktov medzi generáciami. Tento rozdiel môže ovplyvniť aj

kvalitu vzťahov v medzigeneračných domácnostiach. Domáca starostlivosť o seniora má veľký význam. V rezidenčnej starostlivosti je podpora rodiny a komunity taktiež dôležitá. Avšak samotné návštevy seniora v zariadení na to nemajú vplyv. To je podmienené tým, že senior môže mať pocit, že svojím utrpením vystavuje negatívnym emóciám svojich príbuzných. Na druhej strane návšteva príbuzných je určitým časovým intervalom. Po odchode príbuzných môžu nastúpiť pocity smútku, osamelosti, teda emocionálnej nepohody (Noga, 2025, s. 175).

Záver

Výsledky nášho výskumu potvrdzujú, že problematika osamelosti u seniorov je viacvrstvomá a diferencovaná podľa typu osamelosti aj podľa pohlavia. Zistená vyššia miera sociálnej osamelosti v porovnaní s emocionálnou osamelosťou u seniorov žijúcich v medzigeneračných rodinách naznačuje, že prítomnosť rodiny automaticky nezabezpečuje dostatočné sociálne prepojenie či pocit spoločenskej integrácie. Seniori síce môžu pociťovať emocionálnu podporu od rodiny, no zároveň im môže chýbať širšia sociálna sieť a kontakt s komunitou. Z hľadiska pohlavia sa ukázalo, že ženy prežívajú emocionálnu osamelosť intenzívnejšie ako muži. Tento jav možno vysvetliť vyšším dôrazom žien na kvalitu medziľudských vzťahov a ich väčšou emocionálnou otvorenosťou. Muži naopak pristupujú k sociálnym väzbám pragmatickejšie, čo môže znižovať ich subjektívne vnímanie osamelosti.

Zaujímavým zistením je tiež vyšší pocit nezávislosti a autonómie u žien. Tento trend môže odrážať spoločenské zmeny a postupnú transformáciu rodových rolí v súčasných rodinách, kde ženy čoraz viac zdôrazňujú vlastnú samostatnosť a potrebu sebarealizácie. Naše zistenia potvrdzujú, že medzigeneračné vzťahy môžu mať ochranný efekt voči emocionálnej osamelosti, avšak nie vždy postačujú na elimináciu sociálnej osamelosti. Preto je potrebné podporovať nielen vnútro-rodinné väzby, ale aj širšie sociálne zapojenie seniorov, napríklad prostredníctvom sociálnych služieb komunitných aktivít, dobrovoľníctva či medzigeneračných programov.

Môžeme konštatovať, že kvalita života seniorov v medzigeneračných rodinách závisí od rovnováhy medzi emocionálnou podporou a sociálnou začlenenosťou. Prevencia osamelosti by mala byť súčasťou sociálnej politiky a komunitnej praxe, pričom osobitnú pozornosť si vyžadujú rodové rozdiely a meniace sa formy medzigeneračných vzťahov v súčasnej spoločnosti.

BIBLIOGRAFIA

BÁRTA, R. - SABO, S. - DOBROVANOV, O. 2022. *Osamelosť seniorov a možnosti jej riešenia z pohľadu sociálnej práce*. Zborník vedecko výskumných prác s názvom Zdravotné a sociálne problémy seniorov v súčasnosti. Báčsky Petrovec. Srbsko. ISBN978-86-82536-00-0. 198 s.

GIERVELDOVÁ, J. T. 2016. *Loneliness and Social Isolation Among Older Adults in Multigenerational Households: A Longitudinal Study*. 1st ed. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2016. ISBN 978-90-8964-892-5.

HUANG, F. - FU, P. 2021. Intergenerational support and subjective wellbeing among oldest-old in China: the moderating role of economic status. *BMC Geriatrics*, 21, 252. [online]. [cit.2025-20-10]. Dostupné na internete: <<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02204-y>>.

IRENE, N. et al. 2021. Socio-demographic characteristic associated with emotional and social loneliness among older adults. In: *BMC Geriatrics*. Article number 114 (2021). [Citované 2025-3-10]. Dostupné na: https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02058-4?utm_source.

IVANKOVÁ, V. 2023. Úlohy sestry pre zabezpečenie kontinuity starostlivosti pri plánovanom prepustení starších pacientov. In *Moderné trendy v ošetrovatelstve. Zborník z vedecko-odbornej konferencie. VŠZaSP Sv. Alžbety Bratislava- ISBN 978-80-8132-282-2. s.78.-93. - roč. 1 (2023) s. 78-93.*

IVANKOVÁ, V. 2024. Podpora kompetentnosti seniora v starostlivosti o vlastné zdravie v zdravotníckom zariadení. In: *Zborník vedeckých prác z inštitucionálneho projektu VŠZaSP SV. ALŽBETY 1/2023 „podpora zdravého starnutia v okrese Michalovce / Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD. - ISBN 978-80-8132-291-4. - roč. 1 (2024) s. 31-48.*

JURKASOVÁ, M. 2015. Hierarchie citové vazby a osamelosť u aktívnych seniorů. Bakalárska práca. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálnych štúdií, 2015. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/amsw8>.

KENDEREŠOVÁ, E. 2024. Súvislosť medzi sociálnym zabezpečením a ekonomickou aktivitou u seniorov. In: VANSÁČ, P.: *Zborník vedeckých prác z druhej etapy projektu 004-24-IG: Podpora zdravého starnutia v okrese Michalovce. Faktory ovplyvňujúce spokojnosť seniorov so sociálnymi službami v okrese Michalovce*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. 2024, 1. vyd. ISBN: 978-80-8132-296-9.

NOGA, V. 2025. Spokojnosť klientov/pacientov ako pozitívny odraz konvergenencie poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti. In: VANSÁČ, P. (Ed.) *Zborník z XI. Medzinárodnej vedeckej konferencie, Konvergencia poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti pre pacientov/klientov, Michalovce 15. november 2024*, Wydawnictwo Katedry Filozofii Akademii Ekonomiczno - Humanistycznej w Warszawie, Warszawa 2025, ISBN 978-83-61087-93-9, s.173-187.

ONDREJKOVIČ, P. 2013. Medzigeneračné vzťahy v optike sociologickej teórie [online]. Bratislava: Univerzita Komenského, 2013. [Citované 2025-3-10]. Dostupné z: [<https://oaji.net/pdf.html?n=2017%2F4788-1495442991.pdf>]

POPOVIČOVÁ, M. – BÁRTA, R. 2022. Dekubity ako problém ošetrovateľskej starostlivosti u seniorov. In JURIŠ, P. *Zdravotné a sociálne problémy seniorov v súčasnosti*. Zborník vedecko výskumných prác. Srbsko, Báčsky Petrovec : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava 2022. ISBN: 978-80-82536-00-0. s. 43-54.

SAXENA, D. – STROMMEN, J. 2022. Práva starých a nevlastných rodičov. [online]. Štátna univerzita v Severnej Dakote, Fargo, Severná Dakota. [cit. 2025-12-10]. Dostupné na: <https://www.ndsu.edu/agriculture/sites/default/files/2022-08/fs1729.pdf>.

SNOPEK, P. 2024. A nurses eye-view on the Aspects of adult Patients' health Literacy. *Clinical Social Work and Health Intervention*, 15(1), 46–51. DOI: 10.22359/cswhi_15_1_08.

ŠIMOVÁ, E. 2002. Medzigeneračná komunikácia v rodine. In: Kvalita života a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou 2. a 3. apríla 2001 v Prešove. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002. ISBN 80-8068-088-4, s. 210-215.

TEERAWICHITCHAINAN, B. et al. 2015. *How do living arrangements and intergenerational support matter for psychological health of elderly parents? Evidence from Myanmar, Vietnam, and Thailand*. [online]. [cit. 2025-20-10]. Dostupné na internete: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25993521/>>.

VOLANSKA, Ľ. 2019. Sociálna osamelosť a jej dôsledky v seniorskom veku. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2019. ISBN 978-80-223-4687-5.

VÝROST, J. – SLAMĚNÍK, I. 2001. Aplikovaná sociální psychologie II. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 260 s. ISBN 80-247-0042-5.

ŽIAKOVÁ, E. a kol. 2008. Osamelosť ako sociálny a psychologický jav. 1. vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2008. 174 s. ISBN 978-80-8068-731-1.

Kontakt

doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.
E-mail: barkasi@vssvalzbety.sk

doc. Mgr. Ján Hučík, PhD.
E-mail: hucik@vssvalzbety.sk

INTERPERSONÁLNE VZŤAHY PODĽA AMORIS LAETITIA

INTERPERSONAL RELATIONSHIPS ACCORDING TO AMORIS LAETITIA

Pavol Bardzák¹

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

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

Doktorand

E-mail: pavolbardzak@gmail.com

Školiteľ/ scientific adviser: Dr. h. c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Abstrakt

Príspevok sa zameriava na analýzu apoštolskej exhortácie *Amoris laetitia* pápeža Františka so špecifickým dôrazom na problematiku interpersonálnych vzťahov. Štúdia vychádza zo sociálno-antropologického pohľadu, ktorý čerpá z biblicko-ekleziologického ponímania človeka ako osoby v jeho individualite i v sociálnych väzbách. Pozornosť je venovaná trom základným oblastiam vzťahov: Vzťahu človeka k sebe samému, vzťahu k Bohu a vzťahu k druhému človeku. Príspevok reflektuje chápanie manželstva a rodiny v súlade s učením Cirkvi, pričom prihliada aj na aktuálny kultúrny kontext a na pastoračnú citlivosť voči človekovi v rôznych životných situáciách. *Amoris laetitia* zdôrazňuje krásu, hodnotu a nenahraditeľnosť vzťahov v manželskom a rodinnom živote, ako aj potrebu hľadania riešení v čase kríz a ťažkostí. Budovanie interpersonálnych vzťahov podľa exhortácie prispieva nielen k formovaniu integrálnej osobnosti človeka a k rozvoju jeho plnosti v dnešnej dobe, ale predovšetkým k znovuobjaveniu dôležitosti a krásy manželstva a rodiny.

Kľúčové slová

Pápež František, človek, osoba, vzťahy, manželstvo, rodina, kríza, agapická láska

Abstract

The paper focuses on the analysis of Pope Francis's apostolic exhortation *Amoris Laetitia*, with a specific emphasis on the issue of interpersonal relationships. The study is based on a socio-anthropological perspective that draws from the biblical and ecclesiological understanding of the human person — as an individual and as a being in social relationships. Attention is given to three fundamental areas of relationships: the relationship of the person to oneself, to God, and to others. The paper reflects on the understanding of marriage and family in accordance with the teaching of the Church, while also taking into account the current cultural context and pastoral sensitivity toward people in various life situations. *Amoris Laetitia* highlights the beauty, value, and irreplaceability of relationships within marriage and family life, as well as the need to seek solutions in times of crisis and difficulty. According to the exhortation, the building of interpersonal relationships contributes not only to the formation of an integral human personality and the development of one's fullness in today's world, but above all to the rediscovery of the importance and beauty of marriage and family.

Keywords

Pope Francis, human being, person, relationships, marriage, family, crisis, agapic love

Úvod

Človek v dnešnej kultúre, ktorej podstatu tvorí aj individuum, ostáva stále zakotvený v jeho sociálnych väzbách. Medzi najsilnejšie formy sociálnych väzieb patrí manželstvo a rodina. Zo sociálneho hľadiska zohrávajú dôležitú úlohu pretože:

- vytvárajú základnú jednotku spoločnosti,
- spájajú ľudí emocionálne, právne a ekonomicky,
- poskytujú podporu, istotu a identitu,
- sú miestom socializácie a odovzdávania hodnôt.

Napriek rastúcim tendenciám dekonštrukcie rodiny¹ a vzniku nových foriem rodinného spolužitia zostáva rodina žiadanou a nenahraditeľnou entitou ľudskej spoločnosti. Možno tiež povedať, že sa stala predmetom rozsiahleho sociologického výskumu, sprevádzaného istou dávkou pokory po sklamaní z nenaplnených očakávaní novej kvality života v alternatívnych formách spolužitia. Je nevyhnutné prekonávať kultúrne, náboženské i sociálne rozdiely s ohľadom na dobro človeka v jeho celistvosti a spoločenskom rozmere. Strata rodiny by totiž znamenala stratu blízkosti, ľudskosti, spoločenstva a solidarity, čo by viedlo k oslabeniu udržateľnosti a vitality spoločnosti.²

Medzi aktuálne problémy súčasnej rodiny patrí neschopnosť prijímať zodpovednosť vyplývajúcu zo stabilného vzťahu, ako aj neschopnosť vytvárať stabilné a zodpovedné vzťahy ako také. Táto neschopnosť úzko súvisí so súčasným chápaním slobody a s dôrazom na sebarealizáciu jednotlivca. Človeka potom charakterizuje:

- odlúčenie,
- odosobnenie,
- smútok a samota,
- individuálne nenaplnenie.

Ak sa človek uzatvára do vlastného ega, nenachádza očakávanú istotu ani ochranu pred stratou vlastnej integrity. Naopak, takýto prístup vedie k narušeniu človeka nielen na úrovni jeho vlastného „ja“, ale aj vo sfére sociálnych väzieb a vzťahov. V konečnom dôsledku možno konštatovať, že tento trend neprináša očakávané skvalitnenie života jednotlivca ani spoločnosti, čo sa odráža aj v rodinnom živote.³

V prostredí Katolíckej cirkvi nachádzame významný dokument pápeža Františka – apoštolskú exhortáciu *Amoris laetitia* (AL), ktorá sa danej problematike

¹ Porov. FRANTIŠEK, 2016. *Amoris laetitia*, Posynodálna apoštolská exhortácia svätého otca Františka biskupom, kňazom a diakonom, zasväteným osobám, kresťanským manželom a všetkým veriacim laikom o láske v rodine, 19. marec 2016. [online]. [citované 2025 – 04 - 07]. Dostupné na internete: <https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/apostolska-exhortacia-amoris-laetitia>, čl. 53.

² Porov. POTOČAROVÁ, M. 2019. *Rodina a výchova k rodinným vzťahom dnes – etické súvislosti*. Košice : Byzant, 2019, s. 7-8.

³ Porov. HANOBIK, F. Moderná spoločnosť a kríza rodiny. In *Sociálna patológia rodiny*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, 2011, s. 142-151. ; MAJDA, M. a kol. Psychological and social dimensions of caring for injured children in professional families. In: *Clinical social work and health intervention*. Viedeň : Gesellschaft für angewandte Präventionsmedizin. 2024, s. 38-53.

venuje. Exhortáciu predchádzali dve biskupské synody o rodine, ktoré zásadne formovali jej obsah a teologické smerovanie. Jedná sa o *Mimoriadnu synodu o rodine* v roku 2014 a *Riadnu synodu o rodine* v roku 2015. Obe synody, tematicky zamerané na rodinu, sa sústredili na človeka v jeho sociálnych väzbách, ktorých neoddeliteľnou súčasťou sú práve vzťahy.

1. Mimoriadna synoda biskupov o rodine v roku 2014, ktorej výsledkom bola záverečná správa mimoriadnej synody biskupov *Relatio Synodi extraordinaria de familia 2014*,⁴ obsahuje teologické, biblické a pastoračné pohľady na rodinu. Text je rozdelený do troch častí:

- Načúvanie – kontext a výzvy týkajúce sa rodiny: Opisuje spoločensko-kultúrne zmeny, krízu viery, individualizmus, osamelosť, ekonomické a sociálne ťažkosti, ako aj zranenia vo vzťahoch. Poukazuje aj na hodnotu citového života a výzvy pastorácie.
- Pohľad na Krista – evanjelium rodiny: Vysvetľuje Boží plán pre rodinu, spásanosnú úlohu manželstva a význam sviatosti manželstva pre jednotu a zrelosť páru. Zdôrazňuje aj milosrdenstvo voči zraneným rodinám.
- Konfrontácia – pastoračné perspektívy. Praktické odporúčania pre pastoráciu: sprevádzanie snúbencov, prvých rokov manželstva, civilných manželstiev a spolužitia, podpora pri liečení zranených rodín, pričom kladie dôraz na milosrdenstvo, rozlišovanie a zapojenie autentických rodín do evanjelizácie.

2. Riadna synoda biskupov o rodine v roku 2015, ktorej výsledkom bol záverečný dokument *Relatio Synodi*.⁵ Synoda sa venovala nasledovným témam:

- **Výzvy rodiny - medzi ktoré patrí vplyv sekularizácie, kultúrnych zmien**, migrácie, chudoby, rozpadu rodín čo sa bytostne dotýka života súčasných rodín. V rámci synody bola zdôraznená pastoračná podpora a sprevádzanie rodín.
- **Manželstvo - so zdôraznením vernosti, nerozlučnosti a sviatostný charakteru manželstva**. Taktiež podpora manželov vo výchove detí a spoločnom živote viery.
- **Pastoračná citlivosť voči rozvedeným a znovu zosobášeným - dôraz bol položený na prax rozlišovania, nie len prísne pravidlá a odporúčanie: sprevádzať, rozlišovať a zapojiť takéto manželstvá do života Cirkvi.**
- **Sexualita a rodinné vzťahy - Dôležitosť zodpovedného rodičovstva, otvorenosti k životu a láskyplného spolunažívania. Otvorená diskusia o rôznych rodinných situáciách a problémových prípadoch.**

⁴ Záverečná správa mimoriadnej synody biskupov. [online]. [citované 2025 – 04 - 09]. Dostupné na internete: <https://www.tkkbs.sk/view.php?cislocclanku=20141022030>

⁵ *Relazione finale del Sinodo dei Vescovi al Santo Padre Francesco*. [online]. [citované 2025 – 04 - 09]. Dostupné na internete: <https://press.vatican.va/content/salastampa/it/bollettino/pubblico/2015/10/24/0816/01825.html>

- **Pastoračné nástroje** - Zvýraznenie **sprevádzania, formácie, duchovnej podpory a komunitnej pomoci** rodinám. Výzva, aby Cirkev bola **prívetivá, milosrdná a sprevádzajúca**.

Oba záverečné dokumenty synod upozornili na viacero aktuálnych tém týkajúcich sa manželstiev a rodín súčasnosti, ktoré pápež František implementoval do exhortácie *AL*, pričom využil aj ďalšie pramene a odkazy, ako napríklad magistérium svojich predchodcov⁶ či stanoviská viacerých biskupských konferencií.⁷ Aj vďaka tomu je citeľná synodalita,⁸ dynamika, kontinuita a rozlišovanie v Cirkvi, ktorá pomáha kráčať človekovi všetkých čias, ale najmä tomu súčasnému na ceste k plnosti života.

Apoštolská exhortácia *Amoris Laetitia* v **325 článkoch** rozdelených do deviatich **kapitol** ponúka **originálny prístup k človeku**. Ide o **antropologicko-sociálny pohľad**, ktorý je **povzbudením** nielen pre veriacich, ale aj pre všetkých, ktorí **hľadajú hlbšiu kauzalitu sveta a tajomstvo človeka**. Pápež František v exhortácii stavia do základu hlavné vzťahové východiská, ktoré tvoria jadro jeho pohľadu na človeka:

- Vzťah človeka k sebe samému
- Vzťah Boh ↔ človek
- Vzťah človek ↔ človek.

Ľudská osoba ako antropologický princíp v *Amoris laetitia*

Ľudská osoba je predmetom rôznych antropologických prístupov. V tejto štúdii predstavujeme pojem osoby z kresťanského pohľadu, pričom aj v rámci kresťanského myslenia nachádzame určité rozdielnosti v chápaní tejto otázky. Pojem osoba (gr. πρόσωπον – prosopon, lat. persona) bol na základe definície filozofa Boethia (480 – 525) charakterizovaný ako: „*Individuálne bytie rozumovej prirodzenosti*“ (lat.

⁶ Pápež Pavol VI. v súvislosti so zodpovednosťou manželov a mravnej dimenzie ľudskej a manželskej sexuality, čl. 82, 68, 154; Ján Pavol II. v súvislosti s úlohou kresťanskej rodiny a teológiou tela, čl. 69, 85, 106, 120, 122, 150-151, 153, 155, 159, 160, 165, 168, 176, 192, 196; Benedikt XIV. v súvislosti s kresťanskou agapickou láskou, láskou v pojatí „cesty dozrievania“ a rodinou čl. 70, 120, 147, 157, 164, 186, 298. Porov. FRANTIŠEK, 2016. *Amoris laetitia, Posynodálna apoštolská exhortácia svätého otca Františka biskupom, kňazom a diakonom, zasväteným osobám, kresťanským manželom a všetkým veriacim laikom o láske v rodine*, 19. marec 2016. [online]. [citované 2025 – 04 – 07]. Dostupné na internete: <https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/apostolska-exhortacia-amoris-laetitia>

⁷ Talianska biskupská konferencia v súvislosti so sprevádzaním manželov a rodín, čl. 207; mexická biskupská konferencia v súvislosti s úlohou svedomia a rozlišovania, čl. 51; španielska biskupská konferencia, s komunikáciou v manželstve, čl. 32; kolumbijská biskupská konferencia v súvislosti podstatou manželstva, čl. 57. Porov. FRANTIŠEK, 2016. *Amoris laetitia, Posynodálna apoštolská exhortácia svätého otca Františka biskupom, kňazom a diakonom, zasväteným osobám, kresťanským manželom a všetkým veriacim laikom o láske v rodine*, 19. marec 2016. [online]. [citované 2025 – 04 – 07]. Dostupné na internete: <https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/apostolska-exhortacia-amoris-laetitia>

⁸ Synoda (gr. **συνodus** – spoločná cesta, spoločné krácanie) je vyjadrením koleuality biskupov, ktorí sa stretávajú s pápežom v dialógu o aktuálnych otázkach pastorácie a spoločnom hľadaní riešení. Synoda biskupov svojim radami a pripomienkami pomáha pápežovi pri spravovaní Katolíckej cirkvi. Na rozdiel od všeobecného snemu je synoda biskupov zhromaždením určitých biskupov vybraných z rôznych krajín Porov. ŠAŠKOVIČ, R. *Päť rokov od Amoris laetitia/ Rozlišovanie je táčcha, ktorej sa netreba báť*. [online]. [citované 2025 – 04 – 07]. Dostupné na internete: <https://svetkrestanstva.postoj.sk/85536/rozlisovanie-je-tarcha-ktorej-sa-netreba-bat>

persona est rationalis naturae individua substantia). V ontologickom poriadku je teda osoba chápaná ako individuálna bytosť (lat. *substantia*), sebapoznávajúca a seba vlastniaca v slobode.⁹

Pápež František vo svojich antropologických východiskách zohľadňuje patristické chápanie osoby, v ktorom nie je v popredí oblasť ľudskej psyché, ale predovšetkým jej vzťahovosť – či už vo vzťahu k Stvoriteľovi, alebo k iným ľuďom. Tento dôraz na vzťahový rozmer ľudskej existencie sa premieta aj do sociálneho rozmeru života človeka, ktorý má svoj pôvod v trojičnom živote Boha a ktorý človek prijal od Stvoriteľa pri akte stvorenia. „Osoba sa teda rodí zo vzťahu k druhej osobe.“

10

Katechizmus Katolíckej cirkvi (KKC) prináša výstižnú definíciu ľudskej osoby a vymedzuje jej hodnotu, dôstojnosť, ľudské práva a postavenie v spoločnosti. Katechizmus uvádza: „Tým, že Boh stvoril človeka ako ‚muža a ženu‘, obdaril rovnakou osobnou dôstojnosťou muža aj ženu.“ ... „Človek je osoba, a to rovnakou mierou muž i žena: obaja sú totiž stvorení na obraz a podobu osobného Boha.“ (KKC 2334) Na inom mieste Katechizmus zdôrazňuje základné právo na život ako neodňateľný prvok občianskej spoločnosti a jej zákonodarstva: „Neodňateľné právo každého nevinného ľudského jednotlivca na život je konštitutívnym prvkom občianskej spoločnosti a jej zákonodarstva: „Občianska spoločnosť i politická moc musia uznávať a rešpektovať neodňateľné práva osoby. Práva človeka nezávisia ani od jednotlivcov, ani od rodičov a nie sú ani koncesiou spoločnosti a štátu. Patria k ľudskej prirodzenosti a sú vlastné ľudskej osobe vďaka stvoriteľskému činu, v ktorom má osoba svoj pôvod. Medzi týmito základnými právami treba v tomto ohľade pripomenúť právo na život a telesnú neporušiteľnosť každej ľudskej bytosti od chvíle počatia až po smrť.“ (KKC 2273).

Vzťah človeka k sebe samému

K podstate dnešnej kultúry patrí **individuum**, ktoré je silne zamerané na uchopenie a budovanie vlastnej sebarealizácie a autoafirmácie. **V AL pápež František neprehliada a neignoruje človeka ani v tomto rozmere.** Nazerá na človeka v realite života, krízových situáciách, ale aj v súvislosti s reálne uskutočniteľným životným šťastím. Ak hovoríme o vzťahoch, je potrebné venovať pozornosť aj človekovi v jeho individualite, pretože ak je človek nenaplnený v individuálnom rozmere, problematické sa javí aj vytváranie vzťahov za hranicou individua.

Pohľad na človeka v jeho individualite, s pozornosťou k jednotlivcovi, súvisí s antropologickým postojom, ktorý vyjadruje **hodnotu každého človeka**. V tomto pohľade sa človek nachádza v procese **sebapoznania, osobného rastu, dozrievania a nadobúdania vnútornej integrity**.

Jedným z antropologických rozmerov je teda pojmávanie **človeka ako osoby** hodnej rešpektu a úcty pre ňu samotnú. Ak je črtou súčasnej kultúry „odosobňovanie“,

⁹ Porov. ĐURICA, J. A KOL. 2015. *Stručný katolícky teologický slovník*. Trnava : Dobrá kniha, 2015, s. 678.

¹⁰ ŠPIDLÍK, T. 2000. *My v Trojici*. Velehrad : Refugium Velehrad – Roma, 2000, s. 52.

antropologický prístup v *AL* predstavuje „zosobňovanie“ každého človeka.¹¹ V centre pozornosti je teda človek v jeho individuálnom rozmere, presnejšie povedané – osoba človeka v celej komplexnosti vlastnej sebareflexie a životného kontextu, ktorej pápež František venuje veľkú pozornosť. Hneď na začiatku dokumentu pápež upriamuje pozornosť na **šťastie** a **dobro** človeka, ktoré súvisí s interpersonálnymi vzťahmi, no je zároveň hlboko osobné a prežívané v individuálnej sfére človeka.¹²

Človek v individualite je v *AL* chápaný ako osoba, ktorej nie je upieraná **vlastná dôstojnosť** a **sloboda**. V dokumente sa píše o **hodnote ľudského života**, teda hodnota človeka v jeho individualite, ako o hodnote veľkej a neodňateľnej nadvládou inej ľudskej bytosti.¹³ Človek má svoju „vysokú hodnotu“ reflektovať od druhého nie na základe vlastnej fyzickej či duševnej príťažlivosti, ale **na základe posvätnosti osoby**, ktorú má každý človek ako danosť.¹⁴ Je potrebné oceniť hodnotu osoby človeka a priznať, že: „*Má právo, aby existoval, myslel autonómnym spôsobom a bol šťastný.*“¹⁵ Preto má človek vo svojej individualite právo na vlastné sebvýjadrenie a osobnostný rast.¹⁶ Podľa pápeža Františka nemajú byť zatienené rozhodnutia a hodnoty, ale ani sloboda jednotlivca.

V tomto zmysle sa spomína aj **emočná sféra človeka** a prejavy nežnosti, ktoré človek potrebuje nielen vo vzťahu, ale aj vo svojej individualite. Človek ako jedinec má právo na túžby, city a emócie – všetko to, čo patrí k prirodzenosti ľudskej bytosti, odlišnej od ostatných stvorení. V tomto kontexte sa poukazuje aj na diverzitu pohlaví, ktorá nie je nezmyselnou danosťou človeka, ale cestou osobného rastu v hľadaní zmyslu vlastnej sexuality. Sexualita človeka by tak nemala sklznúť k primitívnym či sebeckým tendenciám, ale mala by viesť k schopnosti uskutočniť extázu¹⁷ ako cestu k objaveniu zmyslu existencie človeka ako individua.¹⁸

Človek je vo svojej individualite **nasmerovaný k extáze** a **k odovzdávaniu nového života**, v čom nachádza svoj vlastný zmysel. Takto, prekračujúc hranice vlastnej osoby smerom k inému v dare lásky a plodnosti, nachádza v individuálnej sfére

¹¹ Porov. FRANTIŠEK, 2016. *Amoris Laetitia, Posynodálna apoštolská exhortácia svätého otca Františka biskupom, kňazom a diakonom, zasväteným osobám, kresťanským manželom a všetkým veriacim laikom o láske v rodine*, 19. marec 2016. [online]. [citované 2025 – 04 - 07]. Dostupné na internete: <https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/apostolska-exhortacia-amoris-laetitia>, čl. 33, 156, 170, 174, 187.

¹² Porov. ibidem, čl. 8.

¹³ Porov. ibidem, čl. 83.

¹⁴ Porov. ibidem, čl. 127.

¹⁵ Ibidem, čl. 138.

¹⁶ Porov. ibidem, čl. 137.

¹⁷ **Extasis** (z gréc. *ἐκστασις*) je hlboký **filozoficko-teologický termín**, ktorý označuje **stav alebo pohyb človeka z uzavretosti vlastnej osoby „mimo seba“** v zmysle **prekročenia seba** smerom k Bohu, k druhému, alebo svetu. Výstižne sa týmto zaoberá pápež Benedikt XVI. v encyklike *Deus caritas est*. Porov. BENEDIKT XVI. *Encyklika pápeža Benedikta XVI. Deus caritas est*. [online]. [citované 2025 – 04 - 07]. Dostupné na internete: <https://kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/encyklika-deus-caritas-est-boh-je-laska>, čl. 6-10.

¹⁸ Porov. FRANTIŠEK, 2016. *Amoris Laetitia, Posynodálna apoštolská exhortácia svätého otca Františka biskupom, kňazom a diakonom, zasväteným osobám, kresťanským manželom a všetkým veriacim laikom o láske v rodine*, 19. marec 2016. [online]. [citované 2025 – 04 - 07]. Dostupné na internete: <https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/apostolska-exhortacia-amoris-laetitia>, čl. 143, 157.

potvrdenie svojej identity, čo prispieva k budovaniu jeho osobnosti. Formy tohto prekročenia hraníc vlastného ja v agapickej láske vidí pápež v interpersonálnych vzťahoch, kde nenahradiťné miesto zaujímajú otcovstvo, materstvo a rodina. Zároveň však poukazuje aj na širšie formy otcovstva a materstva, ako aj na iné prejavy plodnosti, medzi ktoré patria adopcia či pestúnska starostlivosť.¹⁹

V exhortácii ďalej nachádzame **požiadavku na perspektívu a udržateľnosť šťastia a radosti človeka v individuálnej sfére**, čo však, ako uvidíme v ďalšej časti štúdie, **predpokladá zodpovednosť v interpersonálnych vzťahoch**.²⁰ Človek je tak v hodnotovej, ale aj emočnej sfére vnímaný v perspektíve istoty vlastného šťastia a radosti. Táto istota pramení z toho, že človek je rešpektovaný inými, a že jeho hodnota je vnímaná **nie na základe telesnej krásy, ale na základe agapickej lásky**, ktorá **presahuje eros**. Človek sa tak **cíti byť milovaný preto, že je osobou** s vlastnou identitou a životným príbehom.²¹

V nasledujúcej tabuľke sú prehľadne zoradené hlavné antropologické pohľady na človeka v rovine individuálnej reflexie.

Tabuľka č. 1 Antropologické pohľady na človeka v rovine individuálnej reflexie.

Oblasť vzťahu	Antropologické pohľad človeka ako osobu túžiacu po:	Kľúčové články
Človek v reflexii seba samého	• vlastnom šťastí a radosti	• 8, 138, 143,1, 57, 88, 94, 110, 126-130, 147, 148, 149, 171, 177, 191, 200, 222, 280, 294, 317
	• akceptovaní vlastnej hodnoty	• 127, 128, 125, 83, 137, 138
	• perspektíve a udržateľnosti vlastného životného šťastia	• 131-132, 143, 231, 323, 125, 163-165
	• slobode	• 294, 33, 115, 214, 248, 262, 267, 273, 320, 146
	• vlastnom sebvýjadrení a osobnom raste	• 137, 36, 146, 163
	• extatickom vyjadrení sa smerom i inému	• 165-177

Zdroj: Vlastný

¹⁹ Porov. ibidem, čl. 158-162, 178-184.

²⁰ Porov. ibidem, čl. 125, 131-132.

²¹ Porov. ibidem, čl. 163-165.

V tejto časti sme sa zamerali na vzťah človeka k sebe samému. Identifikovali sme antropologické východiská, na základe ktorých sa na človeka hľadá ako na osobu smerujúcu k naplneniu vlastných očakávaní. Pápež František rešpektuje a uznáva právo každého človeka na vlastné sebauplatnenie, ktorého základom je radosť a šťastie jednotlivca. Zároveň je vzťah človeka k sebe samému chápaný ako proces osobného dozrievania a integrácie vo vlastnej sebareflexii, na základe ktorej človek nachádza svoju hodnotu – nie však ako izolované individuum, ale ako osoba, ktorá prekračuje hranice svojho „ja“ v extatickom uskutočňovaní vzťahov smerom k inému.

Vzťah Boh a človek

Ďalším rozmerom interpersonálnych vzťahov v exhortácii je vzťah medzi Bohom a človekom. Hoci sme túto časť zaradili ako druhú, vo svojej podstate tvorí základ vzťahu človeka k sebe samému i vzťahu človeka k inému človeku. Hľadiť na osobu človeka z antropologického hľadiska znamená uznať jeho ontologický základ vo vzťahu s Bohom. Takto chápaný človek nie je autonómnym projektom, ale **stvorením povolaným do spoločenstva s Bohom**.

Dokument uvádza biblické citácie, na základe ktorých pápež rozvíja svoje sociálno-antropologické pohľady. Hlboký záujem o človeka, najmä o núdneho, vkladá do podstaty kresťanskej viery, ktorá je založená na zjavení trojosobného Boha. V prvej kapitole sme dostatočne podrobne priblížili originalitu zjavenia biblického Boha. Exhortácia je v súlade s týmto biblickým pohľadom na vzťah medzi Bohom a človekom a kladie dôraz na nasledujúce skutočnosti.

Pápež František zdôrazňuje podstatu vzťahu Boha k človeku na základe **hlbokej agapickej lásky**,²² ktorá tvorí podstatu trojičného života. V súvislosti s tým poukazuje na **zrod nového života**, pričom vyzdvihuje hlboké puto a osobný postoj Boha voči človeku už od prvého momentu jeho existencie: „*Skôr než som ťa vytvoril v matkinom lone, poznal som ťa; skôr než si vyšiel z lona, zasvätil som ťa*“ (Jer 1, 5). Dokonca sa hovorí o uskutočnení daru nového života človeka ako o uskutočnení večného sna Stvoriteľa, ktoré presahuje každé ľudské zdanie. Vzťah medzi Bohom a človekom je natoľko hlboký, že Boh pozná osobu človeka naplno, čo znamená **poznanie v jeho najhlbšej intimite** a **poznanie jeho nesmiernej hodnoty**, ako to pápež zdôrazňuje.²³

Vzťah Boha a človeka vychádza z podstaty trojičného života, ktorú tvorí **agapická láska** v dokonalosti medzi osobami Trojice. Pri stvorení človeka, bol človek stvorený na Boží obraz - דְּמוּת (demut) a צֶלֶם (selem) - čo znamená originalitu stvoreného človeka, do ktorej patrí obojstranný vzťah. Vzťah Boh a človek tak nemôže

²² Agapé (gr. ἀγάπη) – obetavá láska. Biblický pojem, ktorý sa používa v novozákonných biblických knihách na označenie novosti kresťanskej lásky, ktorú priniesol Kristus. Agapé sa používalo oproti ostatným gréckym výrazom s podobným výhradným antropocentrickým zafarbením. Φιλία philia – označovala bratskú, priateľskú lásku; ἔρως eros – označovala náruživú a sebeckú lásku. Porov. HERIBAN, J. 1998. *Príručný lexikón biblických vied*. Bratislava : Don Bosco, 1998, s. 176; v Amoris laetitia sa ako ekvivalet k agape používa latinské slovo caritas

²³ Porov. FRANTIŠEK, 2016. *Amoris Laetitia, Posynodálna apoštolská exhortácia svätého otca Františka biskupom, kňazom a diakonom, zasväteným osobám, kresťanským manželom a všetkým veriacim laikom o láske v rodine*, 19. marec 2016. [online]. [citované 2025 - 04 - 07]. Dostupné na internete: <https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/apostolska-exhortacia-amoris-laetitia, čl. 168, 170.>

byť iný ako osobný.²⁴ Ak hľadáme na Krista, ktorý prijal ľudskú prirodzenosť, vidíme výnimočný prejav vzťahu Boha k človeku. V exhortácii sa zdôrazňuje prejav tohto Kristovho vzťahu voči človekovi aj v emočnej rovine:

- cíti bolesť na nevernosťou Jeruzalema (porov. *Mt* 23,37),
- prejavuje túto bolesť ronením slz (porov. *Lk* 19,41),
- prejavuje súcit s utrpením ľudí (porov. *Mk* 6,34),
- pri pohľade na plač človeka cíti vnútorné pohnutie (porov. *Jn* 11,33),
- oplakáva smrť priateľa (porov. *Jn* 11,35).²⁵

Vzťah medzi Bohom a človekom je tiež videný v symbole otcovskej a materinskej lásky. Výnimočnosť tohto vzťahu zdôraznená ako hlboká intimita sa spája s hebr. גמול (gamul), čo vyjadruje podstatu sebareflexie človeka vo vzťahu k Bohu. Označuje pocity alebo rozpoloženie človeka – malého dieťaťa, ktoré po nasýtení spí v matkinom náručí a vedome sa tejto náruče drží. V tomto kontexte František zdôrazňuje aj obojstrannosť vzťahu, ktorý je interpersonálny. Podobne je použitý obraz vzťahu otca a syna (porov. *Ex* 4, 22), pričom otec tento vzťah chráni svojou láskou a starostlivosťou (porov. *Oz* 11, 1; 3–4). Dokonca je zdôraznené, že aj keby zlyhali otec či matka vo svojej láske, Boh nikdy nezlyhá (porov. *Ž* 27, 10; *Iz* 49, 15).

Ďalej je personálny prejav Boha voči človekovi postavený na úsilí urobiť človeka **šťastným a radostným**. V dokumente sa pripomína, že Boh miluje radosť človeka a že všetko, čo stvoril, stvoril „na užívanie“ (porov. *1 Tím* 6, 17). V exhortácii sa odvoláva na biblické verše: „*My však veríme, že Boh miluje radosť človeka, že on všetko stvoril „na užívanie“ (). Dovoľme, aby prepukla radosť nad jeho nežnosťou, keď nám hovorí: „Synu, ak máš z čoho, dopraj si... Nepripusť, aby ti unikal radostný deň“ (Sir 14, 11. 14). „V deň blaženosti buď blažený“ (Kaz 7, 14).*²⁶ Do tohto Božieho zámeru spadá aj stvorenie človeka v rozdielnosti pohlaví s úmyslom odovzdať božskú lásku človekovi prostredníctvom vzájomnej lásky muža a ženy. Sexualita sa tak nejaví ako samoúčelná, ale ako obdivuhodný dar pre jeho stvorenie. Vzťah, ktorý je uskutočnený z Božej strany vo forme života je tak veľký, že má rozmer večnosti. Aj napriek narušeniu Božieho plánu Boha s človekom hriechom nie je v Božom pláne úplný zánik života. Exhortácia v súvislosti týmto cituje z knihy Múdrosti, kde je zdôraznená skutočnosť, že originalita života človeka ako stvoreného bytia spočíva v tom, že život človeka smrťou nekončí (porov. *Múd* 3,2-3).²⁷

Ďalej ide o vzťah vyjadrený v **kenotickej**²⁸ láske, v ktorej sa Boh približuje človeku a v svojej láske sa zrieka seba samého (gr. ἐκένωσεν - ekenosen), keď v inkarnácii vstupuje do priestoru ľudského života prijatím ľudskej prirodzenosti. Je

²⁴ Porov. ibidem, čl. 71.

²⁵ Ibidem, čl. 144.

²⁶ Porov. ibidem, čl. 149

²⁷ Porov. ibidem, čl. 256.

²⁸ **Κένωσις** - kenosis sa odvíja od vyjadrenia apoštola Pavla: „On, hoci má božskú prirodzenosť, nepridržal sa svojej rovnosti s Bohom, ale zriekol sa seba samého, vzal si prirodzenosť sluhy, stal sa podobný ľuďom; a podľa vonkajšieho zjavu bol pokladaný za človeka.“ (*Flp* 2,6-7). Jedná sa o pojem na základe ktorého sa interpretuje spásne vtelenia Krista v poníženosti a dobrovoľnosti. Nadväzuje na preexistenciu Slova, jeho spásne zostúpenie na tento svet a prijatie ľudskej prirodzenosti, až po smrť na kríži. Porov. ĎURICA, J. A KOL. 2015. *Stručný katolícky teologický slovník*. Trnava : Dobrá kniha, 2015, s. 451.

to nepochopiteľné tajomstvo agapickej lásky, ktorá ide až do krajnosti.²⁹ Tento kenotický rozmer je najzreteľnejší v Kristovi, ktorý - ako pripomína *Amoris laetitia* - jedol a pil s hriešnikmi a neodmietol ich (porov. *Mk* 2,16; *Mt* 11,19). Vstúpil do rozhovoru so Samaritánkou, čo sa v tej dobe vymykalo všetkým kultúrno-náboženských zvyklostiam (porov. *Jn* 4,7-26) a nechal si pomazať nohy hriešnou ženou, čo bolo vtedajšou spoločnosťou vnímané ako škandál (porov. *Lk* 7,36-50).³⁰

Takto sa zjavuje predovšetkým Božie milosrdenstvo, ktoré vychádza zo správania Božieho Syna, plného súcitu a lásky. Kristus nikoho nevyklučuje zo vzťahu, ale predstavuje sa ako pastier, ktorý hľadá aj tú jednu stratenú ovцу, nielen deväťdesiatdeväť (porov. *Lk* 15,4 -7). Dialogický rozmer tohto vzťahu sa prejavuje aj v Kristovej otázke človeku o jeho životných túžbach a očakávaniach, ktorou Boh otvára priestor pre slobodnú odpoveď lásky.³¹

Naopak, vzťah človeka k Bohu – napriek výnimočnosti sebareflexie človeka o sebe samom a kvalite jeho života – sa ponára do spretŕhania tohto vzťahu s Bohom, čo vedie k zhoršeniu kvality života vo všetkých jeho aspektoch. Človek sa ocitá v trpkkej realite, ktorú sprevádza bolesť, zlo, násilie a utrpenie rodiny spôsobené rozvratom intímneho spoločenstva života a lásky, až po extatické presadzovanie „práva“ zbaviť života iného (porov. *Gn* 4,9). Ďalšou oblasťou nevernosti človeka je jeho správanie voči prírode – egoistické a bezohľadné využívanie stvorenstva, ktoré premieňa raj na púšť.³²

V nasledujúcej tabuľke sú prehľadne zoradené hlavné atribúty interpersonálneho vzťahu Boha k človeku spolu s uvedením kľúčových článkov v exhortácii:

Tabuľka č. 2 Atribúty interpersonálneho vzťahu Boha k človeku

Oblasť vzťahu	Atribúty interpersonálneho vzťahu Boha k človeku	Kľúčové články
Vzťah Boh a človek	• hĺbka, intimita	• 28, 144, 168, 170, 122
	• starostlivosť (najmä o núdneho)	• 28, 168, 308
	• priateľskosť, každodenná vernosť	• 64, 289
	• kenosis	• 65, 318, 27
	• osobný za každých podmienok	• 71, 168, 289, 294, 309

²⁹ Porov. FRANTIŠEK, 2016. *Amoris Laetitia*, Posynodálna apoštolská exhortácia svätého otca Františka biskupom, kňazom a diakonom, zasväteným osobám, kresťanským manželom a všetkým veriacim laikom o láske v rodine, 19. marec 2016. [online]. [citované 2025 - 04 - 07]. Dostupné na internete: <https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/apostolska-exhortacia-amoris-laetitia>, čl. 65, 318.

³⁰ Porov. ibidem, 289, 294.

³¹ Porov. ibidem, čl. 309, 323.

³² Porov. ibidem, čl. 19, 26.

	túži po radosť človeka a živote bez konca	145, 149, 150, 168, 256, 323
	Atribúty interpesonálneho vzťahu človeka k Bohu	Kľúčové články
	odpoveď	28
	problém nevernosti s následkom narušenia vzťahov a kvality života	26, 19
	uplatňovanie násilia voči inému	20

Zdroj: Vlastný

Dominantným však ostáva zdôraznenie vzťahu Boha k človeku, ktorý sa prejavuje ako:

- hlboký vzťah lásky,
- starostlivý,
- kenotický,
- verný.

Vzťah človeka k človekovi

Tretia oblasť vzťahov v Amoris laetitia predstavuje vzťah človeka k človekovi. Pápež František sa zameriava na vzťahy hlavne v dvoch oblastiach:

- manželstvo
- rodina.

Exhortácia opäť pripomína, že vzťah v rámci manželstva má byť hlboko osobný a nežný (hebr. גַּמּוּל *gamul*), v dynamike spôsobu, akým Boh jedná s človekom. Tento vzor Božieho jednania sa má následne prejavíť aj vo vzájomných medziľudských vzťahoch. Takto chápaný základ vzťahu prispieva nielen k sebaafirmácii človeka a jeho osobnostnému rozvoju, ale aj k rozvoju sociálnych väzieb.³³

Súčasťou vzťahu má byť **dialóg** ako jeden zo základných predpokladov konštruktívneho a stabilného vzťahu. Dialogický rozmer manželstva podľa *AL* prispieva k poľudšteniu celého rodinného života. Predstavuje privilegovanú a nenahraditeľnú formu na ceste k plnosti agapickej lásky, ktorá rešpektuje rozdielnosť a originalitu každej osoby. Autentický dialóg predpokladá trpezlivosť a pozorné načúvanie druhému, sprevádzané úctou k hodnote jeho osoby, rešpektovaním jeho práva na existenciu, na vlastné myslenie a na šťastie.³⁴

Ďalší dôraz sa kladie v exhortácii na **elimináciu individualistickej logiky**. Práve táto logika privádza človeka k tomu, aby seba samého vnímal ako izolovaný subjekt, ktorý svoje vlastné túžby považuje za absolútne. To následne spôsobuje jednostranné očakávanie služieb vo vzťahu. Medzi ďalšie negatívne dôsledky individualistickej logiky patria:

³³ Porov. ibidem, čl. 28, 32.

³⁴ Porov. ibidem, čl. 32, 136-138

- deformácia rodinných vzťahov a zväzkov,
- neznášanlivosť,
- agresivita,
- presadzovanie vlastných práv bez uvedomenia si vlastných záväzkov,
- hodnotenie vlastného dobra bez vnímania širšieho životného kontextu a s dôrazom na momentálnu emocionalitu,
- neschopnosť sebadarovania voči druhému.³⁵

Ďalším predpokladom dobrých vzťahov je **vylúčenie povrchných a frenetických**³⁶ riešení. Tie sú spojené s „kultúrou provizórnosti“, podľa ktorej človek nadväzuje alebo ukončuje vzťah často rýchlo, s logikou „chuti konzumenta“ a bez pocitu zodpovednosti. Dokument uvádza aj ďalšie symptómy tejto kultúry, medzi ktoré patria:

- odmietanie perspektívy trvalého zväzku,
- hodnotenie vzťahu cez prizmu nákladov a výnosov,
- nadväzovanie vzťahu len za účelom prekonania samoty, získania nejakej služby alebo zabezpečenia ochrany.

Výsledkom toho je frustrácia jednej strany vzťahu, ktorá sa cíti byť využitá, zmanipulovaná alebo opustená. V manželstve sa to prejavuje krízou, ktorá sa rieši unáhle, bez odvahy zachovať trpezlivosť a bez skúmania možností vzájomného odpustenia, zmierenia a obety.³⁷

Na druhej strane *AL* zdôrazňuje vzťah v **hlbke agapickej lásky**, teda vzťah založený na láske, ušľachtilosti, angažovanosti a hrdinstve. V tejto forme vzťahov sila a rast rodiny súvisia so schopnosťou milovať a učiť milovať, napriek skúsenostiam so zraneniami. Vzťahy v manželstve vychádzajú a čerpajú z agapickej a vzájomnej absolútnej lásky Otca a Syna, ktorá v Kristovi získava pre manželstvo a rodinu milosť potrebnú na uskutočnenie týchto vzťahov. Pápež pripomína, že: „*Rodina a manželstvo boli vykúpené Kristom.*“ (*Ef 5,21-32*). Pohybujeme sa teda nie výlučne v direktívnych doktrínálnych či právnych formuláciách, ktoré sú v Cirkvi jasne stanovené, ale primárne v zdôraznení podstaty sviatostného rozmeru manželstva. Ten uvádza manželov do vzťahových princípov trojičnej agapickej lásky – nie len v zmysle inšpiratívneho pohľadu, ale ako účasti na tejto kvalite vzťahov, s citlivosťou k rôznym životným situáciám.³⁸ Pápež František poukazuje na model agapickej lásky prostredníctvom každého atribútu biblického hymnu lásky (porov. *1 Kor 13,4-7*) s dôrazom na:

- **Je trpezlivá** (gr. μακροθυμεῖ – *makrothymeí*) – nenechá sa viesť frenetickými činmi ani zlosťou; zároveň uznáva druhú osobu aj s jej nedokonalosťami.

³⁵ Porov. ibidem, čl. 33.

³⁶ Frenetický - búrlivý, veľmi nadšený, chorobne vzrušený.

³⁷ Porov. FRANTIŠEK, 2016. *Amoris Laetitia, Posynodálna apoštolská exhortácia svätého otca Františka biskupom, kňazom a diakonom, zasväteným osobám, kresťanským manželom a všetkým veriacim laikom o láske v rodine*, 19. marec 2016. [online]. [citované 2025 - 04 - 07]. Dostupné na internete: <https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/apostolska-exhortacia-amoris-laetitia>, čl. 39, 41.

³⁸ Porov. ibidem, čl. 40, 53, 63, 71-79.

- **Je dobrotivá** (gr. χρηστεύεται – *chresteuetai*) – koná dobro, slúži a sebadaruje sa druhým.
- **Nezávidí** (opakom je gr. ζήλος – *zelos*) – vylučuje žiarlivosť a nevníma úspech druhého ako ohrozenie.
- **Nevypína sa, nevystatuje sa** (opakom je gr. περπερεύεται – *perpereuetai*) – láska nie je márnivá, nepresadzuje sa agresívne ani nadradene.
- **Neteší sa z nepravosti** (gr. χαίρει ἐπὶ τῇ ἀδικίᾳ – *chairei epi te adikia*) – nevidí radosť v zle druhých, ale dokáže sa tešiť z ich dobra.
- **Raduje sa z pravdy** (gr. συγχαίρει τῇ ἀληθείᾳ – *synchairei te aletheia*) – pravda o druhom je spojená s rešpektom a uznaním jeho hodnoty.³⁹

Stabilný projekt manželstva s perspektívou na celý život sa v exhortácii spája so stabilným vzťahom. Pápež František v súvislosti s tým hovorí o „*najväčšom priateľstve*“, ktorého charakteristiku tvoria:

- hľadanie dobra druhého,
- vzájomnosť,
- intimita,
- nežnosť,
- stabilita,
- podobnosť medzi priateľmi,
- vzájomné zdieľanie života.⁴⁰

Medzi ďalšie dôležité aspekty, ktoré prispievajú k udržateľnosti a efektívnosti vzťahu v manželstve a rodine, patrí spoločné kráčajenie. Ide o zdôraznenie **vzťahu ako cesty**, nie ako dokonalej a statickej reality. V exhortácii sa pripomína potreba budovať vzťah so vzájomnou toleranciou vlastných chýb. Táto tolerancia opäť vychádza z agapickej lásky, ktorá uznáva hodnotu druhého minimálne tak, ako sa jednotlivec potvrdzuje vo vlastnej životnej realite. Vzťah v manželstve a rodine je teda spoločnou cestou, dynamickým procesom, ktorý napreduje postupným prijímaním Božích darov.⁴¹ Ak sa človek ocitol v zlomových alebo iregulárnych situáciách z hľadiska cirkevného práva, pápež František zdôrazňuje dôležitosť poskytovania pomoci na základe rozlišovania.⁴²

Manželstvo a rodinu tvoria osoby so svojimi nedokonalosťami, ktoré je potrebné vnímať ako súčasť reality a zároveň ako súčasť cesty k dosiahnutiu cieľa a očakávanej kvality života. V tomto zmysle exhortácia uvádza aj príklad rodiny s členom so zdravotným postihnutím. Jeho prijatie nie je len znakom uznania jeho hodnoty ako

³⁹ Porov. ibidem, čl. 91-109.

⁴⁰ Porov. ibidem, čl. 123.

⁴¹ Porov. ibidem, čl. 122, 243.

⁴² Pápež František v *Amoris laetitia* uplatňuje metódu graduality Jána Pavla II. s tradíciou duchovného rozlišovania, duchovného sprevádzania ale aj snahy o integráciu ľudskej slabosti s rešpektom k hodnote človeka. Porov. AMBROS, P. Rozlišování podle Amoris Laetitiae (kap. 8) papeže Františka jako diferencovanější podoba - graduality. In *Studia Theologica. Olomouc : CMTF UK, 2018*, ročník 20, číslo 1, Olomouc 2018, s. 111-128; porov. SPADARO, A. 2016. *La famiglia e la misericordia: un'ermeneutica di Amoris Laetitiae*. Roma : La Civiltà Cattolica, s. 105-128; porov. SCHÖNBORN, CH. 2017. *L'Amour dans la famille: commentaire sur Amoris Laetitiae*. Paris: Parole et Silence, 2017.

osoby s vlastnými potrebami a právami, ale aj príkladom prostredia, v ktorom je človek akceptovaný a integrovaný na základe milosrdenstva, a zároveň prostredím, kde dozrievajú vzťahy.⁴³

Stabilitu a udržateľnosť vzťahu môže narušiť **kríza**. Exhortácia ponúka pohľad na krízu v manželskom a rodinnom živote. Kríza je v nej vnímaná nielen ako prirodzená súčasť života, ale aj ako súčasť jeho dramatickej krásy života. Nevedie zákonite k oslabeniu vzťahu; naopak, ak je spoločne prekonaná, môže viesť k jeho upevneniu, usadeniu a dozretiu vína jednoty. K prekonaniu krízy podľa *AL* prispievajú:

- odvaha priznať problém a vlastnú nedokonalosť,
- vzájomná osobná prítomnosť, nie izolácia,
- komunikácia „od srdca k srdcu“,
- poskytnutie pomoci zo strany príbuzných, priateľov, cirkvi a niekedy aj profesionálnej podpory.⁴⁴

Oblasť vzťahu so zameraním na atribúty interpersonálneho vzťahu v manželstve a rodine možno zoradiť nasledovne:

Tabuľka č. 3 Atribúty interpersonálneho vzťahu v manželstve a rodine

Oblasť vzťahu	Atribúty interpersonálneho vzťahu v manželstve	Kľúčové články
Vzťah človek a človek	• intímny v rozmer nežnosti	• 28, 59
	• dialóg	• 32, 136-141
	• bez individualistickej logiky	• 33, 34, 39,
	• na základe agapickej lásky	• 40, 53, 59, 63, 91-109, 122
	• toleranciou chýb kvôli dosiahnutiu cieľa	• 122, 232-238
	• vo vedomí dospievania k agape	• 122, 127
	• vernosť a stabilita ako základ integrity muža a ženy	• 123, 163-164
	V rodine	Kľúčové články
	• hlboko osobný v rozmere nežnosti	• 28, 59

⁴³ Porov. FRANTIŠEK, 2016. *Amoris Laetitia, Posynodálna apoštolská exhortácia svätého otca Františka biskupom, kňazom a diakonom, zasväteným osobám, kresťanským manželom a všetkým veriacim laikom o láske v rodine*, 19. marec 2016. [online]. [citované 2025 – 04 - 07]. Dostupné na internete: <https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/apostolska-exhortacia-amoris-laetitia>, čl. 47.

⁴⁴ Porov. ibidem, čl. 232-238.

	• bez individualistickej logiky	• 33, 34,
	• s agapickou logikou	• 53
	• s perspektívou zostarnutia v rodine	• 191-193

Zdroj: Vlastný

V tejto časti štúdie sme predstavili vzťah človeka k človeku ako proces dozrievania v láske, ktorý sa opiera o princípy agapickej lásky, dialógu a vzájomného rešpektu. Dôraz bol kladený na vzťahy v manželstve a rodine, ktoré nie sú statickými a dokonalými skutočnosťami, ale dynamickou cestou, na ktorej sa manželia učia trpezlivosti, odpusteniu a sebadarovaniu. Poukázali sme tiež na to, že krízy a ťažkosti boli prirodzenou súčasťou života, no ak boli prijaté a prekonané s dôverou a odvahou, viedli k prehĺbeniu jednoty a zrelosti lásky. Takto *Amoris laetitia* ponúka realistický, ale zároveň nádejný pohľad na ľudské vzťahy formované uznaním hodnoty človeka, Božou milosťou a hľadaním dobra druhého na základe agapickej lásky, ktorá je trojičným darom.

Záver

V exhortácii *Amoris laetitia* pápež František predstavuje integrálny sociálno - antropologický pohľad na človeka, ktorý je chápaný vo vzťahovom dynamizme – vo vzťahu k sebe samému, Boha a človeka, ale ja človeka k druhému človeku. Tento trojrozmerný pohľad odhaľuje vnútornú jednotu ľudskej osoby, ktorá sa realizuje v procese sebareflexie, dozrievania a otvorenosti voči druhému.

V rovine **vzťahu človeka k sebe samému** pápež zdôrazňuje význam individuálnej dôstojnosti a slobody, ktoré nie sú izolované, ale smerujú k plnosti osoby v kontexte medziľudských vzťahov. Človek je pozvaný k osobnému rastu a k prijatiu seba samého ako daru, ktorý sa naplno uskutočňuje len v otvorenosti voči druhým a v schopnosti darovať sa v láske.

V **vzťahu Boha a človeka** sa ukazuje pôvod i cieľ všetkých medziľudských vzťahov. Láska, ktorá má svoj prameň v trojičnom spoločenstve, je vzorom a základom každej ľudskej lásky. Boh vo svojom kenotickom postoji vstupuje do ľudskej reality, aby človeka povýšil a ukázal mu jeho vlastnú hodnotu. Táto skutočnosť určuje aj etický a duchovný horizont, v ktorom sa uskutočňuje autentická ľudská existencia.

Vo **vzťahu človeka k človekovi**, najmä v manželstve a rodine, nachádza *Amoris laetitia* konkrétny priestor realizácie agapickej lásky. Pápež František poukazuje na potrebu prekonania individualistickej logiky a kultúry provizórnosti, ktoré vedú k oslabeniu medziľudských väzieb. Zároveň vyzýva k obnoveniu nežnosti, trpezlivosti, odpustenia a vernosti ako základov trvalého a zreleho vzťahu. **Kríza** vo vzťahu nie je chápaná ako zlyhanie, ale ako výzva a príležitosť k rastu, k prehĺbeniu lásky a k zrelej forme spoločenstva. Práve v situáciách krehkosti a zraniteľnosti sa ukazuje pravá sila lásky, ktorá sa nechá viesť duchom milosrdenstva.

Z celkového pohľadu možno konštatovať, že sociálno - antropologické chápanie človeka v *Amoris laetitia* smeruje k harmonickému prepojeniu individuálnej dôstojnosti s komunitným rozmerom existencie. Človek je bytosťou vzťahu - bytosťou, ktorá nachádza vlastné naplnenie nie v uzavretosti do seba, ale v otvorenosti voči Bohu

a blížnemu. Tento integrálny pohľad predstavuje nielen teologickú syntézu Františkovej pastoračnej vízie, ale aj aktuálnu výzvu pre súčasnú kultúru, aby znovuobjavila človeka ako osobu povolanú k láske, spoločenstvu a radosti zo života.

BIBLIOGRAFIA

PRAMENE

1. Sväté Písmo

Sväté písmo. Starého i Nového zákona. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 2004. ISBN 80-7162-448-9.

Katechizmus katolíckej cirkvi. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 1998. ISBN 80-162-253-2.

2. Pápežské dokumenty

ENCYKLIKA

BENEDIKT XVI., 2005. *Encyklika pápeža Benedikta XVI. Deus caritas est.* [online]. [citované 2025 - 04 - 07]. Dostupné na internete: <https://kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/encyklika-deus-caritas-est-boh-je-laska>

APOŠTOLSKÁ EXHORTÁCIA

FRANTIŠEK, 2016. *Amoris laetitia*, Posynodálna apoštolská exhortácia svätého otca Františka biskupom, kňazom a diakonom, zasväteným osobám, kresťanským manželom a všetkým veriacim laikom o láske v rodine, 19. marec 2016. [online]. [citované 2025 - 04 - 07]. Dostupné na internete: <https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/apostolska-exhortacia-amoris-laetitia>

LITERATÚRA

AMBROS, P. 2018. *Rozlišování podle Amoris Laetitia (kap. 8) papeže Františka jako diferencovanější podoba - graduality.* In *Studia Theologica*. Olomouc : CMTF UK, 2018. ISSN 1212-8570.

ĎURICA, J. A KOL. 2015. *Stručný katolícky teologický slovník.* Trnava : Dobrá kniha, 2015. ISBN 978-80-7141-955-6.

HANOBIK, F. 2011. *Moderná spoločnosť a kríza rodiny.* In *Sociálna patológia rodiny.* Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, 2011. ISBN 978-80-8132-000-2.

HERIBAN, J. 1998. *Príručný lexikón biblických vied.* Bratislava : Don Bosco, 1998, ISBN 80-99933-07-2.

MAJDA, M. a kol. *Psychological and social dimensions of caring for injured children in professional families.* In: *Clinical social work and health intervention.* Viedeň : Gesellschaft für angewandte Präventionsmedizin. Roč. 15, č. 6 (2024), s. 38-53. ISSN 2222-386X. ISSN (online) 2076-9741.

POTOČÁROVÁ, M. 2019. *Rodina a výchova k rodinným vzťahom dnes – etické súvislosti,* Košice : Byzant, 2019. ISBN 978-80-85581-84-3.

SCHÖNBORN, CH. 2017. *L'Amour dans la famille: commen taire sur Amoris Laetitia*. Paris: Parole et Silence, 2017. ISBN 13: 978-2-88918-855-0.

SPADARO, A. 2016. *Struttura e significato dell'Esortazione apostolica post-sinodale di Papa Francesco - Amoris laetitia*. In *La Civiltà Cattolica*. Quaderno 3980.

ŠAŠKOVIČ, R. *Päť rokov od Amoris laetitia/ Rozlišovanie je ťarcha, ktorej sa netreba báť*. [online]. [citované 2025 - 04 - 07]. Dostupné na internete: <https://svetkrestanstva.postoj.sk/85536/rozlisovanie-je-tarcha-ktorej-sa-netreba-bat>

ŠPIDLÍK, T. 2000. *My v Trojici*. Velehrad : Refugium Velehrad – Roma, 2000. ISBN 80-86045-53-6.

TOMÁNEK, P. 2012. Nové formy rodiny. In *Lifelong Learning – celoživotní vzdělávání*. Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve

KOMPARÁCIA MEDZIGENERAČNÝCH VZŤAHOV V MAJORITNEJ SPOLOČNOSTI A V RÓMSKEJ MENŠINE

COMPARISON OF INTERGENERATIONAL RELATIONS IN THE MAJORITY SOCIETY AND IN THE ROMA MINORITY

Zuzana Budayová¹

¹ *Katolícka univerzita v Ružomberku, Teologická fakulta, Teologický inštitút v Spišskom Podhradí, Spišská Kapitula 12, 053 04 Spišské Podhradie*

Abstrakt

Teoretické východiská: Abstrakt vychádza z predpokladu, že medzigeneračný konflikt je univerzálny jav, no jeho dynamika, prejavy a možnosti riešenia sú zásadne ovplyvnené sociálno-kultúrnym kontextom. Teoretické východiská spočívajú v porovnaní individualistických a kolektivistických hodnotových orientácií vo vzťahu k rodinnej štruktúre, autorite a životným cieľom.

Cieľ: Cieľom analýzy bolo identifikovať, porovnať a teoreticky ukotviť kľúčové rozdiely a podobnosti v povahe a mechanizmoch riešenia medzigeneračného konfliktu na príklade dvoch odlišných kazuistík: rodina z majoritnej spoločnosti a rodina z rómskej menšiny.

Metódy: Ako metóda bola použitá kvalitatívna komparatívna analýza dvoch kazuistík. Dáta boli spracované metódami kvalitatívnej obsahovej analýzy a zakotvenej teórie (otvorené a axiálne kódovanie), čo viedlo k vytvoreniu paradigmatického modelu konfliktu. Táto metodika umožnila systematicky kategorizovať vzťahy medzi príčinami, kontextom a dôsledkami konfliktu v oboch sociálnych prostrediach.

Výsledky: Analýza odhalila, že hoci základom konfliktu v oboch kontextoch je stret túžby mladých po autonómii a individuálnych ambíciách s autoritou staršej generácie, kultúrne prostredie mení jeho podobu. V majorite je dominantným problémom slabnúca autorita v praktickej viacgeneračnej domácnosti, riešiteľná komunikáciou a kompromisom. V rómskej menšine, kde prevláda silná patriarchálna autorita a normatívna viacgeneračnosť, konflikt spochybňuje kolektívnu identitu a vyžaduje komunitnú mediáciu a kombináciu tradície so vzdelaním.

Záver: Medzigeneračný konflikt je primárne ovládaný hodnotovým stretom individualizmu a kolektivismu. Zistenia zdôrazňujú, že pre efektívne riešenie konfliktov je nutné zohľadniť sociálno-kultúrny kontext, pretože ten určuje mieru tolerance voči individuálnej emancipácii a legitímnosť autority starších.

Kľúčové slová:

Medzigeneračné vzťahy. Komparácia. Majoritná spoločnosť. Rómska menšina. Rodina, Kultúrne špecifiká.

Abstract

Theoretical background: The abstract is based on the assumption that intergenerational conflict is a universal phenomenon, but its dynamics, manifestations and possibilities for resolution are fundamentally influenced by the socio-cultural context. The theoretical background lies in the comparison of individualistic and collectivist value orientations in relation to family structure, authority and life goals.

Aim: The aim of the analysis was to identify, compare and theoretically anchor key differences and similarities in the nature and mechanisms of resolving intergenerational conflict using the example of two different case studies: a family from the majority society and a family from the Roma minority.

Methods: A qualitative comparative analysis of two case studies was used as the method. The data were processed using qualitative content analysis and grounded theory methods (open and axial coding), which led to the creation of a paradigmatic model of conflict. This methodology allowed for a systematic categorization of the relationships between the causes, context and consequences of conflict in both social environments.

Results: The analysis revealed that although the basis of the conflict in both contexts is the clash of the desire of the young for autonomy and individual ambitions with the authority of the older generation, the cultural environment changes its form. In the majority, the dominant problem is the weakening authority in the practical multi-generational household, which can be solved through communication and compromise. In the Roma minority, where strong patriarchal authority and normative multi-generationality prevail, the conflict challenges collective identity and requires community mediation and a combination of tradition and education.

Conclusion: Intergenerational conflict is primarily dominated by the value clash of individualism and collectivism. The findings emphasize that for effective conflict resolution, it is necessary to take into account the socio-cultural context, because it determines the degree of tolerance towards individual emancipation and the legitimacy of the authority of the elderly.

Keywords:

Intergenerational relations. Comparison. Majority society. Roma minority. Family, Cultural Specifics.

Úvod

Medzigeneračné vzťahy – teda väzby medzi staršími a mladšími generáciami – sú základom rodinnej a spoločenskej štruktúry. Skúmajú sa najmä v kontexte solidarity, podpory (materiálnej i emocionálnej), prenosu kultúrnych hodnôt a identity, autority starších, ako aj zmien, ktoré prináša modernizácia, migrácia, urbanizácia a ekonomický tlak. V stredoeurópskom/regiónovom kontexte je rómska menšina jednou z etnických skupín, pri ktorej sa medzigeneračné vzťahy prejavujú špecificky – kvôli historickej diskriminácii, sociálno-ekonomickému znevýhodneniu, segregácii, odlišnej rodinnej kultúre.

Cieľom tejto štúdie je porovnať štruktúru medzigeneračných vzťahov, hodnoty a správanie v majoritnej spoločnosti a v rómskej menšine na Slovensku, identifikovať faktory, ktoré tieto vzťahy formujú, a načrtnúť implikácie pre sociálnu politiku.

Generácie v štruktúre rodiny

Generácia je pokolenie ľudí, ktorí sa narodili približne v rovnakom období. Spájajú ich podobné hodnoty a záujmy. V minulosti bolo v rodinnom živote bežné, že žilo viacero generácií v jednom príbytku. Spolunažívanie viacerých generácií v jednom dome, nazývame viacgeneračné rodiny. Takéto spolunažívanie prináša členom domácnosti výhody, ale aj nevýhody. Pozitívom je, že sa učia rešpektovať sa navzájom, pomáhajú si a dodržiavajú pravidlá. Nevýhodou však môže byť, že sa generácie medzi sebou rozchádzajú v názoroch a predstavách o výchove. Osobitnú pozornosť detí a vnúčať si zaslúžia starí rodičia. Je potrebné im pomáhať, rozumieť ich a rešpektovať ich potreby. Odmenou je ich láska, starostlivosť a vďačnosť (Život vo viacgeneračných rodinách 2025).

Takáto forma viacgeneračného bývania už ani nie je tak populárna ako potrebná, v niektorých prípadoch až nutná. Mladí ľudia majú problém so získaním nájomných bytov (Charles 2025).

Lovašová (2016) rodiny delí podľa kultúrnej orientácie, ktorá ovplyvňuje hodnotový rebríček rodiny, taktiež rozloženie a usporiadanie sociálnych rolí v rodine a zároveň s tým súvisiacu vnútornú štruktúru rodiny. Kultúrna orientácia tiež podmieňuje spôsoby riešenia problémových situácií a konfliktov ako aj trávenie voľného času, ale aj tresty či sankcie v rodine, prípadne náboženskú orientáciu rodiny. V odlišnosti kultúrnej orientácie rodiny je možné v SR hovoriť o troch typoch rodiny:

- slovenská rodina, v zmysle západoeurópskej rodiny, nerozlišuje sa tu národnosť, kultúrna orientácia napr. maďarskej a slovenskej rodiny je veľmi blízka (z hľadiska sociálnej práce),
- rómska rodina, kultúrna orientácia aj spôsob života či deľba sociálnych rolí je výrazne odlišná,
- utečenecká rodina, kultúrna orientácia závisí od pôvodu rodiny (Lovašová 2016).

Rodinný kódex predstavuje určitý systém rodinných hodnôt a morálnych zásad. Rodinný kódex je aj ovplyvnený rodinnými tradíciami a zvykmi. Kódex tvorí určité rodinné pravidlá, ktoré určujú kedy sa má čo a ako robiť, prípadne aké sú sankcie. Súčasťou kódexu sú rodinné príhody, ktoré zachovávajú popis situácií, konfliktov v minulosti, ich riešenie a dlhodobé následky na rodinu. Na tzv. rodinné legendy sa môžu viazať aj tzv. rodinné poveria, kvôli ktorým môže rodina udržiavať konflikt dlhodobo neriešený.

Medzigeneračné väzby

Podľa Hudecovej a Brozmanovej Gregorovej (2008) in Lovašová (2016) medzigeneračné väzby predstavujú prenos vzorcov správania, ale aj očakávaní. Príkladom môže byť určenie sociálnych rolí v rodine z tzv. primárnych rodín partnerov – zakladateľov rodiny. Pre funkčnosť rodiny je dôležité vyjasnenie a zladenie týchto

očakávaní, s čím je prepojené aj vytvorenie vlastného rodinného kódexu, na ktorom by sa mali partneri zhodovať.

Štruktúra rodiny

Pri štruktúre rodiny podľa Hudecovej a Brozmanovej Gregorovej (2008) je potrebné odlišovať jednotlivca. Vzťahy môžu byť tvorené rôzne a to:

- ✓ na základe partnerských vzťahov (rodičia),
- ✓ rodu (matka – dcéra, otec – syn),
- ✓ vekovej blízkosti (súrodenci).

Hudecová a Brozmanová Gregorová (2008) konštatujú, že v rámci vzťahov v rodine je možné sledovať aj spojenectvá a to:

- ✓ vo forme aliancie – keď členov rodiny spája spoločný záujem,
- ✓ vo forme koalície – ktorá síce tiež sleduje spoločný záujem, no zároveň je zameraná proti záujmu iného člena rodiny.

V rámci štruktúry rodiny by sa mala posudzovať aj funkčnosť rodičovského systému, čiže aká je kvalita vzťahu vo viacgeneračných rodinách. Vo vzájomných vzťahoch starých rodičov ku rodičom, rodičia k deťom, starý rodičia ku vnúčatám. Úroveň a udržiavanie vzťahov v širšej rodine, je dôležité poznať aj komunikačný štýl rodiny. Hodnotí sa jasnosť komunikácie v zmysle jednoznačnej a kongruentnej komunikácie, participácia členov na komunikácii, kto začína, kto sa nezapája a kto končí, ako riešia konfliktné situácie a emocionalita vzťahov (Matoušek, 2003).

Interakčné vzorce

Vyjadrujú rodinné vzťahy. V rámci celej rodiny možno nájsť rôzne stereotypy ako napríklad spoločný nedeľný obed, rozlúčka pred odchodom a iné. V rodine je dôležité identifikovať interakcie, ktoré udržujú konflikty neriešené alebo sa viac prehlbujú (Hudecová, Brozmannová Gregorová 2008).

V minulosti bolo vopred dané a úplne prirodzené alebo dosť bežné, spolužitie viac generácií v jednej domácnosti. Ale časy sa menia a s tým aj názor na život a bývanie.

V súčasnosti mladí radšej bývajú samostatne a oddelene od svojich rodičov a starých

rodičov. Vo viacerých prípadoch prevládajú isté negatíva o spoločnom spolužití viacerých generácií pod jednou strechou. Negatíva sa nemusia nijako prejavíť a ani naplniť. Každé spoločné bývanie má svoje pozitíva aj negatíva, ale platí to pre akékoľvek spolužitie, hoci aj dvoch osôb. Ak v jednom dome žijú dve, tri generácie je jasné, že to nebude ideálne a bezchybné.

Podľa Goodmana (2003) sa medzigeneračná triáda definuje na základe emočných väzieb medzi starými rodičmi, rodičmi a vnúčatami. Goodman (2003) ďalej konštatuje, že viacgeneračné rodiny obsahuje zložitú dynamickú koalíciu a alianciu v rámci sociálneho systému. V súvislosti s dynamickým sociálnym systémom rodiny poukazujú aj autori Birditt, Lauren, Fingerman, Steven (2012) na možnosť generačných rozdielov, pri prenose medzi starými rodičmi a vnúčatami. Rodinný príslušníci nemajú na seba navzájom rovnaký vplyv.

Podľa Kľetovej, Dlabalovej (2008) spolužitie generácií môže prechádzať od ideálneho poňatia k negatívnemu až neželanému efektu, ktorý delia nasledovne:

- realistické, rovnocenné spolužitie – vyvážené vzťahy medzi členmi v rodine, vzájomná akceptácia názorov, záujmov starnúceho člena rodiny,
- liberálne spolužitie – každý vládne nad svojim časom, objavuje sa prvok oslabenia
- väzieb, neuvedomovanie si povinností voči starnúcim členom rodiny,
- poklonkárské spolužitie – sympatie členov sú založené na službách, bezmocnosť voči
- mladším generáciám v snahe zachovať dobrý vzťah,
- nezmieriteľné spolužitie – silne negatívne postoje k spolužitiu,
- vynútené spolužitie – generácie sú nútené žiť v spoločnej domácnosti, nedobrovoľné
- spolužitie nemusí však vždy byť negatívne (napr. starostlivosť o chorého seniora...),
- vypočítavé spolužitie – využívanie rodičov, starých rodičov, finančné zneužívanie.

Pozitíva viacgeneračných rodín

Bývanie viacgeneračných rodín v jednej domácnosti znamená, že sa nikdy nebudeme cítiť osamelo. Ako potvrdzujú zistenia Oxfordskej univerzity spolubývanie so starými rodičmi má aj svoje výhody. Svoj výskum upriamila na 1500 tínedžerov z Anglicka a Walesu a podľa jej záverov „intenzívnejšia interakcia so starými rodičmi znižuje u mladistvých emocionálne problémy a problémy so správaním (Charles 2025). Je potrebné si aj uvedomiť, že stále sa nájde niekto koho môžeme požiadať o pomoc pri strážení a zabavení detí. Takéto spolunažívanie umožňuje flexibilitu v zamestnaní (Viacgeneračná rodina 2025).

V prípade zhoršenia zdravotného stavu starých rodičov, nepriaznivej sociálnej a psychickej situácii, je viacgeneračné spolužitie významným zdrojom vzájomnej opory, pomoci a zároveň aj starostlivosti zo strany detí (Význam viacgeneračnej rodiny optikou najstaršej a najmladšej generácie 2025).

Plusy medzi spolužitím viacerých generácií patrí delenie sa o skúsenosti, vzájomná pomoc a v neposlednom rade blízkosť či láska, ktorá býva intenzívna a dôležitá najmä medzi starými rodičmi a vnúčatami. Samozrejme sa mladší môžu postarať o starších, je to priaznivá socializácia. Výhodou viacgeneračného bývania je aj znižovanie nákladov na bývanie a osobu (Viacgeneračné bývanie 2025).

Viacerí autori sa zhodujú, že spoločné bývanie je aj po finančnej stránke. Výdavky sa rozdeľujú na viacerých členov. Je však dôležité, aby aj v tejto otázke bolo jasné, kto čo financuje a kto je za čo zodpovedný. Viacgeneračné bývanie je ideálne pre deti a starých rodičov, pričom starí rodičia ich nielen postrážia, zabavia, ale aj pomôžu s chodom v domácnosti, navaria alebo ideálnom prípade vyberú deti zo škôlky, záujmových krúžkov a odbremenia rodičov. Starí rodičia slúžia deťom ako vzor a samozrejme aj iná autorita ako sú rodičia (Árpová 2018a).

Pozitíva viacgeneračnej rodiny je hlavne to, že predstavuje mikrosociálne prostredie, ktoré je tvorené okruhom najbližších ľudí, ktorí ovplyvňujú naše vnímanie a konanie. Vo vnútri viacgeneračnej rodiny, prevažne dochádza k formovaniu najmladšej generácie. Je to miesto, kde si príslušníci navzájom vymieňajú svoje názory, postoje, hodnoty, ale aj sociálnu oporu a pomoc. Starí rodičia predstavujú generáciu, ktorá vzhľadom na ontogenetický vývoj bude potrebovať pomoc a oporu. Generácia vnúčat, predstavuje v prípade potreby, zdroj, ktorý môže starým poskytnúť práve tú oporu a aj pomoc. Práve z toho dôvodu sa stáva viacgeneračné bývanie viac výhodné (Ondrejko 2014).

Negatíva viacgeneračných rodín

Najčastejší negatívom viacgeneračných domácností je zmätočný prístup k výchove detí. Je to spornou oblasťou vzájomného spolužitia, kumuluje napätie, a v konečnom dôsledku vedie k medzigeneračným konfliktom. Starí rodičia majú úplne iný názor na výchovu vnúčat ako rodičia. Ďalším problémom je priestor a súkromie. Starí rodičia majú viac voľného času a neraz zvyknú sa zaujímať o náš život a riešiť ho (Šatara, Morávková 2020).

K nedostatku súkromia za najväčšie riziko môžeme považovať financie a spoločné hospodárenie aj napriek tomu, že veľa mladých rodín práve z tohto dôvodu volia túto cestu spoločného nažívanie pod jednou strechou. Spornou oblasťou vzájomného spolužitia, ktorá kumuluje napätie, a v konečnom dôsledku vedie k medzigeneračným konfliktom, je zásah starých rodičov do výchovného procesu (Hovanová, Šlosár 2020).

Nájdu sa situácie, kedy aj napriek všetkým pravidlám a zásadám, ktoré si vo viacgeneračných domácnostiach určíme, je nemožné si vybudovať v vlastnú samostatnosť a jednotu. A to hlavne vtedy, keď niektorá zo zúčastnených strán nie je schopná zmieriť sa so zmenou statusu. Čiže dospelé „dieťa“ nie je schopné opustiť závislé postavenie voči rodičom. Prevziať na seba dospelú zodpovednosť za svoj život a svoju novú rodinu a postaviť sa na stranu svojho manželského partnera, hoci aj proti vlastným rodičom. Alebo ak je problém na druhej strane. Rodičia nedokážu pustiť svoje dospelé dieťa žiť svoj samostatný život, robiť vlastné rozhodnutia a uprednostňovať svojho manželského partnera pred nimi.

Práve kvôli týmto dôvodom je spolužitie viac generácií v jednej domácnosti pre mladú rodinu nezaujímavý. Hlavným dôvodom je možnosť väčšej slobody, a to ako v živote samotnom, tak aj v rozhodovaní sa bez ohľadu na ostatných. Samostatné bývanie poskytuje nielen väčšiu slobodu priestoru a jeho užívania, ale aj pokoja po náročných pracovných povinnostiach. Aj trávenie voľného času je často spojené s možnosťou mať vlastné hobby a záľuby, s ktorými v rodina až tak nesúhlasí (Árpová, 2018b).

Konfliktné situácie viacgeneračných rodín

Konfliktné situácie vo viacgeneračných rodinách patria medzi najčastejšie a najintenzívnejšie spomedzi všetkých krízových udalostí, pretože môžu viesť aj k rozvodom alebo k nezhodám v rodinách. Niektoré až tak, že prerušia vzťahy a rodiny

medzi sebou nekomunikujú a ani sa nenavštevujú. Podľa Levickej pojem rodinná kríza je situácia, ktorú rodina vníma ako extrémne zaťažujúcu a stresujúcu. Tieto okolnosti priamo ohrozujú buď jednotlivých členov rodiny, alebo rodinu ako celok (Levická 2004).

Hlavné problémy medzigeneračných vzťahov v rodine sú predovšetkým konflikty medzi rodičmi a deťmi, starými rodičmi a vnúčatami. Konflikt je v domácej sociológii interpretovaný ako stret protichodných záujmov, názorov, cieľov a ideológií medzi jednotlivcami alebo sociálnymi skupinami (Vzájomnosť pokolení 2025).

Konflikty v domácnostiach, kde žije viac rodín pod jednou strechou, majú rôzny charakter, skoro všetky konflikty v rodinách sú postavené na nedostatočnej komunikácii, ale aj na presadzovaní vlastných záujmov na úkor ostatných členov rodiny a podobne. Najčastejšie vznikajú z nedostatku záujmu všetkých členov, jednostranného zaťaženia niektorého z členov rodiny alebo z pocitu nedostatočného ocenenia zo strany ostatných.

Konflikty sú súčasťou každodenného života. Neriešené konflikty k frustrácii, depresii a trvalému narušeniu vzájomných vzťahov (Harvan 2025). Stret názorov viacgeneračných rodín je rozdielnych, pretože každý žil v inom svete, storočí a sú poznačený inou spoločnosťou, výchovou, vzdelaním, životnými skúsenosťami. Tieto situácie zvyčajne bývajú zdrojom konfliktu. Každý pozerá na rovnakú vec, ale zo svojho uhla pohľadu. Všetko je o komunikácii ako aj o hľadaní konštruktívnych riešení so zameraním sa na všetky zúčastnené strany a nielen na presadenie vlastných záujmov. Vo väčšine prípadov vzniká konflikt vtedy, keď sa sporiace strany nedokážu počúvať a napriek tomu, že pri komunikácii predkladajú pádne argumenty a v konečnom dôsledku by dospeli k uspokojivému riešeniu, dostávajú sa do konfliktu, pretože sa na situáciu nedokážu pozrieť z iného, ako zo svojho uhla pohľadu (Harvan, 2025).

Viacgeneračné spolužitie je úzko späté s pravidlami a normami, na základe ktorých rodina udržiava svoj systém funkčný. Starí rodičia pristupujú k participácii na živote v rodine v rôznej miere a individuálnym spôsobom. Ich zaangažovanosť vplýva nielen na chod a riadenie činnosti v domácnosti, ale aj na vzťahy v rodine. Vo vzťahu k mladšej a strednej generácii môže formovať konflikty medzi generáciami, ak sa viacgeneračná domácnosť riadi pravidlami, ktoré sú východiskom názorov a postojov výhradne starších ľudí v rodinnom systéme (Bengtson, Oyama 2007).

Viacgeneračné rodiny, ktoré pozostávajú z najmenej dvoch alebo viacerých generácií žijúcich spolu, môžu zažívať konflikty v dôsledku rôznych faktorov, ako sú rozdiely v hodnotách, presvedčeniach, životnom štýle, očakávaniach a štýloch komunikácie. Tu je niekoľko príkladov:

- **Generačné rozdiely:** Medzi rôznymi generáciami môžu existovať značné rozdiely v postojoch, hodnotách a presvedčeniach, čo môže viesť k nedorozumeniam a konfliktom. Napríklad starší členovia rodiny môžu mať tradičnejšie názory na otázky, ako je manželstvo, rodičovstvo a rodové roly, zatiaľ čo mladší členovia môžu mať liberálnejšie alebo modernejšie perspektívy.
- **Rodičovské štýly:** Keď spolu žije viacero generácií, môžu vzniknúť nezhody týkajúce sa rodičovských štýlov, disciplíny a praktík výchovy detí. Starší členovia

rodiny môžu mať pocit, že majú právo zasahovať do výchovy svojich vnúčat, zatiaľ čo mladší rodičia môžu mať pocit, že je podkopávaná ich autonómia.

- **Finančné problémy:** Zdieľanie financií môže viesť aj ku konfliktom. Napríklad jedna generácia môže mať pocit, že prispieva na výdavky domácnosti viac ako druhá generácia, alebo môžu existovať nezhody v tom, ako by sa mali míňať alebo šetriť peniaze.
- **Súkromie a osobný priestor:** Život v tesnej blízkosti môže byť tiež náročný. Členovia rodiny môžu mať pocit, že je narušené ich súkromie a osobný priestor, čo vedie k napätiu a konfliktom.
- **Zdravie a starostlivosť:** Keď spolu žije viacero generácií, môže dochádzať ku konfliktom v otázkach zdravia a starostlivosti. Napríklad starší členovia rodiny môžu vyžadovať viac starostlivosti a pozornosti, čo môže zaťažovať mladších členov rodiny, ktorí môžu mať iné povinnosti.
- **Kultúrne rozdiely:** Viacgeneračné rodiny môžu tiež zažiť konflikty v dôsledku kultúrnych rozdielov. Rôzne generácie môžu mať napríklad rôzne predstavy o tom, čo sa považuje za vhodné správanie, obliekanie alebo spoločenské normy.

Celkovo môžu byť konflikty vo viacgeneračných rodinách zložité a náročné na vyriešenie. Otvorená komunikácia, vzájomný rešpekt a ochota robiť kompromisy sú nevyhnutné pre udržanie harmonických vzťahov v týchto rodinách (Šatara, Morávková 2020).

Empirická časť

Použitá metodológia vychádza z princípov kvalitatívnej obsahovej analýzy (Content Analysis) a aplikácie zakotvenej teórie (Grounded Theory), čo text explicitne spomína (napr. otvorené kódovanie, kategorizácia, paradigmatický model).

Cieľom extrakcie bolo identifikovať, porovnať a teoreticky ukotviť kľúčové faktory, dynamiku a možnosti riešenia medzigeneračných konfliktov v dvoch rôznych kultúrnych a sociálnych kontextoch (majorita vs. rómska menšina).

Vstupným textom boli dve podrobné kazuistiky (rodina Novákových a rodina Horváthových) a ich komparatívna analýza.

Ako štruktúru výstupu sme zvolili štruktúrovaný paradigmatický model, ktorý kategorizuje príčiny, kontext, javy a riešenia konfliktu.

Samotná extrakcia (zber kľúčových informácií) prebiehala v štyroch nadväzujúcich fázach:

A. Fáza obsahovej analýzy (Identifikácia kľúčových tém)

1. Tematická segmentácia: Text bol rozdelený podľa vnútornej logiky na základné tematické okruhy, ktoré sa v oboch kazuistikách porovnávajú (napr. typ rodiny a domácnosti, autorita starších, charakter konfliktu, riešenie konfliktu).
2. Extrakcia faktov: Priamo z textu kazuistík boli vyňaté konkrétne, nemenné fakty pre každú rodinu (napr. rodinné zloženie, vek, lokalita, dôvod spolunažívania).
3. Extrakcia perspektív: Boli extrahované teoretické perspektívy, ktorými sa konflikt analyzuje (psychologická, sociologická, kultúrna perspektíva).

B. Fáza otvoreného kódovania (Open Coding)

Ide o prvý, najjemnejší krok analýzy a extrakcie významových jednotiek (kódov). Každá veta alebo krátky úsek textu, ktorý obsahoval dôležitú informáciu, bol označený kódmi.

- Proces kódovania: Text bol čítaný riadok po riadku a boli vytvárané deskriptívne kódy, ktoré zhrnuli podstatu daného úseku.
- Špecifická extrakcia (Dualita): Kódy boli vytvárané duálne, aby odrážali rozdiel medzi kazuistikami (napr. kód „Slabnúca autorita starých rodičov“ pre Novákových bol porovnaný s kódom „Silná patriarchálna autorita“ pre Horváthových).

C. Fáza kategorizácie (Axial Coding)

Z rozsiahleho zoznamu otvorených kódov (viď body 2 a 3 v texte) sa vytvorili široké, abstraktnejšie kategórie (tzv. axiálne kódovanie), ktoré spájajú spoločné javy a vzťahy.

- Vytvorené kategórie (Extrahované závery):
 1. Rodinná štruktúra a viacgeneračnosť (spája kódy o motivácii bývania).
 2. Autorita a mocenské vzťahy (spája kódy o sile vplyvu staršej generácie).
 3. Hodnotové orientácie (spája kódy o individualizme vs. kolektivizme).
 4. Mechanizmy riešenia konfliktu (spája kódy o komunikácii, mediácii, kompromise).

D. Fáza paradigmatického modelu (Selective Coding)

Táto záverečná extrakčná fáza slúži na ukotvenie všetkých kategórií okolo jednej centrálnej témy a na vytvorenie teoretického rámca.

Identifikovali sme centrálnu kategóriu ktorá znie: „Stret individualizmu a kolektivismu v medzigeneračných vzťahoch“.

Extrahované kategórie boli usporiadané do štruktúry:

- 1) Kauzálny podmienky (Príčiny): Zber dát sa zameriava na to, čo vyvoláva konflikt (napr. odlišná rodinná štruktúra a mocenské vzťahy).
- 2) Kontext (Podmieňujúce faktory): Extrakcia sa zameriava na vonkajšie vplyvy (socio-ekonomické a kultúrne prostredie).
- 3) Stratégie riešenia (Intervenujúce podmienky): Zber dát sa sústreďuje na navrhované postupy a intervencie.
- 4) Dôsledky (Výsledky): Extrakcia sa zameriava na potenciálne dopady konfliktu a jeho riešenia na rodinu.

Táto metodológia teda nebola len o jednoduchom kopírovaní dát, ale o komplexnom procese, pri ktorom sa z dvoch prípadových štúdií extrahovali a syntetizovali teoretické poznatky na základe princípov kvalitatívnej analýzy. Hlavným "zberom dát" bolo v tomto prípade práve systematické kódovanie a kategorizovanie informácií obsiahnutých v texte.

Kazuistika: Medzigeneračný konflikt v rodine Novákových

1. Úvod do prípadu

Rodina Novákových žije v menšom meste na východnom Slovensku. Domácnosť tvorí stará mama (72 rokov), jej syn (45 rokov) so svojou manželkou (42 rokov) a dvomi deťmi – dcéra (17 rokov) a syn (14 rokov). Spoločná domácnosť vznikla po tom, čo stará mama ovdovela a presťahovala sa k synovi, aby neostala sama.

Na prvý pohľad ide o klasickú viacgeneračnú domácnosť, kde by vzájomná podpora mala byť prirodzenou súčasťou života. V praxi sa však ukazuje, že rozdiely v hodnotách, očakávaniach a životnom štýle vyvolávajú čoraz častejšie konflikty.

2. Opis problému

Stará mama je silne orientovaná na tradičné hodnoty. Verí, že mladí ľudia by mali rešpektovať autoritu starších, riadiť sa ich radami a prispôsobovať sa rodinným pravidlám.

Syn s manželkou sú z generácie, ktorá sa snaží kombinovať tradičné prvky s moderným životným štýlom. Chcú vychovávať deti partnersky, s dôrazom na samostatnosť, no zároveň musia zvládať ekonomický tlak – práca na smeny, hypotéka, vysoké životné náklady.

Dcéra (17 r.) odmieta tradičné pravidlá. Túži po väčšej slobode, plánuje ísť študovať na vysokú školu do iného mesta, trávi veľa času na sociálnych sieťach. Stará mama to vníma ako neúctu a hrozbu pre rodinnú súdržnosť.

Syn (14 r.) je skôr pasívny, ale čoraz častejšie sa dostáva medzi dva svety – rešpekt k starej mame a súhlas so staršou sestrou, ktorá reprezentuje moderné vzory.

3. Dynamika konfliktu

Medzigeneračný konflikt sa prejavoval v troch oblastiach:

1) Autorita a rešpekt

Stará mama očakáva, že vnučka sa bude zapájať do domácich prác a nebude spochybňovať jej názory. Vnučka však reaguje vzdorom, čo vedie k hádkam.

Rodičia sa snažia situáciu zmierniť, ale sú nútení rozhodovať, na koho stranu sa postaví.

2) Hodnoty a životný štýl

Generačné rozdiely sa prejavujú aj v postojoch k voľnému času, vzdelaniu a rodovej roli. Stará mama verí, že dievča by sa malo pripraviť na manželstvo a rodinu. Vnučka vidí budúcnosť v štúdiu a kariére.

Syn rodiny sa ocitá medzi dvoma pólmi – rešpektuje matku, no zároveň podporuje dcérine ambície.

3) Ekonomický tlak

Život vo viacgeneračnej domácnosti je lacnejší, ale znamená aj vyššie napätie. Stará mama prispieva len malým dôchodkom, čo spôsobuje, že rodičia cítia ekonomickú záťaž. Ona si to však neuvedomuje a očakáva, že sa rodina bude riadiť jej predstavami.

4. Analýza prípadu

Psychologická perspektíva: Konflikt je prirodzený dôsledok odlišných vývinových štádií. Adolescenti hľadajú autonómiu, zatiaľ čo staršia generácia potrebuje cítiť rešpekt a uznanie.

Sociologická perspektíva: Ide o stret tradičného modelu viacgeneračnej rodiny s moderným modelom individualizovanej spoločnosti. Zmena hodnôt sa prejavuje najmä u mladšej generácie.

Kultúrna perspektíva: Ak by išlo o rómsku rodinu, autorita starších by bola ešte silnejšia a odpor mladých by bol vnímaný ako závažnejší problém. V majoritnej spoločnosti je však individualizácia prirodzenejšia a viac tolerovaná.

5. Riešenia a intervencie

- ✓ Rodinná mediácia: zapojiť neutrálneho sprostredkovateľa, ktorý pomôže pomenovať očakávania jednotlivých členov a hľadať kompromisy.
- ✓ Intergeneračný dialóg: vytvoriť priestor, kde stará mama môže zdieľať rodinné tradície a hodnoty, zatiaľ čo mladší prezentujú svoje plány a ambície.
- ✓ Rozdelenie úloh: jasne stanoviť, kto je zodpovedný za čo v domácnosti, aby sa predišlo pocitu nespravodlivosti.
- ✓ Podpora autonómie mladých: rodičia by mali rešpektovať snahu detí o samostatnosť, ale zároveň udržať základné pravidlá spoločného života.

6. Záver

Kazuistika rodiny Novákových poukazuje na to, že medzigeneračný konflikt je často prirodzeným dôsledkom stretu hodnôt, očakávaní a sociálnych podmienok. Hoci je konflikt bolestivý, môže sa stať aj príležitosťou na rast a prehĺbenie vzájomného porozumenia. Kľúčovým faktorom je otvorená komunikácia a hľadanie rovnováhy medzi tradíciou a modernými požiadavkami mladšej generácie.

Kazuistika: Medzigeneračný konflikt v rodine Horváthových

1. Úvod do prípadu

Rodina Horváthových žije v marginalizovanej rómskej komunite na okraji okresného mesta. V jednej domácnosti žije starý otec (68 rokov), jeho syn (40 rokov) s manželkou (37 rokov), ich traja synovia (18, 15 a 11 rokov) a dcéra (16 rokov). V dome býva aj teta (sestra syna, 35 rokov) so svojimi dvomi deťmi. Domácnosť je teda výrazne viacgeneračná a početná, čo je v rómskych komunitách bežný jav.

Stredobodom rodiny je starý otec, ktorý je považovaný za hlavu rodiny a autoritu. Tradične rozhoduje o kľúčových veciach – od rodinných osláv až po ekonomické záležitosti. Konflikt sa začína vyostrovať vo chvíli, keď najstarší vnuk (18 rokov) začne odmietať rodinné očakávania a túži odísť do mesta, kde by chcel pokračovať v učňovskej škole a neskôr si nájsť prácu mimo komunity.

2. Opis problému

Starý otec presadzuje tradičný model: mladí by mali zostať v komunite, rešpektovať starších, zapojiť sa do rodinných povinností a prispievať do domácnosti. Podľa jeho názoru je odchod do mesta riskantný a znamená ohrozenie identity rodiny. Rodičia sa nachádzajú medzi dvomi pólmi – na jednej strane rešpektujú otca a jeho autoritu, na druhej strane chápu synovu túžbu po vzdelaní a lepšom živote. Obávajú sa, že ak by otvorene podporili syna, dostali by sa do konfliktu s otcom.

Najstarší vnuk (18 r.) vníma tradičné očakávania ako obmedzujúce. Chce si vytvoriť samostatný život, mať stabilnú prácu a nezávislosť. Konfrontuje starého otca a odvoláva sa na spolužiakov z majority, ktorí už žijú samostatnejšie. Dcéra (16 r.) je vystavená tlaku ohľadom skorého manželstva – starý otec i teta jej pripomínajú, že by mala čo najskôr vstúpiť do partnerského vzťahu. Ona však chce dokončiť školu a zvažuje pokračovanie na strednej odbornej škole. Ostatné deti zatiaľ otvorene nevstupujú do konfliktu, no vnímajú napätie a rozdielnosť hodnôt medzi generáciami.

3. Dynamika konfliktu

Konflikt sa prejavuje na viacerých úrovniach:

1. Otázka autority

Starý otec očakáva, že jeho rozhodnutia budú rešpektované bez diskusie. Najstarší vnuk však odmieta tento model a otvorene spochybňuje jeho rozhodnutia. To vedie k ostrým hádkam a napätiu v celej domácnosti.

2. Hodnoty a životné ciele

Staršia generácia zdôrazňuje komunitu, rodinu a kolektívnu solidaritu.

Mladšia generácia preferuje individuálne ciele – vzdelanie, prácu, kariérny rast a slobodu.

3. Rodové roly

Dcéra sa ocitá v konflikte medzi očakávaniami na skoré manželstvo a vlastnou túžbou po vzdelaní. V komunite sa jej postoj stretáva s kritikou, čo vytvára tlak aj na rodičov.

4. Ekonomické faktory

Domácnosť je závislá od sociálnych dávok a príležitostnej práce. Starý otec sa obáva, že ak vnuk odíde, rodina stratí pracovnú silu a podporu. Vnuk však argumentuje, že mimo komunity môže získať stabilný príjem, ktorým by neskôr rodine viac pomohol.

4. Analýza prípadu

Psychologická perspektíva: Ide o prirodzený konflikt medzi potrebou autonómie u adolescenta a potrebou udržať kontrolu u staršej generácie.

Sociologická perspektíva: Konflikt odráža napätie medzi tradičným kolektivistickým modelom a tlakom modernizácie, vzdelania a individualizácie, ktoré prenikajú do rómskych komunít.

Kultúrna perspektíva: Autorita starších je v rómskej komunite silnejšia než v majorite. Jej spochybnenie má oveľa väčší dopad, pretože sa interpretuje ako ohrozenie celého poriadku a solidarity rodiny.

5. Možné riešenia a intervencie

✓ Rodinná mediácia a komunitný dialóg: zapojiť komunitného mediátora alebo terénneho sociálneho pracovníka, ktorý by pomohol otvoriť diskusiu medzi generáciami.

✓ Podpora vzdelávania: vysvetliť staršej generácii prínosy vzdelania a dlhodobej zamestnanosti. Možno predstaviť príklady iných mladých Rómov, ktorí úspešne skombinovali štúdium a podporu rodiny.

✓ Posilnenie identity: zdôrazniť, že odchod za vzdelaním nemusí znamenať stratu rómskej identity. Mladí môžu zostať v kontakte s rodinou a komunitou, zároveň si však budujú budúcnosť.

✓ Flexibilné riešenia: kompromisom môže byť, že vnuk odíde študovať, ale bude sa pravidelne vracáť a pomáhať rodine, čím sa zachová väzba a dôvera.

6. Záver

Kazuistika rodiny Horváthových ilustruje typický medzigeneračný konflikt v rómskej komunite, kde sa stretáva tradičná autorita starších s ambíciami mladšej generácie uspieť mimo komunity. Tento konflikt nie je len vnútro-rodinným problémom, ale odráža aj širšie spoločenské faktory – chudobu, marginalizáciu, nedostatok príležitostí a stret kultúrnych hodnôt.

Hoci konflikt môže viesť k rozdeleniu rodiny, môže sa stať aj príležitosťou na adaptáciu: ak sa nájde rovnováha medzi rešpektom k tradíciám a podporou individuálnych cieľov mladých, môže rodina posilniť svoju vnútornú kohéziu a zároveň zlepšiť perspektívy budúcich generácií.

Komparatívna analýza kazuistík medzigeneračného konfliktu

Základná charakteristika

Rodina Novákových (majorita): viacgeneračná domácnosť vznikla z praktických dôvodov (stará mama sa prisťahovala po ovdovení). Konflikt sa sústreďuje na hodnotové rozdiely a autonómiu adolescentky.

Rodina Horváthových (rómska menšina): viacgeneračná domácnosť je prirodzenou súčasťou života. Konflikt sa odohráva medzi starým otcom ako hlavou rodiny a najstarším vnukom, ktorý odmieta tradičný model a túži po vzdelaní mimo komunity.

Tab. 1 Hlavné oblasti konfliktu

Oblasť	Majoritná rodina	Rómska rodina
Autorita starších	Stará mama má očakávania, no jej autorita je oslabená – rodičia ani deti ju vždy nenasledujú.	Autorita starého otca je silná a spochybnenie sa vníma ako ohrozenie celej rodinnej hierarchie.
Hodnoty a životný štýl	Spor medzi tradíciou (úcta, domáce povinnosti) a modernými hodnotami (vzdelanie, kariéra, sloboda).	Spor medzi kolektivismom (ostať v komunite, pomáhať rodine) a individualizmom (odísť študovať, budovať kariéru).
Rodové roly	Konflikt najmä u dcéry (17 r.), ktorá odmieta tradičné ženské povinnosti.	Konflikt u dcéry (16 r.), ktorá odmieta skorý sobáš a túži pokračovať v štúdiu.
Ekonomický kontext	Hlavným zdrojom napätia sú náklady na viacgeneračné spolunažívanie a pocit nespravodlivého zaťaženia.	Ekonomická neistota je zásadná – starší sa boja straty pracovnej sily a zdroja solidarity, mladší vidia šancu v odchode.

Vlastné spracovanie

Psychologické aspekty

V oboch prípadoch adolescenti hľadajú autonómiu a nezávislosť, čo staršia generácia vníma ako ohrozenie tradičných rolí.

Rozdiel je v intenzite konfliktu – v majoritnej rodine ide o bežný stret hodnôt medzi generáciami, v rómskej rodine je konflikt hlbší, pretože spochybňuje základný princíp rodinnej hierarchie a kolektívnej identity.

Sociologické aspekty

Majorita: Viacgeneračná domácnosť je skôr výnimkou, preto konflikty vznikajú z núteného spolunažívania a rozdielných životných štýlov.

Rómska menšina: Viacgeneračná domácnosť je normou, no modernizačné tlaky a prienik majority vytvárajú nové hodnotové dilemy.

Kultúrne aspekty

Majoritná rodina má väčšiu toleranciu k individualizácii – očakáva sa, že mladí ľudia budú postupne nezávislí.

Rómska rodina kladie väčší dôraz na kolektivismus a úctu k starším – individualistické správanie sa vníma ako oslabenie solidarity.

Možnosti riešenia

Majorita: Riešenie spočíva v komunikácii, jasnom rozdelení úloh a rešpekte k samostatnosti mladých.

Rómska menšina: Riešenie si vyžaduje zapojenie komunitných autorít alebo mediátorov, aby sa prepojili hodnoty vzdelania s tradičnými normami solidarity.

Záver

Obe kazuistiky ukazujú, že medzigeneračné konflikty majú univerzálny základ – stret medzi tradíciou a modernými požiadavkami. Rozdiel je v sociálno-kultúrnom kontexte:

- V majorite sú konflikty súčasťou prirodzenej individualizácie spoločnosti.
- V rómskej komunite sú konflikty hlbšie a kolektívne významnejšie, pretože spochybňujú základný poriadok komunity a postavenie starších.

Porovnanie ukazuje, že hoci mechanizmus konfliktu je podobný (autonómia mladých vs. autorita starších), jeho dôsledky a možnosti riešenia sa výrazne líšia v závislosti od kultúrneho a sociálneho prostredia.

Obsahová analýza a otvorené kódovanie kazuistickej metódy

Obsahová analýza sa zameriava na identifikáciu hlavných tém a významových jednotiek v texte. Zo schémy môžeme vyčleniť tieto tematické kategórie:

1) Typ rodiny a domácnosti

Majorita: viacgeneračná domácnosť z praktických dôvodov.

Rómska menšina: viacgeneračná domácnosť ako norma.

2) Autorita starších

Majorita: oslabená autorita staršej generácie.

Rómska menšina: silná autorita staršieho muža (starého otca).

3) Charakter konfliktu

Majorita: individuálna autonómia vs. tradícia.

Rómska menšina: kolektivismus vs. individualizmus.

4) Riešenie konfliktu

Majorita: komunikácia, kompromis, samostatnosť mladých.

Rómska menšina: mediácia, zapojenie komunity, kombinácia tradície a vzdelania.

Otvorené kódovanie

Otvorené kódovanie znamená rozčlenenie textu na menšie významové jednotky (kódy), ktoré zachytávajú podstatu obsahu.

Tab. 2 Komparácia - otvorené kódovanie kazuistík

Kódy z majoritnej spoločnosti:	Kódy z rómskej menšiny
Praktická viacgeneračnosť – spoločné bývanie vzniká zo sociálnych alebo ekonomických dôvodov.	Normatívna viacgeneračnosť – spoločné bývanie viacerých generácií ako základný model.
Slabnúca autorita starých rodičov – starší strácajú kontrolu nad rozhodovaním.	Silná patriarchálna autorita – starší muž ako rozhodujúci činiteľ.
Individuálna autonómia – mladí preferujú samostatnosť a osobný rozvoj.	Kolektivismus – rodinná solidarita a povinnosť prispievať do domácnosti.
	Individuálne ambície – túžba mladých po vzdelaní a živote mimo komunity.

Komunikácia ako nástroj riešenia – dialóg a kompromis ako spôsob zvládania konfliktu.	Komunitná mediácia – riešenie konfliktov prostredníctvom sprostredkovania a kolektívnej autority. Kombinácia tradície a modernity – snaha nájsť rovnováhu medzi hodnotami komunity a potrebami jednotlivca.

Vlastné spracovanie

V komparácii jednotlivých kódov sme zistili že:

Obe skupiny: konflikt medzi mladými (autonómia/individuálne ambície) a staršími (autorita/tradícia).

Rozdiely:

V majorite je viacgeneračné bývanie nutnosťou, v rómskej menšine normou. Autorita starších je v majorite oslabená, v rómskej komunite kľúčová. Riešenia v majorite sú individuálne a komunikatívne, v rómskej menšine kolektívne a komunitné.

Kategorizácia medzigeneračných konfliktov

Prvá kategória, Rodinná štruktúra, poukazuje na to, že hoci je viacgeneračné spolužitie zdrojom potenciálneho konfliktu v oboch skupinách, jeho motivácia je odlišná: v majorite je praktická viacgeneračnosť, zatiaľ čo v rómskej menšine ide o normatívnu viacgeneračnosť.

Druhá kategória, Autorita a moc, identifikuje zásadný rozdiel v postavení staršej generácie, kde v majorite ide o slabnúcu autoritu starých rodičov, kým v rómskej menšine pretrváva silná patriarchálna autorita.

V rámci Hodnotových orientácií text zdôrazňuje, že kľúčovým jadrom konfliktu je stret individualizmu a kolektivismu, pričom mladí v majorite hľadajú individuálnu autonómiu a rómski mladí majú individuálne ambície v protiklade ku kolektivismu komunity.

Posledná kategória, Mechanizmy riešenia konfliktu, porovnáva stratégie zvládania napätia: v majorite prevládajú komunikácia a kompromis, zatiaľ čo v rómskej menšine sa vyžaduje komunitná mediácia a kombinácia tradície a modernity. Záverečné výsledné kategórie zhrňajú tieto zistenia do štyroch hlavných tematických oblastí: rozdielny význam rodinnej štruktúry a viacgeneračnosti, odlišné autoritatívne a mocenské vzťahy, protichodné hodnotové orientácie (individualizmus verus kolektivismus) a rôznorodé riešenia konfliktov.

Paradigmatický model medzigeneračných konfliktov sme spracovali na základe metodiky podľa autora J. Hendla (2016) do viacerých fenoménov (oblastí).

Centrálna kategória: Stret individualizmu a kolektivismu v medzigeneračných vzťahoch

Táto centrálna kategória spája všetky zistenia: mladí členovia rodiny sa usilujú o autonómiu a samostatnosť, zatiaľ čo starší presadzujú tradície, autoritu a kolektívne väzby.

Príčiny (kauzálne podmienky):✓ **Rodinná štruktúra:**

Majorita – viacgeneračné spolunažívanie z praktických dôvodov (ekonomika, starostlivosť).

Rómska menšina – viacgeneračnosť ako norma a základ identity.

✓ **Mocenské vzťahy:**

Slabnúca autorita staršej generácie v majorite.

Silná patriarchálna autorita v rómskej menšine.

Kontext (podmieňujúce faktory):**Sociálno-ekonomické prostredie:**

Majorita – relatívne vyššia sociálna stabilita, viac možností pre mladých.

Rómska menšina – sociálna marginalizácia, chudoba, obmedzené príležitosti.

Kultúrne prostredie:

Majorita – orientácia na individualizmus, modernizáciu a emancipáciu.

Rómska menšina – dôraz na tradície, rodovú hierarchiu a kolektívnu solidaritu.

Dôsledky (fenomény, ktoré konflikt prináša):**Na úrovni rodiny:**

Majorita – generačné nezhody, napätie, postupná emancipácia mladých.

Rómska menšina – ostré konflikty, ktoré môžu ohroziť rodinnú jednotu a postavenie autorít.

Na úrovni jednotlivca:

Frustrácia mladých (obmedzovanie autonómie).

Frustrácia starších (strata autority alebo ohrozenie tradície).

Stratégie riešenia (intervenujúce podmienky):

Majorita: komunikácia, kompromis, tolerancia, postupná akceptácia samostatnosti mladých.

Rómska menšina: komunitná mediácia (terénni sociálni pracovníci, autority), kombinácia tradície a modernity – umožniť vzdelanie a individuálne ambície, no zachovať väzby na rodinu.

Výsledky (následky stratégií):

Majorita: postupná adaptácia na individualistický model rodiny, oslabenie viacgeneračného modelu.

Rómska menšina: buď posilnenie rodinných väzieb prostredníctvom kompromisu, alebo pretrhnutie väzieb v prípade odchodu mladých mimo komunitu.

Tab. 3 Vizualizácia modelu (stručný textový náčrt):

<i>Príčiny: (rodinná štruktúra, autorita starších)</i>
↓
<i>Kontext: (socio-ekonomické a kultúrne prostredie)</i>
↓
<i>Centrálna kategória: STRET INDIVIDUALIZMU A KOLEKTIVIZMU</i>

↓
<i>Dôsledky: (napätie, generačné konflikty, oslabenie alebo posilnenie rodiny)</i>
↓
<i>Stratégie riešenia: (komunikácia vs. mediácia)</i>
↓
<i>Výsledky: (adaptácia na individualizmus vs. kompromis alebo rozdelenie rodiny)</i>

Záver

Komparácia medzigeneračných vzťahov v majoritnej spoločnosti a v rómskej menšine ukázala, že hoci na oboch stranách dochádza ku generačným konfliktom, ich príčiny, podoby a riešenia sa odlišujú. V majoritnej spoločnosti má konflikt prevažne charakter postupnej emancipácie mladšej generácie, ktorá sa usiluje o väčšiu autonómiu, pričom autorita staršej generácie sa oslabuje. Napätia sa riešia najmä prostredníctvom komunikácie, kompromisu a tolerance, čo postupne vedie k transformácii rodinných väzieb smerom k individualistickému modelu.

V rómskej menšine sú medzigeneračné vzťahy výraznejšie formované silnou autoritou starších členov rodiny a zakorenenou hodnotou kolektivismu. Konflikty majú ostrejší charakter, keďže mladší členovia často čelia dileme medzi rešpektovaním tradície a túžbou po vzdelaní a samostatnosti. Riešenia sa hľadajú prostredníctvom komunitnej mediácie, zapájania širšej rodiny a kombinácie tradičných hodnôt s modernými prvkami, čo umožňuje udržať rodinnú súdržnosť a zároveň otvára priestor pre individuálny rozvoj.

Výsledky naznačujú, že hoci sa v oboch prostrediach prejavuje univerzálny fenomén generačného napätia, jeho dynamika je zásadne podmienená kultúrnym a sociálno-ekonomickým kontextom. Kým v majorite dochádza k postupnému oslabeniu viacgeneračného modelu rodiny, v rómskej menšine zostáva tento model silný, no zároveň je vystavený novým výzvam spojeným s modernizáciou a integráciou.

Praktické odporúčania

1. Pre pedagógov a školy:

- Vzdelávacie inštitúcie by mali reflektovať kultúrne rozdiely v rodinných vzťahoch a posilňovať mediátorské zručnosti učiteľov pri riešení konfliktov medzi rodičmi, starými rodičmi a žiakmi.
- Je vhodné zapájať rodičov a starých rodičov do vzdelávacieho procesu, napr. formou spoločných projektov, aby sa podporilo porozumenie medzi generáciami.
- Pri práci s rómskymi deťmi klásť dôraz na kombináciu rešpektu k tradíciám a motiváciu k individuálnemu rozvoju.

2. Pre sociálnych pracovníkov:

- V majoritnej spoločnosti posilňovať komunikačné zručnosti rodín a podporovať medzigeneračný dialóg, ktorý znižuje konflikty.
- V rómskej menšine využívať komunitnú mediáciu – zapájať starších členov rodiny, komunitných lídrov či terénnych sociálnych pracovníkov, ktorí majú prirodzenú autoritu.

- Vytvárať programy, ktoré spájajú tradičné prvky rodinného života s modernými prístupmi (napr. rodinné poradenské centrá, komunitné dielne).

3. Pre komunitných lídrov a samosprávu:

- Organizovať medzigeneračné aktivity (spoločné kultúrne, športové a vzdelávacie podujatia), ktoré budujú solidaritu medzi vekovými skupinami.
- Podporovať inkluzívne projekty, kde sa prepájajú majoritné a minoritné komunity, čím sa znižujú predsudky a posilňuje sociálna kohézia.
- Poskytovať priestor pre hlas mladých – vytvárať podmienky, aby mohli vyjadriť svoje potreby a zároveň ich zladať s hodnotami staršej generácie.

4. Celospoločenská úroveň:

- Podporovať výskum a osvetu o medzigeneračných vzťahoch v rôznych kultúrnych kontextoch, čím sa prispieva k lepšiemu porozumeniu dynamiky rodiny.
- Zavádzať vzdelávacie programy o interkultúrnej komunikácii pre odborníkov (učiteľov, sociálnych pracovníkov, zdravotníkov).
- Budovať spoločenské prostredie, ktoré uznáva hodnotu rodinnej tradície, no zároveň podporuje individuálne práva a slobodu rozhodovania.

BIBLIOGRAFIA

Árповá, A. 2018a. *Prevencia sociálnopatologických javov u adolescentov*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2018. 164 s. ISBN 978-80-8132-186-3.

Árповá, A. 2018b. *Komunikačné zručnosti v zdravotníctve a sociálnej práci*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2018. 87 s. ISBN 978-80-8132-185-6.

Bengtson, V. L., Oyama, P. S. 2007. *Intergenerational Solidarity: Strengthening Economic and Social Ties: výskumná správa*. New York: United Nations Headquarters. 2007. 20 s.

Birditt, K., Lauren, A. T., Fingerman, L. K., Steven, H. 2012. Intergenerational Relationship Quality Across Three Generations. In. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. [online]. 2014, vol. 67, no. 5 [cit. 2025-09-28]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22628478/>

Goodman, CH. C. 2003. Intergenerational Triads in Grandparent – Headed Families. In. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*,. 2003, vol. 58, no. 5 [cit. 2025-09-28]. Dostupné na internete: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/58/5/S281/611346>

Harvan, M. 2025. Prečo vznikajú konflikty v rodine kde žije senior? [online]. [cit. 2025-09-29]. <https://uzitocna.pravda.sk/seniori/clanok/557045-preco-vznikaju-konflikty-v-rodine-kde-zije-senior/>

Hovanová M., Šlosár, D. 2020. *Sanácia dysfunkčnej rodiny v pomáhajúcich profesiách*. Košice: UPJŠ v Košiciach. 178 s.

Hendl, J. Kvalitativní výzkum Základní metody a aplikace. Praha: Portál 2016 496 s. ISBN 9788026219682.

Hudecová, A., Brozmanová Gregorová, A. 2008. Sociálna práca s rodinou. 2. doplnkové vyd. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela, Pedagogická fakulta, 2008, 250 s. ISBN 978-80-8083-597-2

Charles. *Viacgeneračné bývanie je späť: Toto sú jeho výhody a nevýhody*. [online]. [cit. 2025.09.30.] Dostupné na internete: <https://www.charles.sk/blog-detail/viacgeneracne-byvanie-je-spat-toto-su-jehovyhody-a-nevyhody>.

Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha: Grada. 2008. 208 s. ISBN 8024721699.

Levická, J. a kol. 2004. Sociálna práca s rodinou I. Trnava: Mosty, n. f. a Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU Trnava, 2004, s. 39. ISBN 80-89074-93-6.

Lovašová, S. 2016. *Sociálna práca: formy, postupy a metódy*. Košice: UPJŠ. ISBN 978-80-8152-386-1

Matoušek, O. a kol. 2003. Metody a řízení sociální práce. 2003. 1. vyd. Praha: Portál. 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2. 364-78.

Ondrejko, P. 2014. Keď poviem medzigeneračné vzťahy.... In Świątkiewicz, K. W. (ed.). I. Nitrianske sociologické kolokvium. Medzigeneračné vzťahy v rodine a kultúre: medzinárodná konferencia vedeckého kolokvia 11.10.2013. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014.

Šatara, E., Morávková, S. 2020. Význam viacgeneračnej rodiny optikou najstaršej a najmladšej generácie, [online]. [cit. 2025-09-29].Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/publication/338799441_VYZNAM_VIACGENERACNE_J_RODINY_OPTIKOU_NAJSTARSEJ_A_NAJMLADSEJ_GENERACIE_The_importance_of_the_multigenerational_family_through_the_optics_of_the_oldest_and_youngest_generation

Viacgeneračná rodina, [online]. [cit. 2025-09-28]. Dostupné na internete: <https://www.woman.sk/sex-avztahy/sex-a-vztahy-vztahy/viacgeneracna-domacnost-stary-trend-sa-vracia/>

Význam viacgeneračnej rodiny optikou najstaršej a najmladšej generácie, [online]. [cit. 2025-09-28]. Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/publication/338799441_VYZNAM_VIACGENERACNE_J_RODINY_OPTIKOU_NAJSTARSEJ_A_NAJMLADSEJ_GENERACIE_The_importance_of_the_multigenerational_family_through_the_optics_of_the_oldest_and_youngest_generation

Viacgeneračné bývanie, [online]. [cit. 2025-09-28.] Dostupné na internete: <https://uzitocna.pravda.sk/seniori/clanok/620600-viacgeneracne-byvanie-je-stale-aktualne-moze-ale-priniestaj-trenice/>.

Vzájomnosť pokolení. [online]. [cit. 2025-09-28]. Dostupné na internete: <https://minikar.ru/sk/happiness/vzaimootnosheniya-pokolenii-v-seme-kratko-roblemy-pokolenii-v/>.

Život vo viacgeneračných rodinách. [online]. [cit. 2025.09.30.] Dostupné na internete: https://cloud-9.edupage.org/cloud/ON6-zivot_vo_viacgeneracnych_rodinach.pdf?z%3Aaijf1GkqHEN8H2O1thlwn3pvs6LoVxVcqOwicl3OonlctRifR2f9TV3by14Tn2kd

Kontakt

doc. PhDr. Mgr. Zuzana Budayová, PhD. M.Ed.

E-mail: zuzana.budayova@ku.sk

BETWEEN PROFESSION AND MISSION: CHALLENGES OF WORKLOAD IN SENIOR CARE FACILITIES

Szilvia Buzalová¹, Lucia Ludvigh Cintulová²

^{1,2}*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.*

Abstract

Introduction: The provision of social services in Slovakia faces chronic challenges, including a shortage of qualified personnel, high workloads, and psychological fatigue, which adversely affect the quality of care. This study focused on the work-life interface among social service workers, particularly exploring how negative interactions (work interference with personal life, WIPL; personal life interference with work, PLIW) and positive interactions (work enhancement of personal life, WEPL; personal life enhancement of work, PLEW) influence employees' intention to stay in or leave the profession. The study was grounded in role theory, the work demands-resources model, and salutogenic theory, which distinguishes between health-enhancing factors and risk factors influencing occupational outcomes.

Methods: A quantitative survey was conducted with 251 employees from senior social service facilities, including social workers, care workers, and other staff. Participants' age, professional experience, employment type, and exhaustion levels were recorded. Work-life interface constructs and intention to stay or leave were measured using structured questionnaires. Data analysis included descriptive statistics, correlations, and multiple regression models to examine relationships between independent and dependent variables. Reliability was assessed using Cronbach's alpha.

Results: The findings indicated that WIPL was significantly associated with a higher intention to leave the profession ($\beta = 0.32$, $p = 0.001$) but showed no significant effect on intention to stay. PLIW had minor effects on both outcomes, slightly reducing intention to stay ($\beta = -0.09$, $p = 0.013$) and slightly increasing intention to leave ($\beta = 0.21$, $p = 0.010$). Positive factors, particularly WEPL, had the strongest effects, increasing intention to stay ($\beta = 0.32$, $p < 0.001$) and decreasing intention to leave ($\beta = -0.99$, $p < 0.001$). PLEW showed only marginal effects on both intentions. Other predictors of intention to leave included younger age, short tenure, and single marital status, while previous career experience increased intention to stay.

Discussion: The results confirm that negative work-life interactions, such as WIPL, are strong predictors of turnover, while positive interactions, especially WEPL, play a critical role in retention. These findings extend salutogenic theory by highlighting that health-enhancing factors are linked to the intention to stay, whereas stressors and risk factors drive intentions to leave. The study underscores the importance of designing interventions that reduce work interference and enhance the positive impact of work on personal life, including wellness programs, family benefits, and opportunities for intrinsic job satisfaction.

Conclusion: This research demonstrates that fostering positive work-life interactions is crucial for retaining social service workers in Slovakia. Organizational strategies that

minimize WIPL and maximize WEPL can improve employee well-being, reduce burnout, and support sustainable staffing in social services. These findings have practical implications for HR practices, policy design, and interventions aimed at improving employee retention in high-demand social service roles.

Keywords

Social care services. Workload. Burn out. Research.

Introduction

The research problem arises from real and long-standing difficulties in the provision of social services in Slovakia. According to data from the National Center for Health Information (NCZI, 2022), there are more than 600 social service facilities (SSF) in Slovakia, which provide care for approximately 40,000 recipients. However, these facilities face a chronic shortage of qualified personnel, which directly translates into high workload, psychological fatigue and a decline in the quality of the services provided. The profession of a social worker in social service facilities is often associated with the risk of mental and physical strain, higher demands on work performance, communication, and the readiness to respond promptly to a client's needs and help them solve problems. It is also associated with great responsibility, dedication, and often a sense of having a mission. (Bundzelová, Neborásková, 2023)

According to role theory, individuals occupy various work and personal roles. Based on this theory, among the factors that influence employees' decisions to stay or leave an organization, special attention is paid to those related to the perception of the mutual influence of work and personal life. Our research focuses on the relationship between work and personal life, which originally focused mainly on negative experiences that arise when work responsibilities interfere with personal life (so-called work-life conflict - WIPL) or vice versa, when personal life interferes with work responsibilities (so-called work-life conflict - PLIW). However, the positive impact of work and personal life has gradually begun to be investigated - that is, how work can enrich personal life (WEPL) and how personal life can contribute to better performance at work (PLEW). It turns out that employees who perceive that their work negatively affects their personal life have a greater tendency to leave their job and a lower desire to stay in it. Conversely, those who feel that their work positively affects their life have a lower tendency to consider leaving the organization and are more motivated to stay. This research problem is therefore extremely topical and socially important. Identifying factors contributing to burnout, as well as designing effective strategies for preventing and supporting the mental health of employees in social services, are crucial for the sustainability of the quality of social services in Slovakia. Some aspects of our research are supported by using other theories to extend the main theoretical framework rooted in the work demands and resources model. Strain theory suggests that individuals have limited time, energy and emotional resources and that with increasing demands from work or personal life, the pool of resources is depleted. Work interferes with personal life (WIPL) occurs when work demands drain the

resources needed to satisfactorily engage in personal life roles, including self-care or roles related to relationships with family and friends. The second area of research, Personal life interferes with work (PLIW), occurs when participation in personal life roles, such as caring for family members and loved ones, participating in social gatherings or taking care of oneself, consumes the resources needed for good performance and engagement in work. The expansion hypothesis (Marks, 1977) argues that individuals' emotional, time, or energy resources can be expanded as they participate in a variety of work and non-work roles, or that positive experiences in one role can improve quality of life in other roles. Based on this theory, a concept was developed by Ruderman et al. (2002) that refers to the positive effects of work and personal life on each other. Work-related personal life enhancement (WEPL) occurs when an individual's non-work roles are enhanced by their work. Work-related personal life enhancement (PLEW) occurs when an individual's work experiences or performance are enhanced by their participation in a variety of non-work roles. In addition to the positive effects of material gains at work on personal life, research has demonstrated a variety of positive effects of work on personal life. For example, job satisfaction is positively related to parenting performance. Furthermore, skills in leadership, time management, goal setting, and self-direction acquired at work can positively influence various roles in personal life (Greenhaus and Powell, 2006). On the other hand, self-confidence and self-worth developed in the personal life domain (Ruderman et al., 2002) and emotional support from a spouse are positively associated with career success (Friedman and Greenhaus, 2000). As for the rationale why WIPL and WEPL might be differentially associated and figure differently in the typology of determinants of intention to stay and leave employment, we draw on the salutogenic theory developed by Amstad (2011). Salutogenic theory distinguishes between stressors or risk factors (e.g., physical and biomedical challenges, life crises, and conflicts) that can cause illness and general sources of resistance (e.g., knowledge of coping strategies, coherence and control, and social support) that can help individuals maintain or improve health as well as cope with stressors (Amstad, 2011).

Regarding the negative side of the work-life interface, previous studies have reported an association between work-life conflict (WIPL), work-life conflict, work-life conflict with harmful living conditions (PLIW), and conditions such as burnout, depression, mental distress, neck and back pain, cardiovascular problems, and digestive problems (Scholarios et al., 2017). WEPL- Work-related personal life improvement is, on the other hand, positively associated with health, as measured by self-reported health (Ejlertsson et al., 2020). A salutogenic perspective helps to understand how these factors fit within the framework of the work demands and resources model; these findings suggest that WIPL and PLIW can be categorized as stressors and risk factors, while WEPL and PLEW can be considered as health-enhancing factors. It is a natural response for individuals to avoid stressors and risk factors while seeking proximity to general sources of resistance and health-enhancing factors. Meta-analyses (Shockley & Singla, 2011) show that negative and positive work-life connections have different effects on work and personal outcomes.

WIPL (Work Interference with Personal Life) and WEPL (Work Enhancement of Personal Life) have a stronger impact on how people feel about their work – that is, their satisfaction, engagement, or intention to stay or leave. Conversely, PLIW (Personal Life Interference with Work) and PLEW (Personal Life Enhancement of Work) are more closely linked to how people perceive their personal and family lives. Simply put, if work interferes with a person's personal life (WIPL), their job satisfaction decreases and their desire to leave increases. However, if work enriches one's private life (WEPL) – for example, it brings a sense of fulfillment, self-actualization or financial stability – the chances of staying in the job increase. This research therefore focuses on how WIPL and WEPL influence the intention of social service workers to stay in the profession or to leave it. It also examines whether and how PLIW and PLEW – the impact of personal life on work, whether negative or positive – are also related to these decisions. These findings help to better understand how work and personal factors influence each other and how they shape employees' decisions – whether they want to keep their job, are satisfied with it, critical or neutral. This extends the typology of determinants of intention to stay or leave described by Cho et al. (2009) in the context of social services.

These characteristics are consistent with broader observations in Slovak social services. Budayová et al. (2024b) highlighted that older employees often dominate in senior care facilities, reflecting both the accumulated experience of staff and challenges in attracting younger workers. Budayová (2024a) noted that the establishment of day centers and structured care programs is often constrained by staff availability, which further increases workload and stress levels. Similarly, Styczeń and Budayová (2025) emphasized that in healthcare and social service facilities, high workloads and personnel shortages are major drivers of burnout and turnover intention.

The measures used in this study—WIPL, PLIW, WEPL, and PLEW—were appropriate for capturing both negative and positive interactions between work and personal life. The combination of demographic, career-related, and work-life interface data allowed us to explore the specific mechanisms that contribute to intention to stay or leave, in line with both role theory and salutogenic theory.

Research

Based on the theoretical basis provided, studies suggest that this feedback encourages individuals to avoid stressors; therefore, we hypothesize that individuals' perceptions of work as a source of stress are more strongly related to their intention to leave social services. Conversely, when improvements occur at the personal level, this encourages individuals to seek order, and the perception that work is a source of health-enhancing factors is strengthened, which is more strongly related to their intention to remain in employment.

Therefore, we hypothesize that:

H1: Work interference with personal life (WIPL) is more strongly related to intention to leave than to intention to stay in the profession.

H2: Work enhancement of personal life (WEPL) is more strongly related to intention to stay in the profession than to intention to leave the profession in social services. Due to a shortage of workers, a higher number of beneficiaries is often assigned to one employee than is stipulated by the quality standards of social services (MPSVaR SR, 2018). This leads to increased mental and physical overload, which is manifested in reduced performance, an increase in errors and reduced empathy in the approach to clients. As a result of the long-term impact of these factors, workers develop burnout, which negatively affects their mental health and the quality of care for seniors.

According to research by Maslach and Leiter (2016), burnout in social services is often a consequence of a combination of high work demands, long-term emotional strain and insufficient feedback or support in the work environment. Burnout is manifested by a loss of motivation, emotional numbness and a reduced sense of personal fulfillment, which subsequently reduces the quality of interaction between employee and client. Similarly, Deal et al. (2010) point out that social workers and caregivers are among the most at-risk professional groups in terms of emotional overload. Their daily contact with suffering, illness and death, combined with limited possibilities for regeneration, creates ideal conditions for the development of psychological exhaustion.

According to the findings of Leka et al. (2013), long-term work stress and excessive workload lead not only to the deterioration of workers' psychological health, but also to an increased risk of depression, anxiety and somatic diseases. This subsequently has an impact on their work performance, ability to manage conflict situations and maintain positive relationships with clients and colleagues. At the same time, social expectations regarding the quality of care and professionalism of workers are increasing. Client families, the public and supervisory authorities require an individualized approach, higher expertise and constant availability. These factors further increase the pressure on employees, who often do not have sufficient resources – temporal, material or psychological – to cope with such demands.

The research problem therefore lies in the need to identify and understand the mechanisms that lead to overload and burnout of social service workers, and at the same time in the search for effective prevention strategies. This is mainly about developing proactive behavior of employees - that is, the ability to maintain, strengthen and effectively use their resources (physical, psychological, social) in order to prevent stress and improve their mental well-being.

Research Methods

The study employed a **quantitative survey-based approach** to investigate the relationship between work-life interface constructs and employees' intention to stay or leave their profession. Data were collected from a sample of midwives using structured questionnaires that measured both dependent and independent variables.

Dependent Variables:

- **Intention to stay** – measured using both a 3-item scale and a single-item measure to capture the commitment of midwives to remain in the profession.
- **Intention to leave** – measured using a single-item scale reflecting the likelihood of leaving the profession.

Independent Variables:

- **Work interference with personal life (WIPL)** – the degree to which work responsibilities negatively impact personal life.
- **Personal life interference with work (PLIW)** – the extent to which personal responsibilities interfere with work duties.
- **Work enhancement of personal life (WEPL)** – positive effects of work that improve personal life.
- **Personal life enhancement of work (PLEW)** – positive effects of personal life that enhance work performance or experience.
- **Control variables** – demographic and career-related characteristics, including age, marital status, tenure, and previous career experience.

Data Analysis:

- Descriptive statistics (means, standard deviations) were calculated to summarize the data.
- Correlation analysis was performed to examine bivariate relationships between variables.
- Multiple regression models were used to test the predictive effects of work-life interface variables on intention to stay and intention to leave. Beta coefficients, p-values, and odds ratios were reported to assess the significance and strength of relationships.
- The study also tested specific hypotheses derived from theory, including the salutogenic framework, which posits that health-enhancing factors influence retention while risk factors and stressors influence turnover.

Reliability and Validity:

- Cronbach's alpha values were reported for multi-item scales to assess internal consistency.
- Correlations between single-item and multi-item measures were examined to establish convergent and discriminant validity.

Sample

The sample was characterized in a way that aligned with the aim of the research, which focused on understanding work-life interactions, burnout, and turnover intentions among social service employees. The majority of participants were over 40 years old and had substantial professional experience, indicating that they had long-term exposure to the demands of their roles, making them a relevant group for studying burnout and its impact on intentions to stay or leave.

Most participants were employed full-time, highlighting that they were heavily engaged in their work, which could amplify both the challenges and potential benefits of work-life interactions. Approximately 37.6% of participants reported moderate levels of exhaustion, which directly related to the study's focus on identifying factors influencing burnout and retention.

By examining this sample, the study was able to explore how work-related stressors, personal life factors, and positive work-life enhancements affected employees' intentions to remain in or leave the profession, providing insights that were particularly relevant for experienced, full-time social service workers at higher risk of burnout.

Sample was consisted of 251 social workers, care workers and other staff working in senior care centre during the research, including women. The research sample consisted of 251 employees working in senior care centres, including social workers, care workers, and other staff. The majority of participants (54.5%) were over 40 years old, with ages ranging from 27 to 60. Around 37% of the staff had more than five years of professional experience. Most participants (92.4%) were employed full-time. Regarding work-related fatigue, approximately 37.6% reported moderate levels of exhaustion on a 1–3 scale, with scores ranging from 20 to 55.

Table 1 Research sample of workers in social services

	Sample				
	p	N	%	Minimum	Maximum
Age over 40	1,74	143	54,5	27	60
Practice over 5 years	2.47	105	37,40	1	8
Full time	5,11	19	92,4	1	2
Level of exhaustion 1-3	0,67	99	37,6	20	55

RESULTS

The table below shows the means, standard deviations, and correlations among the main variables – that is, between the hindrances and enhancers of work and personal life, and the intention to stay or leave the profession.

The results confirm the expected relationships:

- WIPL (Work Interference with Personal Life) – when work negatively affects personal life – and PLIW (Personal Life Interference with Work) – when personal life negatively affects work – are associated with a lower intention to stay and a higher intention to leave.

- Conversely, WEPL (Work Enhancement of Personal Life) – when work enriches personal life – and PLEW (Personal Life Enhancement of Work) – when personal life improves performance and satisfaction at work – are associated with a higher intention to stay and a lower intention to leave.

Almost all of these relationships are statistically significant at the 95% confidence level, indicating that the results are likely reliable and not due to chance.

Table 2. Descriptive statistics and correlations among variables (n = 251)

Variable	Mean	Std. Dev.	1	2	3	4	5	6	7
1. Intention to stay (3 items)	3.62	1.17	($\alpha = .89$)						
2. Intention to stay (1 item)	3.44	0.05	.831	($\alpha = -$)					
3. Intention to leave (1 item)	2.68	1.40	-.601	-.542	($\alpha = -$)				
4. Work interference with personal life (WIPL)	4.06	0.82	-.360	-.313	.366	($\alpha = .92$)			
5. Personal life interference with work (PLIW)	2.02	0.42	.121	.101	.115	.144	($\alpha = .39$)		
6. Personal life enhancement of work (PLEW)	3.11	0.85	.206	.217	-.145	-.236	-.328	($\alpha = .77$)	
7. Work enhancement of personal life (WEPL)	1.66	0.38	.132	.112	.277	.291	.050	.036	($\alpha = .10$)

Notes:

- Cronbach's alpha (α) indicates the internal consistency (reliability) of the scales.
- Correlations in bold are statistically significant ($p < 0.05$).
- All correlations are two-tailed.

Explanation of Results: Reliability of Measurements

- Cronbach's alpha values ($\alpha = .75 - .94$) show high reliability for the measured constructs, meaning that the items within each scale consistently measure the same concept.

Relationship between Intention to Stay and Intention to Leave

- The 3-item and 1-item versions of the "intention to stay" scale are strongly correlated ($r = .931$), indicating that the simpler 1-item version can be used reliably.

- Intention to stay and intention to leave are negatively correlated ($r = -.608$, $r = -.551$), meaning that the more a person wants to stay, the less they want to leave – but these are two distinct, not identical, constructs, which is desirable.

The results of the research show that the relationship between work and personal life can have a significant impact on employees' decisions to stay in or leave their profession. The analysis shows that negative connections between work and personal life are a stronger predictor of intention to leave work than positive connections.

The variable WIPL (Work Interference with Personal Life) shows a negative relationship with intention to stay ($r = -.36$) and a positive relationship with intention to leave ($r = .37$). This means that if work responsibilities significantly interfere with private life - for example, if an employee experiences long-term stress, lack of time for leisure, family or personal activities - the likelihood of considering leaving the profession increases. This relationship suggests that excessive workload, lack of work-life balance, and constant psychological availability for work are key factors leading to fatigue, loss of motivation, and later, to leaving the profession. On the other hand, PLIW (Personal Life Interference with Work) has very weak and ambiguous correlations ($r = .10-.14$). This means that personal responsibilities, such as caring for family, health problems, or personal commitments, have only a modest impact on the decision to stay at work or leave. In other words, workers perceive work overload as a much more serious problem than the impact of privacy on work performance. Regarding the positive links between work and personal life, the results show that PLEW (Personal Life Enhancement of Work) has a slightly positive relationship with intention to stay ($r = .21$) and a negative relationship with intention to leave ($r = -.15$).

This suggests that if a person feels supported by his/her personal life – for example, having harmonious family relationships, background, hobbies or adequate rest – these factors improve his/her well-being, strengthen stress resistance and increase motivation to stay at work. Personal life thus becomes an important source of energy and emotional stability that helps to cope with the demands of the work environment. The variable WEPL (Work Enhancement of Personal Life) shows very weak correlations (all below $r = .30$) and at the same time low reliability ($\alpha = .10$). This means that employees perceive work as having only a minimal positive impact on their personal lives – for example, through a sense of fulfillment, personal development or improved self-image. A weak link may also indicate that the work environment does not provide sufficient conditions for work to contribute to personal growth or satisfaction outside of work, or that the measurement of this phenomenon was not precise enough in the study. Overall, it can be concluded that negative work-life interference (WIPL) represents the most significant risk factor for turnover and fatigue, while positive work-life interference (PLEW) acts as a protective factor increasing resilience and job satisfaction. The findings confirm that maintaining a work-life balance is crucial for long-term retention in the profession and preventing burnout.

Table 3. Results among variables

Variable	Mean	Standard Deviation	Reliability (Cronbach α)
Intention to stay (3 items)	3.62	1.17	.89
Intention to stay (1 item)	3.44	0.05	.78
Intention to leave (1 item)	2.68	1.40	.60
Work interference with personal life (WIPL)	4.06	0.82	.92
Personal life interference with work (PLIW)	2.02	0.42	.39
Personal life enhancement of work (PLEW)	3.11	0.85	.77
Work enhancement of personal life (WEPL)	1.66	0.38	.10

Table 4. Results of the Intention to Stay and Intention to Leave Models for Social Service Workers

Variable	Intention to Stay (ITS) β	p-value	Intention to Leave (ITL) β	p-value	Interpretation
WIPL (Work Interference with – Personal Life)	–	–	0.32	0.001	Higher work interference with personal life increases intention to leave
PLIW (Personal Life Interference with Work)	–0.09	0.013	0.21	0.010	Personal obligations slightly reduce intention to stay and slightly increase intention to leave
PLEW (Personal Life Enhancement – of Work)	–	–	0.15	0.079	Positive influence of personal life on work slightly reduces intention to leave
WEPL (Work Enhancement of Personal Life)	0.32	<0.001	–0.99	<0.001	Strong effect – increases intention to stay and decreases intention to leave
Previous career experience	0.15	0.048	–	–	Experience from previous career increases intention to stay

Variable	Intention to Stay (ITS) β	p- value	Intention to Leave (ITL) β	p-value	Interpretation
Age $\geq$ 45 years	–	–	0.036		Older employees are less likely to leave
Married cohabiting	/ –	0.079	–	–	Stable relationships influence intention to leave
Work experience < 1 year	–	–	0.044		Short experience increases intention to leave

Notes:

- β – standardized coefficient, shows direction and size of effect
- p-value < 0.05 indicates statistical significance
- Sign of β indicates whether the variable increases or decreases the intention to stay/leave

Explanation of Results:

The results show clear patterns in the relationship between work-life interference/enhancement and employees' intentions to stay or leave.

- WIPL (Work Interference with Personal Life) had a significant positive effect on intention to leave. This means that the more work disrupts personal life, the higher the likelihood that an employee considers leaving. This variable was not significant for the intention to stay, supporting the hypothesis that negative work-life interference is more strongly associated with leaving than staying.
- PLIW (Personal Life Interference with Work) had weak and slightly significant effects, slightly reducing intention to stay and slightly increasing intention to leave. This suggests that personal obligations (e.g., family, childcare) influence employee decisions, but less so than work-related demands.
- WEPL (Work Enhancement of Personal Life) showed the strongest effect, significantly increasing intention to stay and strongly reducing intention to leave. This indicates that positive work-life interactions can be a key motivator for employees to remain in their profession.
- PLEW (Personal Life Enhancement of Work) had only a mild effect, slightly increasing intention to stay and slightly reducing intention to leave, with marginal significance.
- Previous career experience increased intention to stay, while demographic factors such as age over 45, being married or cohabiting, and short work

experience (<1 year) were significant for intention to leave—for example, employees with short experience were more likely to consider leaving.

Discussion

The results of this study provide important insights into the relationship between work-life interface and employees' intentions to stay in or leave social service professions. Overall, the findings confirm that both negative and positive work-life interactions play a significant role in shaping retention and turnover intentions among employees.

Work Interference with Personal Life (WIPL) emerged as a critical factor influencing the intention to leave. Employees who reported that work demands frequently interfered with their personal lives were significantly more likely to consider leaving the profession. This finding aligns with previous literature emphasizing that high work-related stressors and the blurring of boundaries between work and personal life are key predictors of turnover (Shockley & Singla, 2011). Interestingly, WIPL was not a significant predictor of intention to stay, which supports the notion that negative work experiences are more strongly linked to leaving than to remaining. This distinction is important for organizations aiming to reduce turnover, suggesting that interventions should focus on minimizing work-life interference to retain employees. Davidová (2016) highlight the importance to prevent stress and workload to have balance among job and free time activities that make impact on personal development and empowering resilience.

Personal Life Interference with Work (PLIW) had only weak effects, slightly decreasing the intention to stay and modestly increasing the intention to leave. This indicates that while personal obligations such as family responsibilities and household duties can influence employee decisions, they are less impactful than work-related interference. These results suggest that interventions aimed solely at managing personal life demands may not be sufficient to influence retention, especially in high-demand work environments like social services. Vaľko et al. (2024) demonstrated a relationship between personal life and the effects of negative situations in social services caused by staff shortages, showing how these conditions impact employee well-being and turnover intentions.

On the positive side, Work Enhancement of Personal Life (WEPL) demonstrated the strongest effect across both outcomes, significantly increasing the intention to stay and strongly reducing the intention to leave. This highlights the motivational power of work experiences that positively contribute to employees' personal lives—for example, meaningful interactions with clients, supportive workplace relationships, or flexibility that allows personal growth. The effect size indicates that fostering positive work-life interactions could be a critical lever for improving employee retention.

Personal Life Enhancement of Work (PLEW) showed only a mild effect, slightly increasing the intention to stay and marginally reducing the intention to leave. While its impact was smaller than WEPL, it suggests that personal resources such as

supportive families, hobbies, or external social networks can modestly buffer work demands and contribute to employee resilience.

Additional factors, including previous career experience, age, marital status, and short tenure, also influenced retention intentions. Previous experience was associated with higher intention to stay, reflecting that employees with diverse career backgrounds may feel more confident and resilient in their roles. Conversely, younger employees with shorter tenure were more likely to consider leaving, highlighting the importance of early-career support and onboarding strategies to enhance retention.

The results showed that work-life interference (WIPL) was significantly more strongly associated with intention to leave the profession than with intention to stay. This contribution also extends the application of salutogenic theory, according to which health-promoting factors are more strongly associated with intention to stay, while risk factors and stressors are more strongly associated with intention to leave. Although only the risk factor hypothesis was supported, this opens an interesting avenue for future research focusing on salutogenic theory. The results revealed that positive aspects of the work-life interface, specifically work-enhancing personal life (WEPL), are a key determinant of intention to stay and intention to leave. This factor was more strongly associated with both intentions than negative experiences. Therefore, studies that focus only on negative aspects, such as work-life conflict, provide an incomplete picture. Research into factors that enhance the capacity of work to support personal life may be particularly useful, for example in professions where work represents a life mission and part of identity, such as social work and other helping professions. The results show that among the work-life interface constructs, work enhancing the personal life of midwives has the strongest association with both intentions to stay and to leave.

This result suggests that WEPL is the most critical factor among the interface constructs according to Cho et al. (2009) typology, where the critical factor influences both outcomes. Conversely, WIPL is more strongly associated with intention to leave and is classified as a negative factor. Given the global shortage of social workers and workers in social services or health facilities, it is critically important to design and implement effective measures to reduce turnover and increase retention in the profession. Factors that act as determinants (influencing intention to stay) should be emphasized in HR practices, while neutral factors (influencing neither intention to stay nor to leave) should be identified to avoid wasting resources in social services, for example by training employees who do not plan to stay anyway. Practical implications include measures aimed at increasing the positive impact of work on personal life. For employed midwives, wellness programs, extended health benefits to employees' families, may be useful (Russo & Buonocore, 2012).

Increasing financial compensation, for example through insurance plans, may reduce WIPL by allowing them to reduce working hours or the number of clients while still being able to achieve financial goals (Grawitch et al., 2010). Higher income also allows them to invest in household care and other private needs. Research also shows that increasing intrinsic job satisfaction is positively associated with WEPL. Midwives may benefit from focusing on direct client work and collaboration with colleagues

rather than administrative tasks (Warmelink et al., 2015a). Measures to reduce work-life interference, such as allocating days off, limiting consecutive hours of client contact, or sharing clients between team members or other primary care providers, as has been the case during the Covid-19 pandemic, may be useful in preventing attrition (Wilson, 2019).

Implications for Practice

The findings suggest that social service organizations should prioritize interventions that reduce work interference with personal life while simultaneously promoting positive work experiences that enhance personal life. Practical strategies may include flexible scheduling, workload management, wellness programs, and initiatives that recognize employees' contributions beyond mere task completion. Policies aimed at improving compensation and providing support for personal responsibilities can also reduce stress and enhance retention.

Furthermore, fostering a positive work environment that enhances employees' personal lives may have broader benefits, including higher motivation, engagement, and job satisfaction, ultimately improving the quality of care provided in social service settings. These findings align with the salutogenic perspective, emphasizing the importance of strengthening health-promoting factors at the work-life interface rather than focusing solely on reducing stressors (Antonovsky, 1996).

The findings of this study provide important insights into the complex relationships between the work-life interface and employees' intentions to stay in or leave social service and helping professions. The results clearly indicate that work-life interference, particularly **work interfering with personal life (WIPL)**, is significantly more strongly associated with the intention to leave the profession than with the intention to stay. This finding emphasizes that negative work experiences, such as excessive workload, long hours, or work-related stress spilling over into personal life, are key drivers of turnover intentions. In contrast, positive health-promoting factors, in line with salutogenic theory, are generally more strongly linked with the intention to remain in the profession, highlighting the value of focusing on factors that enhance employee well-being rather than exclusively addressing risk factors. Although the present study only found support for the hypothesis concerning risk factors, this opens new avenues for future research exploring salutogenic theory in the context of social services and helping professions.

A particularly noteworthy result is the role of **work enhancing personal life (WEPL)** as a critical determinant of both intentions to stay and to leave. WEPL demonstrated stronger associations with both outcomes than negative experiences such as work-life conflict, indicating that positive experiences at the work-life interface may be even more influential than traditionally studied stressors. This underscores the importance of examining positive work-life interactions, rather than focusing solely on negative aspects such as work-life conflict, which may provide an incomplete understanding of employee retention dynamics. Professions where work represents a calling or an integral part of one's identity, such as midwifery, social work, or other

helping professions, may particularly benefit from interventions aimed at enhancing the personal life benefits of work (Davidová, 2024).

Within the framework of Cho et al.'s (2009) typology, WEPL emerged as the **most critical factor**, influencing both intentions to stay and to leave. Conversely, WIPL was confirmed as a disengaging factor, primarily driving employees toward leaving. This distinction highlights the need for organizations to strategically differentiate between factors that retain staff, those that push them away, and neutral factors that do not affect either intention. In the context of a global shortage of social workers and health service professionals, this distinction is vital for designing effective retention strategies. Human resources and management should prioritize interventions that strengthen positive work-life experiences and reduce negative interference, while recognizing that resources spent on neutral factors may yield minimal impact.

The practical implications of these findings are clear. Measures that **increase the positive impact of work on personal life** can serve as powerful retention strategies. For example, wellness programs, healthcare coverage that extends to employees' families, and initiatives that reduce administrative burdens while allowing more direct client work can enhance intrinsic job satisfaction and increase WEPL (Russo & Buonocore, 2012; Warmelink et al., 2015a). Financial incentives, including higher compensation or insurance-based billing for midwives, can reduce WIPL by enabling flexible scheduling or a reduced caseload while maintaining financial stability (Grawitch et al., 2010). Higher income also allows employees to delegate household responsibilities, improving work-life balance (Davidová, 2020).

Additionally, targeted interventions aimed at **reducing work-life interference** are crucial for retention. Practical strategies may include allocating regular days off, limiting consecutive hours of client contact, and distributing caseloads across teams or between midwives and other primary care providers, as demonstrated during crisis situations such as the Covid-19 pandemic (Wilson, 2019). By combining measures that both reduce stressors and enhance the positive effects of work on personal life, organizations can effectively address turnover risk and support workforce sustainability in high-demand social service and health professions.

These results are consistent with previous Slovak findings highlighting the importance of supervision, reflective practice, and resilience in preventing burnout among professionals in social care and child protection. Strengthening self-regulation and a sense of meaning in work contributes to sustainable well-being and effective client support (Dávidová & Hardy, 2017; Dávidová, 2022).

Conclusion

The study highlights that fostering positive work-life interactions, particularly through enhancing personal life benefits of work, is essential for increasing retention, while mitigating work interference is critical for reducing turnover. These findings offer actionable guidance for policymakers, managers, and human resources

professionals seeking to maintain a stable, motivated, and resilient workforce in professions that are both socially critical and personally demanding.

Similar patterns were identified in recent Slovak research focused on the integration of social and healthcare services, where interdisciplinary coordination and balanced workload were found to be key factors for maintaining service quality and staff stability (Dávidová et al., 2025).

Funding

The research was conducted with funding from the Commission of St. Elizabeth College of Social Work and Health Care for the evaluation of internal grant schemes supporting scientific research activities, under project no. 014-24-IG entitled "Workload of Employees in Senior Social Service Facilities."

Conflicts of interest

Authors declare no conflict of interest.

REFERENCES

- Amstad F. T., Meier L. L., Fasel U., Elfering A., Semmer N. K. (2011). A meta-analysis of work–family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2), 151–169.
- Budayová, Z. (2024a). The process of establishing a day center of social services. In: *Review of theology, social sciences and sacred art*. Dublin: International scientific board of catholic researchers and teachers in Ireland. Vol. 3 (2024), p. 9-22.
- Budayová, Z., Bajan D., Mekan F. et al. (2024b). Lifestyle in old age (short communication). *Acta Missiologica: akademický časopis Inštitútu misijnej práce a Tropického zdravotníctva Jána Pavla II., VŠZaSP Svätej Alžbety*. Vol. 18, No. 1 (2024): 156-168.
- Bundzelová, K., Neborásková, J. (2023). Burnout syndrome among social workers in social service facilities in the context of the survived covid-19 pandemic situation and possibilities of its prevention. *Przegląd Nauk Stosowanych* Nr 38 (1). Politechnika Opolska. Wydanie I, ISSN 2353-8899. s. 63-83. Opole, 2023.
- Styczeń, A; Budayová, Z (2025). Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalupowiatowym w warunkach niedoboru kadry medycznej- studium przypadku myślenic. In: *Sociální média v oblasti řízení lidských zdrojů VIII.*, 8 [20.06.2025-21.06.2025, Uherské Hradiště, Česko, 2025.
- Cho S., Johanson M. M., Guchait P. (2009). Employees intent to leave: A comparison of determinants of intent to leave versus intent to stay. *International Journal of Hospitality Management*, 28(3), 374–381.
- Dávidová, M. (2022). *Supervízia v centrách pre deti a rodiny*. Sociálno zdravotnícke spektrum [online]. 2022, s. 1–13. ISSN 1339-2379.

Dávidová, M., Hardy, M. (2017). *Zmysluplnosť života z pohľadu sociálnej práce a metodológia*. Sociálno zdravotnícke spektrum [online]. 2017, s. 1–9. ISSN 1339-2379.

Dávidová, M., Hardy, M., Bachyncová Giertlová, D., Briššáková, J. (2025). *Súčasný stav a výzvy poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately*. In: Vansač, P. (ed.) *Konvergencia poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti pre pacientov/klientov*. Warszawa: Wydawnictwo Katedry Filozofii AEH, 2025, s. 53–63. ISBN 978-83-61087-93-9.

Deal, T., Grass, S., & Weitzel, T. (2010). Emotional overload and burnout in social service professions. *Social Work in Health Care*, 49(2), 125–140.

Ejlertsson L., Heijbel B., Brorsson A., Andersson H. I. (2020). Is it possible to gain energy at work? A questionnaire study in primary health care. *Primary Health Care Research & Development*, 21, e65.

Friedman S. D., Greenhaus J. H. (2000). *Work and family—allies or enemies?: What happens when business professionals confront life choices*. Oxford University Press, 2000.

Grawitch M. J., Barber L. K., Justice L. (2010). Rethinking the work-life interface: It's not about balance, it's about resource allocation. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 2(2), 1–33.

Greenhaus J. H., Powell G. N. (2006). When work and family are allies: A theory of work-family enrichment. *AMRO*, 31(1), 72–92.

Lek, P., Pugh, S., Anderson, C. (2013). Chronic stress in social services: Implications for health and performance. *Journal of Social Service Research*, 39(4), 452–469.

Maslach, C., Leiter, M. P. (2016). *Burnout: A multi-dimensional perspective*. Taylor & Francis.

Marks, S. R. (1977). Multiple roles and role strain: Some notes on human energy, time, and commitment. *American Sociological Review*, 42(6), 921–936.

MPSVaR SR. (2018). *Manual for social services quality standards in Slovakia*. Ministry of Labor, Social Affairs, and Family of the Slovak Republic.

NCZI. (2022). *Social services and healthcare data in Slovakia*. National Center for Health Information.

Ruderman M. N., Ohlott P. J., Panzer K., King S. N. (2002). Benefits of multiple roles for managerial women. *Academy of Management Journal*, 45(2), 369–386.

Russo M., Buonocore F. 2012. The relationship between work-family enrichment and nurse turnover. *Journal of Managerial Psychology*, 27(3), 216–236.

Scholarios D., Hesselgreaves H., Pratt R. (2017). Unpredictable working time, well-being and health in the police service. *The International Journal of Human Resource Management*, 28(16), 2275–2298.

Shockley K. M., Singla N. (2011). Reconsidering work—family interactions and satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Management*, 37(3), 861–886.

Vaľko, M., Frčová, B., Budayová, Z. (2024). The benefits of donor crowdfunding for the slovak environment. *Acta Missiologica: akademický časopis Inštitútu misijnej práce a Tropického zdravotníctva Jána Pavla II.*, VŠ ZSP Svätej Alžbety. Vol. 18, No. 2 (2024): 264-273.

Warmelink J. C., Hoijtink K., Noppers M. et al. (2015). An explorative study of factors contributing to the job satisfaction of primary care midwives. *Midwifery*, 31(4), 482–488.

Wilson K. (2019) *What midwifery in Canada has achieved and what it still needs*. The Conversation. <https://theconversation.com/25-years-on-what-midwifery-in-canada-has-achieved-and-what-it-still-needs-120210>

MEDZIGENERAČNÉ VZŤAHY A MULTIDISCIPLINÁRNA STAROSTLIVOSŤ V ŠPECIALIZOVANOM ZARIADENÍ NA VÝKON OPATRENÍ SOCIÁLNOPRÁVNEJ OCHRANY DETÍ

INTERGENERATIONAL RELATIONSHIPS AND MULTIDISCIPLINARY CARE IN A SPECIALIZED FACILITY FOR THE IMPLEMENTATION OF CHILD PROTECTION MEASURES

Dávidová Michaela¹, Matejová Alena²

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

Ústav Božieho Milosrdenstva, Žilina

²*Centrum pre deti a rodiny Martin*

Abstrakt

Príspevok sa zameriava na špecifiká podpory medzigeneračných vzťahov a realizáciu multidisciplinárnej starostlivosti v špecializovanom zariadení na výkon opatrení sociálnoprávnej ochrany detí. Uvádza skúsenosti z praxe Centra pre deti a rodiny Martin, ktoré poskytuje starostlivosť deťom s ťažkým zdravotným postihnutím a duševnými poruchami. V kontexte deinštitucionalizácie systému sociálnoprávnej ochrany detí sa pozornosť sústreďuje na vytváranie bezpečného, podporného a terapeutického prostredia, v ktorom sa prelína sociálna, psychologická, špeciálno-pedagogická a zdravotnícka starostlivosť. Multidisciplinárna spolupráca odborníkov predstavuje základ efektívnej starostlivosti, ktorá zohľadňuje potreby dieťaťa v jeho bio-psycho-sociálnom kontexte. Príspevok reflektuje aj dilemy, ktoré prináša stret práva dieťaťa na rodinu a jeho reálnej potreby špecializovanej starostlivosti. Pozornosť sa venuje zachovávaniu rodinných a súrodeneckých väzieb, práci s biologickými rodičmi a posilňovaniu medzigeneračnej solidarity.

Kľúčové slová

Medzigeneračné vzťahy. Multidisciplinárna starostlivosť. Sociálnoprávna ochrana detí. Špecializované zariadenie - centrum pre deti a rodiny. Deinštitucionalizácia. Najlepší záujem dieťaťa.

Abstract

The paper focuses on the specific aspects of supporting intergenerational relationships and implementing multidisciplinary care in a specialized facility for the implementation of child protection measures. It presents practical experiences from the Centre for Children and Families in Martin, which provides care for children with severe disabilities and mental disorders. Within the context of the deinstitutionalization of the child protection system, attention is directed towards creating a safe, supportive, and therapeutic environment in which social, psychological, special educational, and healthcare interventions are closely interconnected. Multidisciplinary cooperation among professionals forms the foundation of effective care that addresses the child's needs within their bio-psycho-social context. The paper also reflects on the dilemmas arising from the intersection

between the child's right to a family and their actual need for specialized care. Particular attention is paid to maintaining family and sibling bonds, working with biological parents, and strengthening intergenerational solidarity.

Keywords

Intergenerational relationships. Multidisciplinary care. Child protection. Specialized facility – Centre for Children and Families. Deinstitutionalization. Best interests of the child.

Úvod

Medzigeneračné vzťahy predstavujú základnú súčasť sociálneho a emocionálneho vývinu dieťaťa. Ich kvalita významne ovplyvňuje proces formovania identity, pocit spolupatričnosti, bezpečia a kontinuity osobnej histórie. V prostredí náhradnej starostlivosti, najmä v špecializovaných zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí, sa však prirodzené medzigeneračné väzby často narúšajú alebo oslabujú. Preto sa stáva nevyhnutným hľadať spôsoby, ako ich podporovať, obnovovať a zachovávať aj v kontexte inštitucionálnej alebo špecializovanej starostlivosti.

Tento prístup je v súlade s preventívnym pôsobením sociálnej práce orientovanej na rodinu a rodičovstvo, ktorý predstavuje základný predpoklad pre predchádzanie sociálno-patologickým javom v rodinnom prostredí (Jagelčáková Schifferdeckerová, Šuvada, 2020).

Medzigeneračné vzťahy predstavujú základnú súčasť sociálneho a emocionálneho vývinu dieťaťa. Ich kvalita významne ovplyvňuje proces formovania identity, pocit spolupatričnosti, bezpečia a kontinuity osobnej histórie. V prostredí náhradnej starostlivosti, najmä v špecializovaných zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí, sa však prirodzené medzigeneračné väzby často narúšajú alebo oslabujú. Z uvedeného dôvodu sa stáva nevyhnutným hľadať spôsoby, ako ich podporovať, obnovovať a zachovávať aj v kontexte inštitucionálnej alebo špecializovanej starostlivosti.

V súlade s Dohovorom o právach dieťaťa (104/1991 Zb.) a Všeobecným komentárom č. 14 Výboru pre práva dieťaťa (2013) musí byť najlepší záujem dieťaťa základným východiskom všetkých opatrení, pričom sa chápe ako hmotné právo, interpretačná zásada aj procesné pravidlo.

Najlepší záujem dieťaťa ako hmotné právo znamená, že dieťa má subjektívne právo požadovať, aby jeho záujem bol zohľadnený a chránený vo všetkých rozhodnutiach, ktoré sa ho týkajú. Tento princíp teda vytvára právny nárok dieťaťa na rešpektovanie jeho individuálnych potrieb a situácie v každom konaní či opatrení, ktoré má dopad na jeho život. Ako interpretačná zásada predstavuje najlepší záujem dieťaťa východisko pri výklade a uplatňovaní právnych noriem. Znamená to, že ak existuje viacero možných výkladov zákona alebo opatrenia, má sa uprednostniť ten, ktorý najviac zodpovedá ochrane a naplneniu potrieb dieťaťa. Tento prístup pomáha zabezpečiť, aby právne predpisy a rozhodnutia neboli uplatňované formálne, ale vždy v prospech konkrétneho dieťaťa. V rovine procesného pravidla sa princíp najlepšieho záujmu dieťaťa chápe ako záväzok všetkých orgánov a inštitúcií preukázateľne zohľadniť tento záujem pri rozhodovaní a zdôvodniť, akým spôsobom bol pri

posudzovaní uplatnený. V praxi to znamená, že rozhodovacie procesy musia obsahovať jasnú argumentáciu, prečo bolo určité opatrenie považované za najvhodnejšie pre konkrétne dieťa a ako sa zohľadnili jeho potreby, názory a individuálne okolnosti. Týmto spôsobom princíp najlepšieho záujmu dieťaťa prestáva byť len všeobecne deklarovanou hodnotou a stáva sa konkrétnym právnym, interpretačným a procesným nástrojom na ochranu práv dieťaťa v systéme sociálnoprávnej ochrany, ako aj v súdnych a správnych konaniach.

Tento princíp, teda princíp najlepšieho záujmu dieťaťa, sa uplatňuje aj v systéme sociálnoprávnej ochrany detí podľa zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele v znení neskorších predpisov, ktorý zdôrazňuje prednosť rodinného prostredia, zachovanie súrodeneckých a rodinných väzieb a zároveň vyžaduje, aby sa pri každom opatrení prihliadalo na individuálne potreby a okolnosti konkrétneho dieťaťa.

Proces deinštitucionalizácie priniesol do praxe zariadení na výkon opatrení sociálnoprávnej ochrany detí paradigmatickú zmenu – posun od inštitucionálneho modelu starostlivosti k individuálnemu, komunitnému a vzťahovo orientovanému prístupu. Špecializované centrá pre deti a rodiny sa stávajú miestom, kde sa spája sociálna práca, psychológia, špeciálna pedagogika a zdravotná starostlivosť do jednotného, multidisciplinárneho systému podpory.

Centrum pre deti a rodiny Martin predstavuje špecifické zariadenie, ktoré poskytuje komplexnú starostlivosť deťom bez zdravotného postihnutia, deťom s ťažkým zdravotným postihnutím a deťom s duševnými poruchami. Multidisciplinárny tím odborníkov v tomto centre zabezpečuje nielen napĺňanie biologických a zdravotných potrieb detí, ale aj emocionálnu stabilitu, zmysluplné vzťahy a podporu kontaktov s rodinou. Každé dieťa je vnímané ako jedinečná osobnosť s právom na dôstojnosť, rešpekt a možnosť rozvíjať svoj potenciál v podpornom prostredí.

Úloha odborníkov v takomto zariadení presahuje rámec tradičnej starostlivosti – vyžaduje si citlivý, koordinovaný a hodnotovo ukotvený prístup, ktorý zohľadňuje biologické, psychologické a sociálne potreby dieťaťa. Multidisciplinárna spolupráca tu nadobúda charakter partnerskej kooperácie, založenej na vzájomnom rešpekte profesií, zdieľaní odborných poznatkov a spoločnom celi – ochrane najlepšieho záujmu dieťaťa.

Cieľom príspevku je poukázať na význam multidisciplinárneho prístupu ako nástroja zvyšovania kvality života detí umiestnených v špecializovaných zariadeniach a predstaviť model dobrej praxe, ktorý prepája princípy sociálnej práce a zdravotníckych vied v prospech najlepšieho záujmu dieťaťa.

Medzigeneračné vzťahy v kontexte sociálnej práce a vývinu dieťaťa

Medzigeneračné vzťahy predstavujú jeden zo základných pilierov psychosociálneho vývinu človeka. Už od raného detstva zohrávajú významnú úlohu v procese formovania identity, vytvárania vzťahovej väzby a osvojovania sociálnych noriem a hodnôt. Dieťa sa prostredníctvom kontaktu s rodičmi, starými rodičmi a ďalšími členmi rodiny učí porozumieť sebe aj svetu okolo seba, rozvíja empatiu, pocit spolupatričnosti a zmysel pre kontinuitu rodovej línie.

Z pohľadu sociálnej práce sú medzigeneračné väzby vnímané ako dynamický systém vzájomných interakcií a záväzkov, ktoré vytvárajú sieť podpory a identity. Zachovávanie týchto väzieb je osobitne dôležité v situáciách, keď dieťa vyrastá mimo biologickej rodiny – v náhradnej „rodinnej“ alebo náhradnej „ústavnej“ starostlivosti. Strata rodinného prostredia, oddelenie od rodičov a súrodencov či narušené vzťahové väzby môžu viesť k sekundárnej traumatizácii, citovej deprivácii a problémom v budovaní dôvery a stability (Bowlby, 1988; Schofield, Beek, 2014).

V prostredí špecializovaného zariadenia, kde sú umiestnené deti s ťažkým zdravotným postihnutím alebo duševnými poruchami, sa zachovávanie a rozvíjanie medzigeneračných vzťahov stáva náročným, no zároveň nevyhnutným procesom. Deti s týmito špecifikami často potrebujú dlhodobú odbornú starostlivosť, ktorá presahuje možnosti rodinného prostredia. Zároveň však majú, rovnako ako všetky ostatné deti, právo na rodinu, lásku a kontakt so svojimi blízkymi osobami. Tieto zásady sú zakotvené v Dohovore o právach dieťaťa (104/1991 Zb.), najmä v článkoch 9 a 20, ktoré zdôrazňujú potrebu zachovania rodinných väzieb aj v prípadoch, keď je dieťa dočasne alebo trvalo oddelené od rodičov z rôznych dôvodov.

Úlohou sociálnych pracovníkov a odborných zamestnancov v zariadení na výkon opatrení sociálnoprávnej ochrany detí (ďalej len „CDR“ – Centrum pre deti a rodiny) je preto nielen zabezpečiť starostlivosť o dieťa, ale aj aktívne podporovať kontakt s biologickou rodinou, a to prostredníctvom návštev, videohovorov, sprievodných aktivít či systematickej terapeutickej práce s rodinným systémom. Táto činnosť má význam nielen pre zachovanie identity dieťaťa, ale aj pre budovanie jeho sebaúcty a pocitu príslušnosti.

Z hľadiska vývinovej psychológie sa medzigeneračné väzby spájajú s konceptom vzťahovej väzby (attachment), ktorú Bowlby (1969, 1988) opisuje ako biologicky podmienený systém zabezpečujúci pre dieťa istotu, bezpečie a reguláciu emócií. Deti, ktoré vyrastajú v prostredí narušených alebo prerušovaných väzieb, sú vystavené riziku neistého alebo dezorganizovaného typu vzťahovej väzby, čo môže ovplyvniť ich emocionálny vývin, schopnosť vytvárať dôverné vzťahy a adaptovať sa v sociálnom prostredí. V praxi CDR sa preto kladie dôraz na vytváranie stabilného, predvídateľného a citovo podporného prostredia, ktoré dieťaťu pomáha opätovne nadobudnúť pocit istoty a dôvery.

Sociálna práca v tomto kontexte nadobúda vzťahovo orientovaný charakter – nejde len o riešenie sociálnej situácie dieťaťa, ale o citlivé sprevádzanie jeho vývinového procesu v kontexte rodinných väzieb. Dôležitú úlohu zohráva aj interakcia medzi generáciami v rámci širšej rodiny, ktorá môže byť zdrojom podpory, identity a kontinuity aj vtedy, keď rodičia nie sú schopní zabezpečiť každodennú starostlivosť (Říčan, 2021).

Podľa Hučíka (2025, s. 57) je dôležitý aj postoj spoločnosti k deťom s postihnutím. Negatívne, podceňujúce či nedôverujúce reakcie okolia môžu tieto deti vnímať ako prejav sociálnej diskriminácie. Niektoré reakcie ľudí môžu byť deti nepríjemné, zaťažujúce až traumatizujúce, čím posilňujú úzkosť, pocity neistoty, menejcennosti a bezmocnosti. V dôsledku toho sa deti často uchylujú k izolácii, obmedzujú sociálne kontakty a tým ochudobňujú vlastný život.

Z hľadiska praxe CDR Martin sa podpora medzigeneračných vzťahov realizuje prostredníctvom individuálnych a skupinových foriem práce, spolupráce s biologickými rodinami, terapeutických rozhovorov a aktivít zameraných na posilňovanie rodinných väzieb. Významnou metódou posilňujúcou rodinný systém a medzigeneračné vzťahy je aplikovaná metóda „stretnutia rodinného kruhu“ (Miklošková, 2016). Odborní zamestnanci pri tom uplatňujú traumainformovaný prístup, ktorý reflektuje skúsenosti dieťaťa s odlúčením, stratou či zanedbávaním. Cieľom je umožniť dieťaťu zažiť nové, korektívne vzťahové skúsenosti, ktoré podporujú jeho emocionálnu stabilitu a zdravý psychosociálny vývin.

Medzigeneračné vzťahy tak v prostredí špecializovaného zariadenia nadobúdajú špecifický terapeutický rozmer. Nie sú len nástrojom sociálnej integrácie, ale aj prostriedkom obnovy dôvery, nádeje a pocitu spolupatričnosti. Ich podpora sa stáva neoddeliteľnou súčasťou multidisciplinárnej starostlivosti, ktorá je orientovaná na celostné napĺňanie potrieb dieťaťa a rešpektovanie jeho práva na rodinné väzby a emocionálne väzby v prostredí, ktoré mu poskytuje istotu a prijatie.

Multidisciplinárna starostlivosť ako princíp komplexnej podpory dieťaťa

Multidisciplinárna starostlivosť patrí medzi základné princípy modernej praxe v systéme sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej pomoci, najmä v zariadeniach, ktoré poskytujú starostlivosť deťom so závažnými zdravotnými, psychickými alebo sociálnymi osobitosťami. Tento prístup vychádza z predpokladu, že dieťa je celostná bytosť, ktorej potreby nemožno redukovať na jedinú oblasť. Efektívna podpora musí zahŕňať biologickú, psychologickú, sociálnu aj spirituálnu dimenziu vývinu, pričom jednotlivé intervencie sú vzájomne prepojené a dopĺňajú sa.

Multidisciplinárny prístup je postavený na koordinovanej spolupráci odborníkov z rôznych profesijných oblastí (sociálnych pracovníkov, psychológov, špeciálnych pedagógov, sestier, fyzioterapeutov, vychovávateľov a iní), ktorí spoločne vytvárajú systém komplexnej starostlivosti. Každý odborník prispieva svojou špecifickou expertízou, no všetci zdieľajú spoločnú zodpovednosť za napĺňanie potrieb dieťaťa a za dosahovanie spoločného cieľa - ochrany a podpory jeho zdravého vývinu v prostredí rešpektu, prijatia a dôstojnosti.

V podmienkach Centra pre deti a rodiny Martin má multidisciplinárna starostlivosť osobitné postavenie vzhľadom na charakter klientely. Ide o deti s ťažkým zdravotným postihnutím, kombinovanými diagnózami a duševnými poruchami, ktoré potrebujú súčasne odbornú zdravotnícku, psychologickú, rehabilitačnú, špeciálno-pedagogickú a sociálnu pomoc. Koordinovaná spolupráca všetkých odborníkov je preto nevyhnutná nielen pre riešenie ich zdravotných a vývinových potrieb, ale aj pre podporu vzťahovej stability, identity a sociálnej integrácie.

Z teoretického hľadiska možno multidisciplinárnu spoluprácu chápať ako proces, v ktorom odborníci integrujú svoje poznatky, skúsenosti a intervencie s cieľom zabezpečiť optimálne fungovanie dieťaťa v jeho prirodzenom aj náhradnom prostredí. Takýto model starostlivosti je postavený na princípoch komplexnosti, koordinácie, individualizácie, participácie a reflexie. V praxi to znamená, že dieťa a jeho rodina sú zapájaní do plánovania a hodnotenia intervencií, odborníci pravidelne komunikujú a

reflektujú priebeh starostlivosti a každý krok je podriadený princípu najlepšieho záujmu dieťaťa.

V CDR Martin sa multidisciplinárna spolupráca realizuje prostredníctvom tímových stretnutí, supervízií a tvorby individuálnych plánov rozvoja osobnosti dieťaťa (IPROD). Tento plán je výsledkom spoločného hodnotenia potrieb dieťaťa a koordinácie intervencií všetkých profesií. Do procesu vstupujú sociálni pracovníci, ktorí zabezpečujú posúdenie sociálnej situácie a kontakt s rodinou; psychológovia, ktorí poskytujú diagnostickú a terapeutickú podporu; špeciálni pedagógovia vytvárajú stimulačné a vzdelávacie programy; sestry a fyzioterapeut dohliadajú na zdravotnú a ošetrovateľskú starostlivosť a vychovávatelia spolu s pomocnými vychovávateľmi zabezpečujú každodenné podporné prostredie. Súčasťou podporného tímu je aj lekár pre deti a dospelých, ktorý má zriadenú ambulanciu v priestoroch CDR Martin.

Kvalitná multidisciplinárna spolupráca stojí na otvorenej komunikácii, rešpekte k odbornej autonómii jednotlivých profesií a spoločnom plánovaní cieľov. Vzájomná reflexia a zdieľanie skúseností umožňujú zjednotiť prístup k dieťaťu a predchádzať fragmentácii starostlivosti. Vďaka tomu sa vytvára jednotný hodnotový rámec, ktorý podporuje stabilitu prostredia, kontinuitu prístupu a dôveru medzi odborníkmi, dieťaťom a rodinou.

Zároveň je multidisciplinárna spolupráca aj dôležitým ochranným faktorom proti syndrómu vyhorenia. Práca s deťmi so zdravotným postihnutím alebo s traumatickou skúsenosťou je emočne náročná a vyžaduje stálu reflexiu aj tímovú oporu. Možnosť zdieľať zodpovednosť, diskutovať dilemy a navzájom sa podporovať znižuje psychickú záťaž pracovníkov, posilňuje ich profesijnú identitu a prispieva k udržaniu kvality starostlivosti.

Multidisciplinárna starostlivosť preto nie je len organizačný mechanizmus, ale filozofia práce s dieťaťom, ktorá integruje poznatky sociálnej práce, psychológie, špeciálnej pedagogiky a zdravotníckych vied. Tento model vytvára základ pre komplexnú podporu dieťaťa v jeho bio-psycho-sociálnom kontexte a umožňuje naplňovať princíp najlepšieho záujmu dieťaťa v praxi špecializovaných zariadení na výkon opatrení sociálnoprávnej ochrany detí.

Špecializované zariadenia na výkon opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a ich poslanie

Špecializované zariadenia na výkon opatrení sociálnoprávnej ochrany detí predstavujú osobitný typ inštitucionálnej starostlivosti, ktorý plní nielen výchovnú a sociálnu, ale aj zdravotnícku a terapeutickú funkciu. Ich základným poslaním je poskytovať starostlivosť deťom, ktorých potreby presahujú rámec bežného centra pre deti a rodiny, najmä deťom s ťažkým zdravotným postihnutím a duševnými poruchami. Tieto zariadenia vznikli ako súčasť transformačného procesu systému sociálnoprávnej ochrany detí na Slovensku, ktorý reaguje na potrebu deinštitucionalizácie a humanizácie starostlivosti.

Proces deinštitucionalizácie v oblasti sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej pomoci smeruje k rozvoju služieb, ktoré umožňujú deťom vyrastať v prirodzenom

prostredí, pričom zachovávajú prístup k nevyhnutnej odbornej a ošetrovateľskej starostlivosti.

Deinštitucionalizácia predstavuje dlhodobý a komplexný proces zameraný na prechod od inštitucionálnych foriem starostlivosti k modelu založenému na rodinnom a komunitnom prostredí. Jej cieľom je umožniť deťom vyrastať v prirodzených, podporných vzťahových väzbách, ktoré podporujú ich emocionálny, sociálny aj osobnostný vývin. Proces deinštitucionalizácie zároveň predpokladá rozvoj dostupných komunitných služieb, odborných tímov a multidisciplinárnej spolupráce, ktoré môžu efektívne reagovať na špecifické potreby dieťaťa a jeho rodiny. Tento prístup reflektuje moderné európske smerovanie v oblasti sociálnoprávnej ochrany detí, založené na princípoch individualizácie, participácie a práva dieťaťa vyrastať v rodinnom prostredí.

Cieľom deinštitucionalizácie nie je len redukcia počtu detí v ústavnej starostlivosti, ale predovšetkým skvalitňovanie poskytovanej starostlivosti. Zariadenia ako CDR Martin predstavujú model modernej praxe, v ktorom sa spájajú princípy sociálnej práce, špeciálnej pedagogiky, psychológie a ošetrovateľstva do jednotného systému podpory dieťaťa. Tento prístup reflektuje základné princípy Dohovoru o právach dieťaťa (OSN, 1989), najmä články 3 a 23, ktoré zdôrazňujú právo dieťaťa so zdravotným postihnutím na plnohodnotný a dôstojný život, podporu rozvoja jeho schopností a integráciu do spoločnosti. Do tohto rámca patrí aj právo dieťaťa vyrastať v rodine, hoci ide o rodinu náhradnú. Aj deti s ťažkým zdravotným postihnutím a duševnými poruchami sú umiestňované v rámci systému sociálnoprávnej ochrany detí do profesionálnych náhradných rodín, ktoré zabezpečujú starostlivosť v prirodzenejšom a emocionálne podpornom prostredí. Profesionálna náhradná rodina predstavuje kľúčový nástroj deinštitucionalizácie, pretože umožňuje individuálny, vzťahovo orientovaný prístup k dieťaťu a zároveň poskytuje stabilitu, ktorú inštitucionálne prostredie nedokáže v plnej miere nahradiť. Profesionálni náhradní rodičia sú súčasťou systému sociálnoprávnej ochrany detí a vykonávajú starostlivosť na základe pracovnoprávneho vzťahu s centrom pre deti a rodiny. Ich činnosť prepája rodinné prostredie s odbornou podporou zariadenia, čím napĺňa ciele deinštitucionalizácie.

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele v znení neskorších predpisov definuje špecializované centrá ako zariadenia, ktoré zabezpečujú individuálne prispôbenú starostlivosť, odbornú pomoc a intervenciu pre deti so špecifickými potrebami. Ide o služby s vyššou odbornou náročnosťou, ktoré si vyžadujú prítomnosť zdravotníckeho personálu, špeciálnych pedagógov, psychológov a ďalších odborníkov. Poslaním takéhoto zariadenia je vytvoriť prostredie, ktoré nahrádza rodinu v situáciách, keď dieťa nemôže žiť vo svojej pôvodnej rodine, no zároveň rešpektuje jeho individuálne potreby, možnosti a tempo vývinu.

V Centre pre deti a rodiny Martin je táto myšlienka napĺňaná prostredníctvom multidisciplinárneho modelu starostlivosti, ktorý spája odborné prístupy rôznych profesií do spoločného systému podpory. Starostlivosť o deti s ťažkým zdravotným postihnutím tu nie je chápaná len ako medicínska alebo ošetrovateľská služba, ale ako komplexná podpora zahŕňajúca emocionálny, vzdelávací a sociálny rozmer.

Multidisciplinárny tím spolupracuje pri plánovaní a vyhodnocovaní individuálnych cieľov každého dieťaťa, pričom osobitný dôraz sa kladie na zachovanie dôstojnosti, participáciu a prežívanie dieťaťa ako aktívneho subjektu.

Dôležitým prvkom poslania špecializovaného zariadenia je aj prepojenie s rodinou a širším sociálnym prostredím. V praxi to znamená, že odborníci podporujú kontakt detí s biologickými rodičmi, starými rodičmi a súrodencami, ak je to v ich najlepšom záujme. Cieľom nie je izolovať dieťa od jeho rodinných koreňov, ale posilňovať medzigeneračné väzby a umožňovať rodine podieľať sa na starostlivosti podľa svojich možností. Tento prístup znižuje riziko sekundárnej traumatizácie, podporuje identitu dieťaťa a prispieva k budovaniu stability a dôvery.

Zariadenie zároveň plní aj vzdelávaciu a osvetovú funkciu voči verejnosti a spolupracujúcim inštitúciám. Prostredníctvom odborných stáží, školení a medzisektorovej spolupráce prispieva k šíreniu dobrej praxe v oblasti práce s deťmi so zdravotným postihnutím a duševnými poruchami. V tomto zmysle špecializované CDR Martin aj centrom odbornej a metodической podpory, ktoré svojím pôsobením napomáha rozvoju inkluzívneho systému sociálnoprávnej ochrany detí.

Špecializované zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí tak zohrávajú nenahradiateľnú úlohu v sieti služieb, ktoré zabezpečujú starostlivosť pre najzraniteľnejšie skupiny detí. Ich poslaním je nielen poskytovať odbornú a bezpečnú starostlivosť, ale aj hľadať cesty, ako zachovať a podporovať vzťahy detí s rodinou, komunitou a spoločnosťou. Práve tento prístup spája princípy ochrany detí, multidisciplinárnej spolupráce a medzigeneračnej solidarity do jednotného rámca, ktorý smeruje k napĺňaniu princípu najlepšieho záujmu dieťaťa v praxi.

Právo dieťaťa na rodinu a najlepší záujem dieťaťa v kontexte špecializovanej starostlivosti

Právo dieťaťa na rodinu predstavuje jedno zo základných ľudských práv, ktoré tvoria jadro Dohovoru o právach dieťaťa (OSN, 1989). Rodina je prirodzeným prostredím, v ktorom sa dieťa vyvíja, učí vzťahom, prežívaniu lásky, istoty a identity. V situáciách, keď dieťa nemôže vyrastať vo vlastnej rodine, musí byť každé opatrenie náhradnej alebo inštitucionálnej starostlivosti realizované tak, aby čo najviac zachovávalo kontinuitu jeho rodinných väzieb a podporovalo jeho emočnú stabilitu. V tomto kontexte sa naplňuje zásada najlepšieho záujmu dieťaťa, ktorá je ústredným princípom všetkých rozhodnutí a opatrení v oblasti sociálnoprávnej ochrany detí.

V špecializovaných zariadeniach na výkon opatrení sociálnoprávnej ochrany, kde sú umiestnené deti s ťažkým zdravotným postihnutím alebo duševnými poruchami, je uplatňovanie tohto práva mimoriadne citlivou a náročnou témou. Na jednej strane je potrebné zabezpečiť deťom odbornú starostlivosť, rehabilitáciu a liečbu, ktoré by v prirodzenom rodinnom prostredí nemuseli byť dostupné. Na druhej strane však nesmie dôjsť k strate kontaktu s rodinou a k prerušeniu väzieb, ktoré sú pre vývin dieťaťa zásadné. Zachovanie kontaktu s biologickými rodičmi, starými rodičmi alebo súrodencami prispieva k stabilite identity a k pocitu kontinuity, čo je osobitne dôležité pri dlhodobom pobyte v zariadení.

Princíp najlepšieho záujmu dieťaťa preto nemožno chápať izolovane ani rigidne. Ako zdôrazňuje Výbor pre práva dieťaťa OSN vo Všeobecnom komentári č. 14 (2013), ide o dynamický koncept, ktorý musí byť vždy interpretovaný individuálne – v súlade s potrebami, schopnosťami a životnou situáciou konkrétneho dieťaťa. V kontexte špecializovanej starostlivosti to znamená, že právo na rodinu sa realizuje spôsobom primeraným zdravotnému a psychickému stavu dieťaťa, pričom cieľom nie je len zachovať formálny kontakt, ale podporovať vzťahovú väzbu a emocionálne väzby podľa možností dieťaťa aj rodiny. Multidisciplinárny tím v Centre pre deti a rodiny Martin podporuje rodinný systém a snaží sa nájsť spôsoby ako by mohla rodina zvládnuť starostlivosť aj o dieťa, ktoré je ťažko zdravotne postihnuté, respektíve trpí duševnou poruchou.

V praxi Centra pre deti a rodiny Martin sa princíp najlepšieho záujmu o dieťa naplňa prostredníctvom individuálne prispôbených foriem kontaktu, ktoré rešpektujú potreby a hranice dieťaťa. Niektoré deti udržiavajú pravidelný osobný kontakt s rodičmi, iné komunikujú prostredníctvom videohovorov, písomných odkazov alebo krátkych stretnutí v prítomnosti odborníka. Psychológ a sociálny pracovník spolupracujú pri sprostredkovaní týchto kontaktov tak, aby boli pre dieťa podporné, nie traumatizujúce. Cieľom nie je nahradiť rodinu, ale vytvoriť priestor, v ktorom môže byť rodina súčasťou starostlivosti o dieťa a postupne preberať primeranú zodpovednosť podľa svojich možností.

Uplatňovanie zásady najlepšieho záujmu dieťaťa si vyžaduje aj zvažovanie etických dilem. V praxi sa často stretávame so situáciami, keď sa stretáva právo dieťaťa na rodinu s jeho právom na zdravie, bezpečie a odbornú starostlivosť. Odborníci musia posudzovať, či kontakt s rodinou prispieva k psychickej stabilite dieťaťa, alebo ju naopak ohrozuje. Takéto rozhodnutia si vyžadujú vysokú mieru profesionality, citlivosti a interdisciplinárneho prístupu. Multidisciplinárny tím je preto dôležitým garantom objektivity, keďže umožňuje zohľadniť viacero perspektív – sociálnu, psychologickú, pedagogickú aj zdravotnícku.

Osobitný význam má aj zapojenie rodiny do terapeutického a výchovného procesu. Rodičia sú vedení k pochopeniu potrieb svojho dieťaťa, učia sa reagovať na jeho špecifické správanie a podieľajú sa na spoločných aktivitách. Takáto spolupráca posilňuje rodičovské kompetencie a umožňuje zachovať citové väzby, aj keď dieťa zostáva v zariadení dlhodobo. Tento prístup je v súlade s filozofiou deinštitucionalizácie, ktorá zdôrazňuje rodinnú orientáciu starostlivosti a podporu návratu detí do prirodzeného prostredia, ak je to možné.

V širšom kontexte možno povedať, že princíp najlepšieho záujmu dieťaťa nie je len právnym konceptom, ale hodnotovým rámcom celej praxe špecializovanej starostlivosti. Zahŕňa rešpekt k individualite dieťaťa, podporu jeho dôstojnosti a právo na prežívanie vzťahov. Zariadenia, ktoré tento princíp implementujú, ako napríklad CDR Martin, vytvárajú prostredie, kde sa odborná starostlivosť prelína s ľudskosťou a kde je cieľom nielen liečiť či chrániť, ale aj posilňovať schopnosť dieťaťa byť v bezpečných, podporných vzťahoch. Práve táto rovnováha medzi ochranou a vzťahovosťou tvorí jadro moderného poňatia systému sociálnoprávnej ochrany detí.

Metodologické a aplikačné východiská príspevku

Príspevok vychádza z kvalitatívne orientovaného prístupu, ktorý umožňuje hlbšie porozumieť špecifikám multidisciplinárnej starostlivosti a podpory medzigeneračných vzťahov v prostredí špecializovaného zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí. Zvolená metodológia reflektuje potrebu spájať teoretické poznatky s praktickými skúsenosťami odborníkov pôsobiacich v zariadení, pričom dôraz sa kladie na opis, interpretáciu a analýzu reálnych procesov starostlivosti o deti s ťažkým zdravotným postihnutím a duševnými poruchami.

Východiskom pre spracovanie príspevku sú viacročné skúsenosti z praxe Centra pre deti a rodiny Martin, ktoré patrí medzi špecializované zariadenia na výkon opatrení sociálnoprávnej ochrany detí. Centrum poskytuje starostlivosť deťom, ktorých zdravotný stav, vývinové obmedzenia alebo psychické poruchy si vyžadujú sústavnú odbornú starostlivosť a trvalú prítomnosť kvalifikovaného personálu. Vzhľadom na multidimenzionálny charakter potrieb týchto detí je činnosť centra založená na prepojení odborných prístupov z oblasti sociálnej práce, psychológie, špeciálnej pedagogiky, ošetrovateľstva a fyzioterapie.

Metodologický rámec príspevku vychádza z princípov kvalitatívneho skúmania sociálnej reality, ktoré sa zameriava na pochopenie významov, procesov a interakcií. Zber údajov pre analýzu vychádzal z viacerých zdrojov: z interných dokumentov centra (najmä individuálnych plánov rozvoja osobnosti dieťaťa, výročnej správy o činnosti, hodnotenia poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a iné), z výstupov pracovných stretnutí multidisciplinárneho tímu, supervízií a z priameho pozorovania každodennej starostlivosti o deti. Doplnkovým zdrojom boli aj interné prezentácie a metodické materiály využívané pri vzdelávaní zamestnancov.

Tento prístup umožnil zachytiť komplexný obraz o fungovaní multidisciplinárnej starostlivosti v praxi, o procesoch komunikácie medzi odborníkmi a o tom, ako sa princípy najlepšieho záujmu dieťaťa premietajú do konkrétnych rozhodnutí a intervencií. Dôraz bol kladený aj na reflexiu etických dilem, ktoré sa objavujú v kontexte práce s deťmi s ťažkým zdravotným postihnutím, ako aj na identifikáciu faktorov, ktoré podporujú alebo sťažujú spoluprácu s rodinou dieťaťa.

Analytický proces bol zameraný na tri kľúčové oblasti: organizáciu a koordináciu multidisciplinárnej spolupráce; podporu a udržiavanie medzigeneračných a rodinných vzťahov; uplatňovanie princípu najlepšieho záujmu dieťaťa v rozhodovacích procesoch zariadenia.

V každej z týchto oblastí sa uplatnila interpretatívna analýza, ktorá skúma, ako jednotliví odborníci vnímajú svoje profesijné roly, aké postupy používajú pri riešení etických dilem a aké prístupy sa osvedčili v praxi ako najefektívnejšie.

Metodologický rámec je teda postavený na kombinácii reflexívnej analýzy praxe a empirického pozorovania, čo umožňuje prepojiť vedecké poznatky so skúsenosťou odborníkov, ktorí sú denne konfrontovaní s potrebou prijímať rozhodnutia v najlepšom záujme dieťaťa. Tento prístup je v súlade s filozofiou aplikovanej sociálnej práce a zdravotníckych vied, ktoré zdôrazňujú význam praxe ako zdroja poznania a inovácií.

Aplikačný rozmer príspevku spočíva v predstavení modelu dobrej praxe CDR Martin, ktorý možno považovať za reprezentatívny príklad efektívnej multidisciplinárnej starostlivosti o deti so špeciálnymi potrebami v podmienkach Slovenskej republiky. Model je založený na dlhodobej spolupráci odborníkov, kontinuálnom vzdelávaní a reflektovanej praxi, ktorá kladie dôraz na dôstojnosť, vzťahovosť a inklúziu dieťaťa do spoločenského života.

Výsledky a poznatky z praxe špecializovaného zariadenia

Analýza činnosti Centra pre deti a rodiny Martin ukazuje, že efektívne fungovanie multidisciplinárnej starostlivosti a podpora medzigeneračných vzťahov sú možné len v prostredí, ktoré kladie dôraz na koordináciu, vzájomný rešpekt a jasné rozdelenie kompetencií medzi odborníkmi. Skúsenosti z praxe potvrdzujú, že systémová spolupráca a vzájomná komunikácia členov tímu sú kľúčovými predpokladmi pre zabezpečenie kontinuity starostlivosti o deti s ťažkým zdravotným postihnutím a duševnými poruchami.

V CDR Martin pôsobí multidisciplinárny tím, ktorého jadro tvoria sociálni pracovníci, psychológovia, špeciálni pedagógovia, sestry a vychovávatelia. Ich činnosť je zameraná na zabezpečenie komplexnej starostlivosti o deti, ktorá zahŕňa ošetrovateľskú, rehabilitačnú, psychologickú, výchovno-vzdelávaciu a sociálnu podporu. Starostlivosť o deti so špeciálnymi potrebami má kontinuálny charakter a prebieha v súlade s individuálnym plánom rozvoja osobnosti dieťaťa (IPROD), ktorý je pravidelne vyhodnocovaný a aktualizovaný podľa aktuálnych potrieb a vývinových možností.

Kľúčovým výstupom z praxe je poznanie, že kvalita starostlivosti je priamo podmienená mierou koordinácie medzi jednotlivými profesiami. Pravidelné pracovné stretnutia, tímové porady a supervízie umožňujú odborníkom spoločne reflektovať priebeh starostlivosti, analyzovať zložité situácie a prijímať rozhodnutia v súlade s princípom najlepšieho záujmu dieťaťa. Súčasťou tohto procesu je aj hodnotenie účinnosti jednotlivých intervencií a hľadanie optimálnych stratégií pre podporu vývinu a kvality života detí. Skúsenosti z praxe potvrdzujú, že efektívne fungovanie multidisciplinárneho tímu je rozhodujúce pre kvalitu poskytovanej starostlivosti.

Podľa odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie (World Health Organization, 2018) je integrácia zdravotnej a sociálnej starostlivosti nevyhnutná pre efektívnu podporu zraniteľných detí, najmä tých, ktoré žijú mimo svojej pôvodnej rodiny alebo majú špecifické potreby v oblasti zdravia a vývinu. WHO zdôrazňuje, že multidisciplinárna spolupráca odborníkov zo sociálnej práce, psychológie, zdravotníctva a špeciálnej pedagogiky umožňuje vytvárať komplexné a individualizované plány starostlivosti. Kľúčovými prvkami tohto prístupu sú koordinácia služieb, kontinuálna výmena informácií a zapojenie rodiny ako aktívneho partnera v procese podpory dieťaťa. Takto prepojený systém prispieva k zlepšeniu kvality života dieťaťa, k prevencii inštitucionalizácie a k posilňovaniu jeho sociálnej inklúzie v prirodzenom prostredí.

Dôležitou súčasťou multidisciplinárnej spolupráce je aj práca s pôvodnou rodinou dieťaťa. Rodina je aktívne motivovaná k spolupráci a zapájaná do procesu sanácie, ktorého cieľom je posilniť jej rodičovské kompetencie, zlepšiť vzájomnú komunikáciu

a obnoviť funkčné rodinné väzby. Prostredníctvom sociálnej práce, psychologickej podpory a špeciálno-pedagogických intervencií sa rodine poskytujú prostriedky na zvládanie záťažových situácií a vytváranie podmienok pre opätovné začlenenie dieťaťa do rodinného prostredia. Tento prístup podporuje prevenciu dlhodobej inštitucionalizácie a posilňuje princíp partnerstva medzi zariadením, rodinou a odborným tímom, čo v konečnom dôsledku vedie k udržateľnejšej forme starostlivosti o dieťa. Tento prístup je v súlade s princípom partnerstva a spoluzodpovednosti, ktorý je základom moderných foriem sociálnoprávnej ochrany detí.

Práca s deťmi v špecializovanom zariadení prináša množstvo etických a profesionálnych dilem, ktoré sa týkajú predovšetkým rovnováhy medzi ochranou zdravia dieťaťa a jeho právom na rodinu. Odborníci často stoja pred otázkou, do akej miery je možné a vhodné zachovávať kontakt dieťaťa s biologickou rodinou, ak táto rodina nie je schopná zabezpečiť jeho potreby. V praxi sa preto uplatňuje individuálne prispôsobený prístup, ktorý rešpektuje limity dieťaťa aj rodičov, no zároveň hľadá cesty, ako podporiť medzigeneračné väzby.

Z pozorovaní vyplýva, že udržiavanie kontaktu s rodičmi, starými rodičmi a súrodencami má pozitívny vplyv na emocionálnu stabilitu detí, pokiaľ je tento kontakt bezpečný a odborne vedený. V mnohých prípadoch sa dajú pozorovať zlepšenia v správaní, v neverbálnej komunikácii aj v prejavoch radosti a dôvery. Účasť rodinných príslušníkov na aktivitách centra, napríklad spoločné tvorivé dielne, slávnosti či podporné stretnutia, prispieva k posilňovaniu väzieb a k postupnému preberaniu zodpovednosti za starostlivosť o dieťa.

Tieto pozitívne efekty sú zreteľné aj u detí s ťažkým zdravotným postihnutím, ktoré vyžadujú zvýšenú ošetrovateľskú a odbornú starostlivosť. Deti aj napriek svojim limitáciám intenzívne vnímajú prítomnosť rodičov, rozpoznávajú ich hlas, dotyk či emocionálnu odozvu a reagujú na ne zvýšeným pocitom istoty a upokojenia. Emocionálna väzba s rodičom zostáva významným zdrojom stimulácie, motivácie a psychickej pohody aj u detí s vážnymi telesnými alebo mentálnymi obmedzeniami. Z tohto dôvodu je podpora kontaktu s rodinou nevyhnutnou súčasťou starostlivosti – prispieva nielen k rozvoju dieťaťa, ale aj k upevňovaniu rodičovskej identity a pripravenosti rodiny aktívne sa podieľať na každodennej starostlivosti o dieťa.

Z pohľadu odborného tímu sa ako mimoriadne prínosný ukazuje model zdieľanej starostlivosti, v ktorom sa rodina zapája do rozhodovania o dieťati, zúčastňuje sa na plánovaní IPROD a postupne sa stáva partnerom zariadenia. Takýto prístup podporuje medzigeneračnú solidaritu, posilňuje rodičovské kompetencie a umožňuje znižovať riziko dlhodobej závislosti na inštitucionálnej starostlivosti. Uvedené situácie sú podporované plánovanými pobytmi detí u rodičov v prípade, že je to možné a sú rodinné podmienky prešetrované v zmysle vyhovujúcich na pobyt dieťaťa.

V praxi CDR Martin sa osvedčili aj rôzne formy neverbálnej a zážitkovej komunikácie, ktoré umožňujú deťom s ťažkým postihnutím vyjadrovať pocity, reagovať na podnety a vytvárať vzťahy. Kľúčovým nástrojom v tejto oblasti je využívanie arteterapie, muzikoterapie, bazálnej stimulácie a prvkov snoezelenu, ktoré podporujú emocionálnu reguláciu a rozvoj vzťahovej väzby. Zo psychologického hľadiska bolo

spozorované, že deti, ktoré sa pravidelne zúčastňujú týchto aktivít, prejavujú vyššiu mieru spokojnosti, lepšiu adaptáciu na prostredie a viac prejavov pozitívneho afektu.

Z hľadiska personálneho zázemia sa ukazuje ako nevyhnutné posilňovať tímovú spoluprácu a kontinuálne vzdelávanie pracovníkov. Vzdelávanie je zamerané najmä na oblasti práce s traumatizovaným dieťaťom, komunikáciu s deťmi s obmedzenou verbálnou schopnosťou, prácu so syndrómom CAN a prevenciu syndrómu vyhorenia. Supervízne a metodické stretnutia prispievajú k zdieľaniu skúseností a zvyšovaniu profesijnej reflexivity, čo sa pozitívne odráža aj na kvalite poskytovaných služieb.

Výsledky internej analýzy potvrdzujú, že multidisciplinárna spolupráca v podmienkach špecializovaného centra má priamy dopad na kvalitu života detí. Deti, ktorým je poskytovaná komplexná starostlivosť zahŕňajúca psychologickú, sociálnu, špeciálno-pedagogickú a zdravotnú podporu, vykazujú lepšiu stabilitu správania, menej prejavov frustrácie a viac prejavov emočného kontaktu s dospelými. Tento efekt potvrdzuje význam celostného prístupu, ktorý presahuje rámec tradične chápanej sociálnej práce a smeruje k integrácii všetkých zložiek starostlivosti o dieťa.

Záverom možno konštatovať, že skúsenosti z praxe CDR Martin predstavujú dôkaz, že aj deti s ťažkým zdravotným postihnutím môžu prosperovať v prostredí, ktoré im poskytuje stabilitu, odbornú podporu a priestor pre zachovanie rodinných väzieb. Multidisciplinárna starostlivosť, založená na partnerskej spolupráci odborníkov a rodiny, sa ukazuje ako kľúčový predpoklad pre napĺňanie princípu najlepšieho záujmu dieťaťa v podmienkach špecializovanej starostlivosti.

Diskusia a odporúčania pre prax

Analýza skúseností Centra pre deti a rodiny Martin potvrdzuje, že multidisciplinárna starostlivosť predstavuje nevyhnutný predpoklad kvality a efektivity sociálnoprávnej ochrany detí v špecializovaných zariadeniach. Diskusia nad získanými poznatkami ukazuje, že kľúčovým faktorom úspechu je schopnosť odborníkov spolupracovať v rámci spoločného hodnotového rámca, ktorý integruje princípy sociálnej práce, psychológie, špeciálnej pedagogiky a ošetrovateľstva.

Z teoretického aj praktického hľadiska možno multidisciplinárnu starostlivosť vnímať ako formu odbornej synergie, v ktorej sa prelína viacero profesijných perspektív so spoločným cieľom, a to zabezpečiť dieťaťu podmienky pre dôstojný, bezpečný a podporný život. V podmienkach CDR Martin sa tento princíp premietá do každodenných procesov starostlivosti, kde sa rozhodnutia o intervenciách prijímajú na základe komplexného posúdenia potrieb dieťaťa a v spolupráci celého tímu.

Dôležitým poznatkom je, že kvalita multidisciplinárnej spolupráce sa neodvíja len od odborných kompetencií jednotlivcov, ale aj od kultúry komunikácie a spoločného plánovania. Tímová práca založená na dôvere, otvorenosti a zdieľaní informácií umožňuje predchádzať konfliktom v rozhodovaní a zvyšuje konzistentnosť intervencií. V praxi to znamená, že deti dostávajú zladené, kontinuálne a predvídateľné podnety, ktoré im poskytujú pocit istoty a bezpečia.

Reflexia skúseností ukazuje, že významnou výzvou zostáva spolupráca s rodinou dieťaťa. Napriek tomu, že mnohé rodiny prežívajú dlhodobú záťaž spojenú s postihnutím dieťaťa, udržiavanie kontaktu, vzájomná dôvera a spoločná zodpovednosť

za vývin dieťaťa sú kľúčové pre zachovanie jeho identity (Erikson, 1968). Odborníci zdôrazňujú potrebu systematickej podpory rodičov, a to nielen v rovine praktickej pomoci, ale aj v rovine psychologickú a vzdelávacú. Práve podpora rodičovských kompetencií, sprevádzanie a odborne vedené poradenstvo sú cestou, ako dlhodobo udržať rodinu v procese starostlivosti o dieťa.

Reflexia praxe ďalej poukazuje na potrebu zvyšovania reflexivity a supervíznej podpory odborníkov. Práca v prostredí špecializovaného zariadenia je emocionálne i psychicky náročná. Supervízia, metodické vedenie a vzájomné zdieľanie skúseností prispievajú k prevencii syndrómu vyhorenia, k posilňovaniu profesijnej identity a k udržaniu kvality poskytovanej starostlivosti.

V širšom systémovom kontexte sa ako kľúčové ukazuje prepojenie sociálnych a zdravotníckych služieb. Skúsenosti CDR Martin potvrdzujú, že integrovaný model starostlivosti, ktorý je založený na spolupráci so zdravotníckymi zariadeniami, odbornými ambulanciami a komunitnými službami, vedie k vyššej kontinuite a efektívnosti pomoci. Takýto model zároveň podporuje deinštitucionalizačné ciele a umožňuje prispôbiť starostlivosť individuálnym potrebám dieťaťa.

Na základe analýzy možno formulovať niekoľko odporúčaní pre prax a systémové smerovanie:

- Posilňovať multidisciplinárne tímy v centrách pre deti a rodiny, najmä prostredníctvom metodickéj podpory, kontinuálneho vzdelávania a supervízie.
- Zavádzať model zdieľanej starostlivosti s rodinou, ktorý umožňuje jej aktívne zapojenie do plánovania a hodnotenia starostlivosti o dieťa.
- Rozvíjať medzisektorovú spoluprácu medzi zariadeniami na výkon opatrení sociálnoprávnej ochrany detí, školskými a zdravotníckymi inštitúciami, aby sa dosiahla kontinuita pomoci a jednotný prístup k dieťaťu.
- Podporovať participáciu detí na rozhodovacích procesoch v rozsahu primeranom ich veku, možnostiam a zdravotnému stavu, čím sa posilňuje ich dôstojnosť a autonómia.
- Zdôrazniť význam medzigeneračnej solidarity ako nástroja sociálnej inklúzie a posilňovania rodinných väzieb, najmä prostredníctvom aktivít prepájajúcich deti, rodičov, starých rodičov a komunitu.
- Podporovať výskum a odborné reflexie praxe v špecializovaných zariadeniach, ktoré by umožnili systematicky overovať účinnosť multidisciplinárnych modelov a zdieľať príklady dobrej praxe.

Výsledky z praxe CDR Martin jasne ukazujú, že komplexná starostlivosť, ktorá spája odborné poznatky s ľudským prístupom, dokáže významne zlepšiť kvalitu života detí s ťažkým zdravotným postihnutím aj ich rodín. Multidisciplinárny model práce, postavený na princípoch spolupráce, dôvery a spoločnej zodpovednosti, predstavuje perspektívny smer rozvoja systému sociálnoprávnej ochrany detí a jeho prepojenia so zdravotníckymi a komunitnými službami.

Záver

Multidisciplinárna starostlivosť o deti so špeciálnymi potrebami predstavuje jeden z pilierov moderného systému sociálnoprávnej ochrany detí. Skúsenosti z praxe

Centra pre deti a rodiny Martin potvrdzujú, že efektívna spolupráca odborníkov rôznych profesií je nevyhnutná pre zabezpečenie komplexnej podpory dieťaťa a napĺňanie princípu jeho najlepšieho záujmu. V prostredí špecializovaného zariadenia nadobúda táto spolupráca špecifický význam, pretože sa dotýka detí, ktorých potreby presahujú rámec bežnej starostlivosti a vyžadujú vysokú mieru odbornej i ľudskej angažovanosti.

Z výsledkov praxe vyplýva, že systém založený na vzájomnej komunikácii, koordinácii a spoločnej reflexii práce umožňuje vytvárať prostredie, v ktorom sa deti cítia prijaté, pochopené a v bezpečí. Dôležitú úlohu pritom zohráva nielen profesionalita, ale aj vzťahovosť a empatia odborníkov, ktoré podporujú rozvoj dôvery a emocionálnej stability detí.

Príspevok zdôrazňuje aj význam medzigeneračných vzťahov a rodinných väzieb ako nenahraditeľnej súčasti vývinu dieťaťa. Zachovávanie a podpora kontaktu s rodinou, pokiaľ je to možné a bezpečné, predstavujú základný predpoklad pre formovanie identity a prežívanej kontinuity dieťaťa. Multidisciplinárna starostlivosť preto nemá nahrádzať rodinu, ale dopĺňať ju a vytvárať priestor pre jej opätovné zapojenie do starostlivosti.

Záverom možno konštatovať, že integrácia sociálnej, psychologickkej, špeciálno-pedagogickkej a zdravotníckej starostlivosti v jednom systéme predstavuje perspektívny smer rozvoja sociálnoprávnej ochrany detí v podmienkach Slovenskej republiky. Prístup založený na partnerstve, spolupráci a ľudskej dôstojnosti umožňuje deťom nielen zvýšiť kvalitu ich života, ale aj rozvíjať sa v prostredí, ktoré rešpektuje ich potreby, práva a potenciál.

Skúsenosti z praxe potvrdzujú, že multidisciplinárna spolupráca, posilňovanie rodinných väzieb a podpora deinštitucionalizačných procesov predstavujú kľúčové piliere moderného systému sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej pomoci.

BIBLIOGRAFIA

BOWLBY, John, 1969. *Attachment and loss. Volume 1: Attachment* [reedícia]. Harmondsworth, Middlesex, England : Penguin Books ; New York, N.Y., U.S.A. : Viking Penguin, 486 s. ISBN 0140138390

BOWLBY, J. 1988. *A Secure Base: Parent–Child Attachment and Healthy Human Development*. London: Routledge. ISBN 0-465-07598-3.

CENTRUM PRE DETI A RODINY MARTIN. 2024. *Výročná správa za rok 2024*. Martin: CDR Martin.

ČERNÍČKOVÁ, V. a kol. 2021. *Zhodnotenie poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v centrách pre deti a rodiny*. Bratislava: MPSVaR SR.

DÁVIDOVÁ, M. 2024. *Súčasný stav sociálnoprávnej ochrany detí a aplikovaná prax*. In: *Workshop absolventov odboru Sociálna práca pri príležitosti 15. výročia založenia Ústavu Božieho milosrdenstva Žilina*. Žilina: Ústav Božieho milosrdenstva VŠZaSP sv. Alžbety, 20. 4. 2024.

ERIKSON, E. H. 1968. *Identity: Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton & Company. ISBN 978-0-393-31144-0.

HUČÍK, J. 2025. Spoločnosť a osoba so zdravotným postihnutím, In: HUČÍK, J a kol.: *Špeciálna pedagogika pre sociálnu prácu*, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n.o. Inštitút bl. Metóda Trčku Michalovce, Michalovce 2025, s. 55- 59, ISBN 978-80-8132-302-7

JAGELČÁKOVÁ SCHIFFERDECKEROVÁ, M. – ŠUVADA, J. *Knowledge of the target group of potential parents as one of basic concepts of the prevention of social pathology of families*. In: GÁLLOVÁ, A. – KRÁLINSKÝ, K. – KRČMÉRY, V. (eds.). *Social work, education, social development: interdisciplinary research*. 1. vyd. [S. l.] (Maďarsko): St. Elisabeth University of Health Care and Social Work, 2020, s. 115–126. ISBN 978-615-00-7752-9.

MIKLOŠKOVÁ, Monika, 2016. *Stretnutia rodinného kruhu: Projekt Tímová spolupráca – ukážka metódy SRK* [online]. Bratislava: Spoločnosť Úsmev ako dar. ISBN 978-80-970879-8-2.

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SR. 2018. *Vyhláška č. 103/2018 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o výkone opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately*. Bratislava: MPSVaR SR.

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SR. 2019. *Interná norma č. IN – 012/2019 o individuálnom pláne rozvoja osobnosti dieťaťa*. Bratislava: MPSVaR SR.

ORGANIZÁCIA SPOJENÝCH NÁRODOV (OSN). 1989. *Dohovor o právach dieťaťa*. In: *Zbierka zákonov č. 104/1991 Zb. v znení neskorších predpisov*. Bratislava: Ministerstvo zahraničných vecí SR.

ŘÍČAN, P. 2021. *Psychologie rodiny: Dítě v rodině a rodina v dítěti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1817-1.

SCHOFIELD, G., BEEK, M. 2014. *The Secure Base Model: Promoting Attachment and Resilience in Foster Care and Adoption*. London: BAAF. ISBN 978-1-907-585.

VÝBOR PRE PRÁVA DIEŤAŤA (OSN). 2013. *Všeobecný komentár č. 14: Právo dieťaťa, aby jeho najlepší záujem bol prvoradým hľadiskom (CRC/C/GC/14)*. Ženeva: OSN.

ZÁKON č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele v znení neskorších predpisov

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2018. *Integrating health and social care for vulnerable children: Guidelines for multidisciplinary cooperation*. Geneva: WHO Press. ISBN 978-92-4-151374-7.

Kontakt

PhDr. Mgr. Michaela Dávidová, PhD., MBA, LL.M.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav Božieho Milosrdenstva Žilina

Centrum pre deti a rodiny Martin

E-mail: davidova@vssvalzbety.sk

ZRUČNOSŤ V STAROSTLIVOSTI O SEBA V MEDZIGENERAČNOM KONTEXTE U SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV

SOCIAL WORKERS SELF – CARE SKILLS IN AN INTERGENERATIONAL CONTEXT

Guľašová Monika¹ Jurašek Martin²

^{1,2}Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

Abstrakt

Teoretické východiská: Výskumná štúdia sa zaoberá starostlivosťou o seba u sociálnych pracovníkov v kontexte medzigeneračných zmien v zručnostiach v danej oblasti. Starostlivosť o seba u sociálnych pracovníkov na Slovensku je aktuálna, ale stále málo riešená problematika. Podpora zručností v starostlivosti o seba je dôležitým nástrojom prevencie rizikového správania sa ako v práci tak v súkromí pomáhajúceho profesionála. Fokus na danú oblasť ako v príprave tak v praxi je dôležitým aspektom kvality života.

Cieľ: Výskum ašpiroval na verifikáciu rozdielu v starostlivosti o seba u sociálnych pracovníkov s ohľadom na ich vek, konkrétne u skupiny vo veku do 30 rokov a nad 55 rokov. Naším zámerom bolo ozrejmiť progres či stagnáciu v zručnostiach v starostlivosti o seba aj na základe zmien v príprave budúcich profesionálov.

Metódy: Kohortový kvantitatívny výskum bol realizovaný prostredníctvom štandardizovaného dotazníka (Dotazník vykonávanej starostlivosti o seba VSS v.2, Lichner, Halachová a Lovaš, 2018). Výskumný súbor bol tvorený 80 sociálnymi pracovníkmi, 40 vo veku do 30 rokov a 40 vo veku nad 55 rokov. Skupiny boli zrovnocenené podľa pohlavia, kraja, oblasti sociálnej práce, ktorej sa venujú a rodinného stavu.

Výsledky: Zistili sme významné rozdiely u sociálnych pracovníkov v miere starostlivosti o seba v oblasti Fyzického zdravia v prospech skupiny vo veku do 30 rokov. V iných sledovaných oblastiach, Zdravotnej, Psychologickej a Pracovnej rozdiely neboli významné.

Záver: Práca prezentuje zistenia, ktoré ašpirujú na zvýšenie dôrazu na starostlivosť o seba u sociálnych pracovníkov v období prípravy na povolanie čo by mohlo viesť k zlepšeniu v praxi a následne k zníženiu negatívnych dôsledkov na život a prácu pomáhajúcich profesionálov. Rovnaký dôraz vnímame aj na zručnosť navodenia zmeny v danej oblasti v samotnej praxi.

Kľúčové slová

Sociálny pracovník. Starostlivosť o seba.

Abstract

Theoretical background: The research study deals with self-care among social workers in the context of intergenerational changes in skills in the given area. Self-care among social workers in Slovakia is a current, but still poorly addressed issue. Supporting self-care skills is an important tool for preventing risky behavior both at work and in the private life of a helping professional. Focus on a given area both in preparation and in practice is an important aspect of quality of life.

Aim: The research aspired to verify the difference in self-care among social workers with respect to their age, specifically in the group under 30 and over 55. Our intention was to clarify progress or stagnation in self-care skills also based on changes in the preparation of future professionals.

Methods: Cohort quantitative research was conducted using a standardized questionnaire (Self-Care Questionnaire VSS v.2, Lichner, Halachová and Lovaš, 2018). The research sample consisted of 80 social workers, 40 under the age of 30 and 40 over the age of 55. The groups were matched by gender, region, area of social work they specialize in, and marital status.

Results: We found significant differences among social workers in the level of self-care in the area of Physical Health in favor of the group under the age of 30. In the other monitored areas, Health, Psychological and Work, the differences were not significant.

Conclusion: The paper presents findings that aspire to increase the emphasis on self-care among social workers during their professional preparation, which could lead to improvements in practice and subsequently to a reduction in negative consequences on the lives and work of helping professionals. We also perceive the same emphasis on the skill of inducing change in a given area in practice itself.

Keywords

Social worker. Self-care.

Úvod

Starostlivosť o seba predstavuje dôležitú a podstatnú zložku životného štýlu človeka. Je vnímaná ako multidimenzionálny koncept a každá vedná disciplína ju skúma z vlastnej perspektívy. V minulosti bol v danej problematike sledovaný hlavne faktor zdravia. V súčasnosti je v nej obsiahnutých viacero zložiek, ako je zložka fyzická, emocionálna, duchovná (spirituálna), duševná, sociálna, relaxačná, starostlivosť zameraná na bezpečnosť a ochranu. Význam starostlivosti o seba sa čoraz viac dostáva do popredia aj v akademických a odborných kruhoch. Podľa Kenderešovej (2021) starostlivosť o seba dotvára koncept kvality života určitého jedinca. Vo svojej podstate je ovplyvňovaný vnútornými a vonkajšími faktormi a je zložený zo subjektívnej a objektívnej dimenzie. Výskumy dokazujú, že sociálni pracovníci, ktorí sa pravidelne venujú self-care aktivitám, sú odolnejší voči stresu, menej náchylní k syndrómu vyhorenia a efektívnejší vo svojej práci. Napriek tomu však prax ukazuje, že mnohí sociálni pracovníci stále nevenujú dostatočnú pozornosť vlastnej psychohygiene a čelia mnohým prekážkam pri jej implementácii do svojho každodenného života. Sociálna

práca je pomáhajúca profesia, ktorá je zameraná na riešenie širokej škály rôznych sociálnych problémov. Vychádzajúc z rôznorodosti sociálnych problémov vyplýva, že kompetencie sociálneho pracovníka sú zložité (Barkasi, Leczová, 2019, s. 28). Je povolaním, ktoré si vyžaduje intenzívnu emocionálnu a psychologickú angažovanosť. Sociálni pracovníci denne čelia náročným situáciám, ktoré môžu viesť k emocionálnej a profesijnému vyhoreniu. V dôsledku týchto výziev sa koncept self-care, teda starostlivosť o seba, stáva neoddeliteľnou súčasťou udržiavania nielen osobnej, ale aj profesijnej pohody sociálnych pracovníkov.

Súčasný stav skúmanej problematiky

Téma starostlivosti o seba u sociálnych pracovníkov sa v posledných rokoch stáva čoraz viac dôležitou. Ako uvádza Šlosár a kol. (2017), sociálni pracovníci sa pri svojej bežnej pracovnej činnosti stretávajú s veľkým množstvom náročných a stresujúcich situácií. Práve zručnosť zvládať tieto situácie zvýrazňuje dôležitosť self care (Šlosár a kol., 2017).

Profesná príprava na školách ani zamestnávateľa neskôr neučia sociálnych pracovníkov, ako sa efektívne o seba starať. Ako napríklad uvádza štúdia Bloomquista a kol.(2015), napriek tomu, že sociálni pracovníci oceňujú a veria v účinnosť starostlivosti o seba pri zmierňovaní stresu, do samotnej starostlivosti sa zapájajú len v obmedzenej miere. Lewis a King (2019) tvrdia, že prax v teréne je pri príprave budúcich odborníkov prvoradá, pričom sa budúci sociálni pracovníci učia implementovať praktické zručnosti získané počas prípravy. V priebehu praxe, kedy sú vystavení širokému spektru intenzívnych emocionálnych zážitkov, sú nevyhnutné zručnosti, techniky a stratégie starostlivosti o seba na predchádzanie únavy, vyhorenia, či zástupnej traumy. Rovnako aj domáce štúdie z posledných rokov ukazujú trend, že vo výskumnej oblasti je markantný záujem o sociálnych pracovníkov, ich starostlivosť o seba, rezilienciu, prevenciu syndrómu vyhorenia, ale aj prevenciu iných možných dôsledkov stresujúcej a náročnej práce. Poklembová (2020) poukazuje na fakt, že v celkovom skóre dosahujú sociálni pracovníci nadpriemernú úroveň starostlivosti o seba. Až 76% opýtaných vyjadrilo spokojnosť s osobnou starostlivosťou o seba a 81,5% s profesionálnou starostlivosťou o seba, pričom ako uvádza sama autorka, je viacero možných vysvetlení a interpretácií tohto pozitívneho výsledku. Môže súvisieť s tým, ako uvádza samotná autorka, že u sociálnych pracovníkov vníma nízke nároky na uspokojenie vlastných potrieb, či prílišný dôraz na potreby iných pred sebou.

Pojmový rámec výskumného problému

Vo všeobecnosti možno povedať, že self care je proces, v ktorom sa jedinec zámerne zapojí do aktivít, ktoré následne zlepšujú jeho zdravé fungovanie a celkovú pohodu. Tento proces v sebe zahŕňa jednotlivé oblasti osobnosti, konkrétne fyzickú, psychickú, sociálnu a spirituálnu oblasť (Dorociak a kol., 2017). Všetky tieto oblasti sú veľmi dôležité, napríklad prežívanie spirituality a napĺňanie potrieb v tejto oblasti pomáha človeku prežívať každodennosť zmysluplne a spokojne. Pomáhajúcim profesiám dodáva silu a odvahu v tejto tak zásluhnej a vyčerpávajúcej práci (Noga, 2024). Podľa Tartakovského (2015) starostlivosť o seba v sebe zahŕňa niekoľko

komponentov, konkrétne fyzickú, emocionálnu, duchovnú (spirituálnu), duševnú, sociálnu, relaxačnú, a starostlivosť o seba zameranú na bezpečnosť a ochranu. Taktiež musí tento multidimenzionálny proces obsahovať aktivity, ktorých cieľom je zdokonaľiť a udržať zdravie (fyzické i psychické), rozvíjať pracovnú, sociálnu a spirituálnu sféru a v neposlednom rade sféru voľného času (Köverová, 2019; Mesárošová a kol, 2017). Je nevyhnutné uviesť, že neexistuje univerzálna forma starostlivosti o seba, ktorá by mala fungovať v živote každého človeka počas celého jeho života. Self care je individuálny a originálny aspekt, ktorý sa mení spolu s daným jedincom v priebehu jeho života tak, aby reflektoval jeho náročnosť a podmienky. Zároveň sa výrazne menia zaužívané pracovné návyky, zotierajú sa hranice medzi osobným (súkromným) a pracovným časom, výrazne sa zvyšuje počet ľudí s rôznymi psychickými problémami a s pocitmi vyčerpanosti a vyhorenia (Poklembová, 2020). Ako uvádza Mesárošová a kol. (2017), vzhľadom k tomu, koľko času profesionáli trávajú v práci, na nároky, ktoré sa na ne kladú, je nevyhnutné hovoriť o potrebe starostlivosti o seba v tomto prostredí. Sociálni pracovníci ako „pomáhajúci profesionáli sú sami sebe svojím najbližším každodenným a vždy prítomným nástrojom. Pre zachovanie jeho celistvosti je potrebné sa oň starať“ (Poklembová, 2020, s.15). V tejto profesii dochádza ku kombinácii, pri ktorej musia sociálni pracovníci poskytovať starostlivosť iným osobám, čo je náplňou ich práce a zároveň vykonávať aj starostlivosť o seba. Je dôležité zdôrazniť, že self care nie je finálny stav, je to len proces – nástroj. Finálnym vzťahom je istý spôsob života, v ktorom človek dosiahne pohodu, kde môže odhaliť svoje možnosti (Mesárošová a kol., 2017). Ako ďalej uvádza autorka, dôležitým znakom starostlivosti o seba je vzťah starostlivosti k vykonávanej práci, konkrétne vzťah k pracovnej zaangažovanosti, spokojnosti a výkonom. Starostlivosť o seba je pritom nutné vnímať ako podmienku pri angažovaní sa v práci z viacerých hľadísk, napríklad z hľadiska prevencie vyhorenia, ako aj riešenia prejavov a dôsledkov vyhorenia (Mesárošová a kol., 2017). Je zrejmé, že ak človek musí podávať v práci primeraný výkon, musí byť dlhodobo v dobrej fyzickej, ale aj psychickej kondícii. Z toho vyplýva, že starostlivosť o seba hrá rolu prediktora zaangažovanosti, pričom ide o vzájomný vzťah, kde reálny záujem o prácu a zároveň zapájanie sa do jej vykonávania môže stimulovať starostlivosť (Mesárošová a kol., 2017). Ďalšou dôležitou charakteristikou je určovanie priority pracovných úloh. Aj v tomto ohľade sa na starostlivosť o seba v pracovnom prostredí dá pozeráť z dvoch hľadísk, kde na jednom konci zastáva zamestnanec nejaký postoj k starostlivosti o seba v práci, na druhom konci organizácia - zamestnávateľ vytvára nejaké konkrétne podmienky, v ktorých prežíva zamestnanec psychickú a fyzickú pohodu (Mesárošová a kol., 2017).

Cieľ výskumu

Hlavným cieľom kohortovej štúdie bolo verifikovať mieru starostlivosti o seba u sociálnych pracovníkov s ohľadom na generačnú diferenciu. Zaujímalo nás, aká je starostlivosť o seba u sociálnych pracovníkov v psychologickej, pracovnej, osobnej a zdravotnej oblasti. Postulovali sme niekoľko dielčích cieľov vďaka ktorým sme sa exaktne fokusovali na jednotlivé položky self care:

Zistiť rozdiel u sociálnych pracovníkov vo veku do 30 rokov a nad 50 rokov vo Fyzickej oblasti self care

Zistiť rozdiel u sociálnych pracovníkov vo veku do 30 rokov a nad 50 rokov v Psychologickej oblasti self care

Zistiť rozdiel u sociálnych pracovníkov vo veku do 30 rokov a nad 50 rokov v Pracovnej oblasti self care

Zistiť rozdiel u sociálnych pracovníkov vo veku do 30 rokov a nad 50 rokov v Zdravotnej oblasti self care

Výskumné metódy

Pre verifikáciu postulovaných cieľov sme zvolili štandardizovaný nástroj - Dotazník vykonávanej starostlivosti o seba (VSS v.2, Lichner, Halachová, Lovaš, 2018). Je tvorený 31 položkami škálovanými do 4 oblastí: oblasti psychologickej (14 otázok, ktoré sledujú snahu o vytváranie pozitívnych sociálnych vzťahov a atmosféry s blízkymi a v práci, taktiež snahu o pozitívne myslenie), oblasti pracovnej (6 otázok, ktoré sledujú aktivity so zameraním na zvládanie záťaže v práci, osobný rast, striedanie pracovných aktivít), oblasti zdravotnej (7 otázok zameraných na zásady zdravého životného štýlu, psychohygieny, na preventívne prehliadky a na návštevy lekárov v prípade problémov), a oblasti fyzickej (4 otázky, ktoré sa dotýkajú respondentov v udržiavaní telesnej váhy a pravidelnej fyzickej aktivity). Na Likertovej 5-bodovej škále od „1- Vôbec nie“ do „5- Rozhodne áno“ respondenti označením jednej možnosti uvádzali vykonávanie jednotlivých aktivít. Priemerné celkové skóre dotazníka sa pohybuje v rozmedzí od 31 do 155, pričom vyššie skóre znamená vyššiu mieru starostlivosti o seba. Pre štatistické spracovanie sme zvolili na základe negatívneho testu normality rozloženia (Skewness testu) neparametrickú štatistiku, Mann Whitneyho T test pre dva nezávislé výbery.

Charakteristika výskumného súboru

Kohortový výskumný súbor bol získaný pomocou online distribúcie dotazníka. Pôvodne bolo administrovaných 160 dotazníkov, ktoré boli kompletne vyplnené. Po zrovnocnení skupín bola početnosť súboru eliminovaná na 80 sociálnych pracovníkov. Podskupina sociálnych pracovníkov vo veku do 30 rokov bola zrovnocnená s podskupinou sociálnych pracovníkov vo veku nad 50 rokov vo viacerých premenných: rodinný status (žije s partnerom vs. bez partnera), oblasť pôsobenia v rámci sociálnej práce (sociálne služby, TSP, CDR), pohlavie, miesto bývania (dedina, mesto).

Tabuľka č. 1 Charakteristika respondentov podskupín sociálnych pracovníkov

		Sociálni pracovníci vek do 30 rokov n(40)	Sociálni pracovníci vek nad 50 rokov n(40)
pohlavie	žena	20	20
	muž	20	20
rodinný status	žije s partnerom	25	25

	žije bez partnera	15	15
bývanie	dedina	15	15
	mesto	25	25
výkon sociálnej práce	sociálne služby	20	20
	TSP	10	10
	CDR	10	10

N – početnosť

Výsledky výskumu

Hlavným cieľom nášho záujmu bolo zistiť mieru starostlivosti o seba u sociálnych pracovníkov s ohľadom na ich vek.

Tab. 2 Štatistické porovnanie miery self care u sociálnych pracovníkov vo veku do 30 rokov a nad 50 rokov zistené Mann Whitney testom pre dva nezávislé výbery

	SP do 30 rokov n(40) x	SP nad 50 rokov n(40) x	U	p
HS self care	123,1	121,2	2,748	0,042

x - priemerné hodnoty, U – hodnota Mann Whitney testu, p – hladina významnosti testu;

Nezistili sme významné rozdiely v celkovom hrubom skóre self care medzi skupinami sociálnych pracovníkov vo veku do 30 rokov a nad 50 rokov. Zaujímalo nás, aká je starostlivosť o seba u sociálnych pracovníkov vo fyzickej oblasti self care s ohľadom na ich vek.

Tab. 3 Štatistické porovnanie miery self care vo fyzickej oblasti u sociálnych pracovníkov vo veku do 30 rokov a nad 50 rokov zistené Mann Whitney testom pre dva nezávislé výbery

	SP do 30 rokov n(40) x	SP nad 50 rokov n(40) x	U	p
HS FO self care	25,24	13,12	3,822	0,008

x - priemerné hodnoty, U – hodnota Mann Whitney testu, p – hladina významnosti testu;

Zistili sme významné rozdiely v hrubom skóre vo Fyzickej oblasti self care medzi skupinami sociálnych pracovníkov vo veku do 30 rokov a nad 50 rokov. Skupina profesionálov vo veku do 30 rokov vykazuje významne vyššiu mieru starostlivosti o seba ako sociálni pracovníci vo veku nad 50 rokov.

Chceli sme zistiť diferencie v miere starostlivosti o seba u sociálnych pracovníkov v psychickej oblasti self care s ohľadom na ich vek.

Tab. 4 Štatistické porovnanie miery self care v psychickej oblasti u sociálnych pracovníkov vo veku do 30 rokov a nad 50 rokov zistené Mann Whitney testom pre dva nezávislé výbery

	SP do 30 rokov n(40) x	SP nad 50 rokov n(40) x	U	p
HS PO self care	18,18	19,02	2,693	0,058

x - priemerné hodnoty, U – hodnota Mann Whitney testu, p – hladina významnosti testu;

V psychickej oblasti starostlivosti seba sme nezistili významné rozdiely u podskupín sociálnych pracovníkov. V komparácii s priemernými hodnotami vo fyzickej oblasti je zrejmé, že psychickej oblasti sociálni pracovníci prikladajú menšiu dôležitosť. Zaujímali nás aj rozdiely v miere starostlivosti o seba u sociálnych pracovníkov v pracovnej oblasti self care s ohľadom na ich vek.

Tab. 5 Štatistické porovnanie miery self care v pracovnej oblasti u sociálnych pracovníkov vo veku do 30 rokov a nad 50 rokov zistené Mann Whitney testom pre dva nezávislé výbery

	SP do 30 rokov n(40) x	SP nad 50 rokov n(40) x	U	p
HS PRO self care	16,35	17,53	2,077	0,112

x - priemerné hodnoty, U – hodnota Mann Whitney testu, p – hladina významnosti testu;

V pracovnej oblasti self care sociálnych pracovníkov neboli zistené štatisticky významné rozdiely. V porovnaní s vyššie uvedenými škálami self care, fyzická a psychologická, v pracovnej dosiahli sociálni pracovníci najnižšie skóre, čo naznačuje nízku mieru starostlivosti o seba a v konečnom dôsledku nízky dôraz na self care v práci ako takej.

Poslednou subškálou, ktorá bola stredobodom nášho záujmu bola zdravotná oblasť self care u sociálnych pracovníkov.

Tab. 6 Štatistické porovnanie miery self care v zdravotnej oblasti u sociálnych pracovníkov vo veku do 30 rokov a nad 50 rokov zistené Mann Whitney testom pre dva nezávislé výbery

	SP do 30 rokov n(40) x	SP nad 50 rokov n(40) x	U	p
HS ZO self care	18,18	20,02	2,727	0,062

x - priemerné hodnoty, U – hodnota Mann Whitney testu, p – hladina významnosti testu;

V zdravotnej oblasti self care sociálnych pracovníkov neboli zistené štatisticky významné rozdiely.

Diskusia

Sociálna práca ako profesia prešla v posledných rokoch značným vývojom. Spoločnosť vyžaduje od sociálnych pracovníkov profesionálny výkon, ktorý vychádza nielen z profesijných a osobnostných predpokladov, ale aj z celoživotného vzdelávania sa (Vansač, Kenderešová, 2024, s. 75). Jednou z oblastí, v ktorých v praxi absentujú požadované zručnosti, je self care. Hlavným cieľom nášho výskumu bolo zistiť, aká je starostlivosť o seba u sociálnych pracovníkov v psychologickej, pracovnej, fyzickej a zdravotnej oblasti. Z výskumu vyplynulo, že sociálni pracovníci vo veku do 30 rokov a nad 50 rokov sa líšili iba v oblasti fyzického self care v prospech podskupiny vo veku do 30 rokov. Toto prekvapivé zistenie naznačuje, že napriek vekovému rozdielu prístup sociálnych pracovníkov k starostlivosti o seba nie je významne odlišný v celkovej miere. V danej oblasti sme zistili aj najvyššie priemerné skóre z jednotlivých oblastí. Druhou v poradí bola hodnota v zdravotnej oblasti a treťou bola psychologická, poslednou pracovná oblasť. Výsledky implikujú fakt, že fyzická starostlivosť o seba je zatiaľ jedinou zložkou vnímania svojho zdravia na ktoré sú sociálni pracovníci vo veku do 30 rokov vnímaví viac oproti kolegom vo veku nad 50 rokov. Oblasť starania sa o seba v psychickej rovine či v oblasti zdravia ako takého je v oboch podskupinách takmer totožná. Zvláštnu pozornosť si zasluhuje nízka miera self care v pracovnej oblasti. Toto zistenie pripisujeme pretrvávajúcej tendencii pomáhať iným na svoj vlastný úkor, ako vžitý zlozvyk v pomáhajúcich profesiách. Absentuje ešte stále primerané vnímanie seba a nastavenie bezpečných hraníc pomáhajúcej profesie v praxi. Vo výskume Balogovej, Lovašovej a Kočíšovej (2017) bola rovnako starostlivosť o seba vo fyzickej oblasti najviac vnímaná, v psychologickej oblasti dosiahla druhé najvyššie skóre. Diferencie v poradí oblastí pripisujeme najmä tomu, že zatiaľ čo náš výskumný súbor tvorili sociálni pracovníci v praxi, u uvedených autoriek išlo o študentov pomáhajúcich profesií. Táto diskrepancia naznačuje možný posun vo vnímaní dôležitosti self care v prospech psychologickej zložky u budúcich profesionálov. Na rozdiel od zistení Mesárošovej (2014) sme nezistili štatisticky významné rozdiely v sledovaných oblastiach self care. Výskum Poklembovej (2020), naznačil „mierne nadpriemernú starostlivosť o seba“, pričom jej respondenti dosahovali obdobný kvartál miery starostlivosti o seba ako sociálni pracovníci v našom

výskume. Ako uvádza daná autorka, ide o mierne optimistický výsledok, aj vzhľadom k tomu, že respondenti jej výskumu hodnotili vysokú mieru spokojnosti s vlastnou starostlivosťou o seba. Autorka pripisuje tieto pozitívne výsledky tomu, že v našich podmienkach nie je problematika starostlivosti o seba úplne adaptovaná. Druhým predpokladom je podľa nej to, že mnohí sociálni pracovníci a sociálne pracovníčky „nevidia“ celý potenciál starostlivosti o seba. Na základe našich zistení môžeme konštatovať, že zatiaľ v práci nie sú významné generačné rozdiely v self care sociálnych pracovníkov. Vnímame to ako podporu snahy zaviesť do prípravy budúcich profesionálov väčšiu dôležitosť danej problematiky aby sa starostlivosť o seba stala jednou zo základných zručností študentov, ktorí budú následne v praxi kompetentne a dlhodobo schopní vykonávať pomáhajúcu profesiu.

Záver

Aktuálna spoločenská situácia prechádza výraznými kultúrnymi a sociálnymi zmenami, ktoré neustále menia podmienky a požiadavky na jednotlivca, ako aj sociálne skupiny. Tieto zmeny sú často veľmi dynamické a výrazne vplývajú na prácu sociálnych pracovníkov, ktorí sú nútení rýchlo a efektívne reagovať na aktuálne potreby cieľových skupín, s ktorými pracujú a neustále vytvárať čo najvhodnejšie podmienky, metódy a možnosti v prospech svojich klientov. V tomto náročnom pracovnom prostredí pomáhajúcich profesií sa často stáva, že človek v snahe pomôcť klientovi potláča starostlivosť o seba do úzadia. Zároveň, má viacero rolí, kde rola sociálneho pracovníka sa po uplynutí pracovného času mení na rolu partnera, rodiča a iné, pričom nie je zvyknutý nájsť si čas na uspokojovanie vlastných potrieb, psychohygienu, oddych, vlastné záujmy. Postupne sa stierajú jasné hranice medzi osobným a pracovným životom. Starostlivosť o seba je pre sociálnych pracovníkov nevyhnutná, pretože je nielen nutnou prevenciou negatívnych dôsledkov, ale je aj podstatnou podporou sociálneho pracovníka vo všetkých jeho oblastiach fungovania. Pomáha mu efektívne plniť profesijné, ako aj osobné ciele, rozpoznávať a hierarchizovať výzvy, udržiavať balans medzi osobným a pracovným životom. Pomáha sociálnemu pracovníkovi jasne definovať jeho životné priestory, jednotlivé sociálne roly a sociálne pozície, oddeľuje prácu od súkromia a tým dovoľuje človeku naplňovať ich na každej potrebnej úrovni. Stáva sa tak nevyhnutným predpokladom vyššieho pracovného výkonu a vyššieho stupňa spokojnosti v práci, ale aj v domácom prostredí. Na úrovni starostlivosti o sociálnych pracovníkov je nevyhnutné vytvárať programy a podporné stratégie, aby sa starostlivosť o seba stala pre sociálnych pracovníkov prirodzenou súčasťou pracovného prostredia. Vnímame, že self care je nevyhnutnou soft skills, ktorá by mala byť samozrejmosťou prípravy pomáhajúceho profesionála v rovnakej miere ako ostatné profesné kompetencie. Bez tohto dôrazu nebude možné udržať angažovanosť sociálnych pracovníkov počas celého produktívneho života, čo je jednou z hlavných výziev aktuálnej sociálnej práce.

BIBLIOGRAFIA

BALOGOVÁ, B., LOVAŠOVÁ, S., KOČIŠOVÁ, S. 2017. Starostlivosť o seba v sociálnej práci v podmienkach Slovenska – participácia na medzinárodnom výskume Univerzity Kentucky. *Grant Journal*, 2017, 6, 2, 53-58, ISSN 1805-0638.

BARKASI, D. – LECZOVÁ, D. 2019. Motivácia k voľbe študijného odboru študentov pomáhajúcich profesií. 1. vyd. Michalovce : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. v Bratislave, Ústav bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach, 2019. 90 s. ISBN: 978-80-8132-210-5.

BLOOMQUIST, K.R., WOOD, L., FRIEDMEYER-TRAINOR, K., KIM, H.-W. 2015. Self-care and professional quality of life: Predictive factors among MSW practitioners. *Advances in Social Work*, 2015, 16, 2, 292-311.

DOROCIÁK, K.E., RUPERT, P., BRYANT, F.B., ZAHNISER, E. 2017. Development of the Professional Self-Care Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 64,3, 32-34, ISSN 0022-0167.

KENDEREŠOVÁ, E. 2021. Úroveň ľudských životov v epoche múrov v dôsledku „únavy z dejín Európy“. In: *Prax založená na dôkazoch v pomáhajúcich profesiách*. Zborník zo VII. Medzinárodnej vedeckej konferencie. Warszawa: Collegium Humanum, 2021. 361 s. ISBN: 978-83-958245-2-4.

KÖVEROVÁ, M., HRICOVÁ, M., LICHNER, V., LOVAŠOVÁ, S. 2019. Ako sa o seba starám? Intervenčný program na podporu starostlivosti o seba pre pomáhajúce profesie. Košice: UPJŠ, ISBN 978-80-8152-711-1.

LEWIS, M.L., KING, D. M. 2019. Teaching self-care: The utilization of self-care in social work practicum to prevent compassion fatigue, burnout, and vicarious trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. Vol.29, 2019, 1, 96-106.

LICHNER, V., HALACHOVÁ, M. 2017. Starostlivosť o seba u sociálnych pracovníkov v kontexte pracovného prostredia. In: KÖVEROVÁ, M. – MESÁROŠOVÁ, M. (eds.). *Pomáhajúce profesie a starostlivosť o seba z pohľadu psychológie a sociálnej práce*. Recenzovaný vedecký zborník. Katedra psychológie FF UPJŠ v Košiciach (2018). s. 84 - 93, ISBN 978-80-8152-606-0.

MESÁROŠOVÁ, M. 2014. Care or self-development in relation to the self-regulation in the students of helping professions. In: *PEOPLE: International Journal of Social Sciences*. 3,1, s. 586 – 596, ISSN 2454-5899.

MESÁROŠOVÁ a kol. 2017. Starostlivosť o seba a dôsledky vykonávania pomáhajúcich profesií. Vedecká monografia projektu APVV MŠ SR-0921 „Starostlivosť o seba a dôsledky vykonávania pomáhajúcich profesií.“, Košice 2017, ISBN 978-80-8152571-1.

NOGA, V. 2024. Spiritualita v sociálnej a paliatívnej starostlivosti a faktory, ktoré ju ovplyvňujú. In: VANSÁČ, P. (Ed.) *Zborník z X. Medzinárodnej vedeckej konferencie, Aktuálne trendy a výzvy, problémy a dilemy v profesijnej praxi pracovníkov pomáhajúcich profesií*, Michalovce 10. november 2023, Wydawnictwo Katedry

Filozofii Akademii Ekonomiczno - Humanistycznej w Warszawie, Warszawa 2024, 268 s., ISBN 978-83-61087-89-2.

POKLEMBOVÁ, Z. 2020. Starostlivosť o seba u sociálnych pracovníkov a pracovníčok. Prešovská univerzita v Prešove, Filozofická fakulta, 2020, Ultra Print, s.r.o. 93 s., ISBN 978-80-555-26-30-0.

ŠLOSÁR, D., ŠOLTÉSOVÁ, Z., PLAVNICKÁ, J. 2017. The importance of self-care by professionals on helping professions. In: BALOGOVÁ, B. (Ed.) (2017). Multiculturalism in social work. Conference proceedings: Scientific conference with international participation 19th -23rd June 2017, Selce, Croatia. Warszawa: Wydawnictwo.

TARTAKOVSKY, M. 2015. Three Self-Care Strategies to Transform Your Life [online]. [citované 28.09.2025]. Dostupné na: <http://psychcentral.com/blog/archives/2012/08/20/3-self-care-strategies-to-transform-your-life/>

VANSÁČ, P., KENDEREŠOVÁ E. 2024. Teoretické východiska primárnej prevencie v sociálnej práci. In: SABO A., BARTA R., SABO S. ZBORNÍK vedecko výskumných prác s názvom "Multidisciplinárny prístup k prevencii v kontexte ošetrovateľských, sociálnych a verejno-zdravotníckych aspektov" : s príležitosti Medzinárodného dňa seniorov (1. október, 2023) - Izd. 1. - Nový Sad : Pharm-advice plus, 2023 (Zemun : Jeftina štampa), s. 56-76., ISBN 978-86-82536-02-4

Kontakt

doc. PhDr. Monika Guľašová, PhD.

E-mail: monika.gulasova@vssvalzbety.sk

VÝZVY A PROBLÉMY MEDZIGENERAČNÝCH VZŤAHOV V KONTEXTE SOCIÁLNEJ PRÁCE

CHALLENGES AND PROBLEMS OF INTERGENERATIONAL RELATIONS IN THE CONTEXT OF SOCIAL WORK

Hardová Tatiana¹, Barkasi Daniela², Bárta Richard³

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

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

³Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Ústav bl. Z. J. Mally Košice

Abstrakt

Medzigeneračné vzťahy sú veľmi dôležitou súčasťou sociálneho fungovania spoločnosti – vytvárajú kontinuitu medzi staršími a mladšími generáciami, odovzdávajú hodnoty, skúsenosti a kultúrny kapitál. V kontexte sociálnej práce však prinášajú viacero výziev aj problémov, na ktoré odborníci musia reagovať.

Kľúčové slová

Medzigeneračné vzťahy. Sociálna práca. Problémy medzigeneračných vzťahov. Výzvy medzigeneračných vzťahov.

Abstract

Intergenerational relations are a very important part of the social functioning of society – they create continuity between older and younger generations, pass on values, experiences and cultural capital. However, in the context of social work, they bring several challenges and problems to which professionals must respond.

Keywords

Intergenerational relations. Social work. Problems of intergenerational relations. Challenges of intergenerational relations.

Úvod

Medzigeneračné vzťahy tvoria základ sociálnej štruktúry každej spoločnosti. Ich kvalita odráža mieru solidarity, spolupatričnosti a kultúrnej kontinuity medzi jednotlivými vekovými skupinami. V súčasnosti sú tieto vzťahy vystavené mnohým výzvam – demografickému starnutiu, zmenám v rodinnej štruktúre, urbanizácii, globalizácii, migrácii či technologickému pokroku. Každý z týchto faktorov vplyva na spôsob, akým sa generácie navzájom vnímajú, komunikujú a podporujú.

Sociálna práca ako profesia sa v rámci týchto procesov stáva neoddeliteľnou súčasťou riešenia problémov, ktoré vyplývajú zo zhoršenej medzigeneračnej komunikácie a solidarity. Úlohou sociálnej práce je nielen poskytovanie podpory jednotlivcom a rodinám, ale aj posilňovanie komunitných väzieb, advokácia práv seniorov a mladých ľudí, či ovplyvňovanie verejných politík v prospech medzigeneračnej spolupráce.

Medzigeneračné vzťahy sú kľúčovým prvkom sociálneho kapitálu spoločnosti. Umožňujú prenášanie hodnôt, historických a kultúrnych tradícií, skúseností, ako aj emocionálnej podpory medzi generáciami. Súčasná doba však čelí mnohým zásadným spoločenským a technologickým zmenám, ktoré tieto vzťahy ovplyvňujú a môžu viesť k oslabeniu medzigeneračných väzieb, ak sa im nevenuje pozornosť. Sociálna práca má v tomto kontexte za úlohu nielen analyzovať problémy, ale aj navrhovať a realizovať konkrétne intervenčné stratégie, ktoré podporia solidaritu, komunikáciu a inklúziu medzi generáciami.

Teoretické východiská medzigeneračných vzťahov

Medzigeneračné vzťahy možno definovať ako systém interakcií, vzájomnej podpory a výmeny hodnôt, vedomostí a skúseností medzi generáciami v rámci rodiny, komunity i spoločnosti. Ide o dynamický proces, v ktorom sa prelínajú biologické, sociálne, ekonomické a kultúrne dimenzie života.

Súčasný výskumy poukazujú na to, že kvalita týchto vzťahov má priamy vplyv na duševné zdravie, sociálnu súdržnosť a pocit zmyslu života u všetkých vekových skupín (WHO, 2022). Sociológovia a psychológovia upozorňujú, že v dôsledku zrýchleného životného tempa a technologických zmien sa prehlbuje generačná priepasť, ktorá sa často prejavuje nedostatkom empatie, rešpektu a spoločného trávenia času (Mátel, Schavel, 2021).

Súčasný spoločenský výzvy

Demografické starnutie

Podľa Eurostatu (2024) patrí Slovenská republika k najrýchlejšie starnúcim populáciám v EÚ. Počet osôb nad 65 rokov sa má do roku 2050 zvýšiť o viac ako 60 %. Tento trend má významné dôsledky na ekonomiku, sociálne služby a medzigeneračné vzťahy. Rastúca skupina seniorov vyžaduje nové prístupy v oblasti starostlivosti, zdravotníctva, zamestnanosti a komunitného života.

Digitalizácia spoločnosti

Digitalizácia priniesla zásadné zmeny v spôsobe komunikácie. Mladšie generácie ovládajú technológie intuitívne, zatiaľ čo mnohí seniori pociťujú strach z ich používania. Tento fenomén nazývaný „digitálna priepasť“ spôsobuje sociálne vylúčenie a osamelosť starších ľudí (OECD, 2023). Programy ako *Digital Seniors* (2022–2024) dokazujú, že cieľavedomé vzdelávanie seniorov v oblasti digitálnych zručností výrazne zlepšuje ich kvalitu života.

Zmeny v rodinnej štruktúre a mobilite

Migrácia za prácou, menší počet detí a individualizmus oslabujú tradičné rodinné väzby. Seniori často ostávajú sami, zatiaľ čo mladí žijú v iných mestách či krajinách. Tento jav vedie k strate prirodzenej opory a pocitu spolupatričnosti (Zacher, 2018).

Ageizmus a stereotypy

Ageizmus, teda diskriminácia na základe veku, sa prejavuje v zamestnaní, médiách aj v každodennej komunikácii. Starší ľudia bývajú označovaní za neproduktívnych alebo menej prispôsobivých. Systematické prehľady (Hopf et al., 2021) však ukazujú, že intergeneračné programy dokážu výrazne znižovať vekové predsudky a podporovať pozitívne vnímanie seniorov.

Problémy medzigeneračných vzťahov

Hlavné problémy vyplývajúce z narušených medzigeneračných väzieb sú:

- Komunikačná priepasť: rozdiely v hodnotách, jazyku, kultúrnych normách a životnom štýle vedú k nedorozumeniam;
- Izolácia a osamelosť seniorov: absencia kontaktu s mladšími generáciami vedie k psychickým problémom a depresii (WHO, 2022);
- Ekonomická nerovnováha: rastúce životné náklady a dôchodková neistota znižujú kvalitu života starších ľudí;
- Nedostatok medzigeneračných priestorov: chýbajú miesta, kde by sa prirodzene stretávali všetky vekové skupiny.

Úloha sociálnej práce

Sociálna práca zohráva v oblasti medzigeneračných vzťahov multifunkčnú a integračnú úlohu – pôsobí ako sprostredkovateľ medzi jednotlivými generáciami, ako facilitátor komunikácie, ochranca práv a iniciátor zmeny. Jej cieľom je posilňovať sociálnu súdržnosť, solidaritu a vzájomné porozumenie medzi vekovými skupinami v spoločnosti (Mátel & Schavel, 2021).

Mikroúroveň – práca s jednotlivcom a rodinou

Sociálny pracovník poskytuje emocionálnu podporu, poradenské služby a pomáha riešiť konflikty medzi generáciami. Pri práci so seniormi sa zameriava na posilnenie ich sebavedomia, autonómie a integrácie do spoločnosti. Pri práci s mladými kladie dôraz na rozvoj empatie, zodpovednosti a solidarity voči starším členom rodiny (Vansač, 2020, s. 44).

Na individuálnej a rodinnej úrovni sociálny pracovník:

- **podporuje medzigeneračný dialóg** medzi členmi rodiny (napr. medzi starými rodičmi a vnúčatami), pomáha pri riešení konfliktov hodnotových alebo komunikačných rozdielov;
- **poskytuje poradenstvo opatrovateľom** („sendvičová generácia“) – rodičom, ktorí sa starajú o deti aj o starších príbuzných, čím znižuje ich psychické vyčerpanie;
- **pomáha seniorom adaptovať sa na zmeny spoločnosti**, napríklad na digitalizáciu služieb alebo nové formy komunikácie (telemedicína, elektronické bankovníctvo);
- **facilituje rodinné stretnutia a reminiscenčné programy** – aktivity, ktoré pomáhajú obnoviť vzťahy cez spomínanie, zdieľanie rodinných príbehov či fotografií.

Sociálny pracovník sa tu stáva „mostom“ medzi generáciami – pomáha im nájsť spoločný jazyk a pochopiť rozdielne skúsenosti, ktoré prináša vek a kultúrne zmeny.

Mezoúroveň – komunita a miestna samospráva

Na tejto úrovni sociálna práca rozvíja komunitné projekty, ktoré prepájajú rôzne vekové skupiny. Príkladom sú intergeneračné centrá, dobrovoľnícke programy alebo spoločné kultúrne podujatia. Cieľom je vytvoriť priestor na výmenu skúseností a na vzájomnú podporu.

Na komunitnej úrovni je úlohou sociálnej práce spájať rôzne vekové skupiny v spoločnom priestore – napríklad prostredníctvom komunitných centier, dobrovoľníckych programov alebo kultúrnych projektov.

Kľúčové aktivity:

- **Intergeneračné centrá a komunitné domy** – vytvárajú priestor, kde sa môžu seniори stretávať s mladými pri vzdelávaní, varení, remeslách či hudobných aktivitách (napr. *Medzigeneračné centrum Prievidza* – pilotný projekt podporený MPSVaR SR, 2023).
- **Programy digitálnej inklúzie seniorov** – napríklad slovenský projekt *Digital Seniors – Game Changer* (RRP, 2023), kde dobrovoľníci z radov mladých učia seniorov používať smartfóny, videohovory či e-slужby.
- **Komunitné dobrovoľníctvo a medzigeneračné mentoringy** – seniори odovzdávajú skúsenosti mladým (napr. remeslá, história, regionálne tradície), zatiaľ čo mladí pomáhajú starším s modernými technológiami.
- **Mediácia konfliktov v komunite** – sociálni pracovníci zasahujú, ak dochádza k generačnému napätiu, napríklad medzi mladými nájomníkmi a staršími susedmi v sociálnych bytoch.

Na tejto úrovni sociálna práca prispieva k posilneniu sociálneho kapitálu a prevencii generačnej izolácie, ktorá je v súčasnosti považovaná za významný rizikový faktor osamelosti a depresie u seniorov (WHO, 2022).

Makroúroveň – politika a legislatíva

Sociálna práca sa podieľa na tvorbe verejných stratégií, ktoré zabezpečujú rovnosť príležitostí a ochranu práv všetkých generácií. Dôležitými dokumentmi sú *Národný program aktívneho starnutia 2030* alebo *Stratégia sociálnej inklúzie SR* (MPSVaR, 2023). Sociálni pracovníci tiež presadzujú princípy age-friendly prostredia a participácie seniorov na rozhodovaní.

Na systémovej úrovni sa sociálna práca podieľa na tvorbe verejných politík, stratégií a legislatívnych opatrení, ktoré podporujú aktívne starnutie, inklúziu a rovnosť medzi generáciami.

Medzi hlavné úlohy patria:

- **Advokácia práv seniorov** – zastupovanie záujmov starších ľudí voči štátnym inštitúciám, upozorňovanie na diskrimináciu a ageizmus (napr. v zamestnaní, zdravotnej starostlivosti či prístupe k technológiám);
- **Participácia na tvorbe politík** – sociálni pracovníci môžu byť členmi pracovných skupín pri Ministerstve práce, sociálnych vecí a rodiny SR, kde sa vytvárajú stratégie ako *Aktívne starnutie 2030* alebo *Národný program rozvoja sociálnych služieb*;
- **Vzdelávanie odborníkov** – sociálni pracovníci v akademickej oblasti pomáhajú formovať nový prístup k intergeneračnej solidarite a etike starostlivosti;
- **Medzinárodná spolupráca** – účasť v programoch ako *Active Ageing Index (AAI)*, *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP-AHA)*, či v rámci projektov OECD na zlepšenie digitálnych kompetencií seniorov (2022–2024).

Na makroúrovni je sociálna práca nielen odbornou profesiou, ale aj sociálnym hlasom spoločnosti – upozorňuje na systémové nespravodlivosti a pomáha tvoriť politiky založené na ľudskej dôstojnosti, rovnosti a participácii.

Etika a profesijná zodpovednosť

Etické zásady sociálnej práce vychádzajú z rešpektovania ľudskej dôstojnosti, spravodlivosti a solidarity. Sociálny pracovník nesmie podporovať predsudky, ale má povinnosť obhajovať práva klienta bez ohľadu na vek, pohlavie či sociálny status (Kódex etiky sociálnych pracovníkov, 2021).

Sociálny pracovník by mal v práci s rôznymi generáciami rešpektovať princípy rovnosti, dôstojnosti, autonómie a solidarity. V praxi to znamená:

- nepodporovať vekové predsudky;
- aktívne zapájať klientov všetkých vekov do rozhodovania;
- podporovať zmocnenie – schopnosť jednotlivcov prevziať kontrolu nad vlastným životom;
- zachovávať dôvernosť a citlivosť pri medzigeneračných konfliktoch.

Kódex etiky sociálnych pracovníkov (SKSP, 2021) zdôrazňuje, že sociálny pracovník má povinnosť „presadzovať spravodlivosť medzi generáciami“ a „posilňovať intergeneračnú solidaritu ako predpoklad sociálnej stability“.

Tabuľka – výzvy a problémy medzigeneračných vzťahov

Oblasť	Výzva Problém	Popis	Zdroj
Digitálna inklúzia	Nízka digitálna gramotnosť seniorov	Menej ako 15 % seniorov používa pravidelne internet; vzdelávacie projekty zlepšujú prístup k službám.	(OECD 2023)
Ageizmus	Negatívne stereotypy voči starším ľuďom	Seniori sú vylučovaní z pracovného trhu, podceňovaní v médiách a spoločnosti.	(Hopf et al. 2021)
Komunitné väzby	Slabé prepojenie generácií v mestách	Urbanizácia znižuje prirodzené formy sociálneho kontaktu.	(Zacher 2018)
Sociálne služby	Nedostatok intergeneračných programov	Potreba rozvoja komunitných centier a dobrovoľníctva.	(MPSVaR 2023)
Demografia	Starnutie populácie	Zvyšujúce sa nároky na dôchodkový systém a starostlivosť o seniorov.	(Eurostat 2024)

Zdroj: <https://chatgpt.com/c/68dc4a46-7a3c-832e-a754-3fae7b24ca22>

Návrhy riešení

1. **Rozšírenie medzigeneračných programov** – podpora spoločných aktivít, kde sa stretávajú mladí a starí (napr. vzdelávanie, šport, kultúra).
2. **Zlepšenie digitálnej inklúzie** – bezplatné kurzy digitálnych zručností pre seniorov, prispôsobené ich schopnostiam.
3. **Zavedenie politiky „age-friendly“ miest** – podpora bezbariérovosti, participácie seniorov a rozvoja komunitného života.
4. **Prevencia ageizmu** – mediálne kampane, školenia pre zamestnávateľov, výchova k úcte k starším.
5. **Podpora rodinných opatrovateľov** – finančná aj psychologická pomoc ľuďom, ktorí sa starajú o starších príbuzných.

Záver

Medzigeneračné vzťahy sú základným pilierom sociálnej stability a rozvoja spoločnosti. V čase rýchlych zmien a technologického pokroku je ich udržiavanie kľúčové pre zachovanie solidarity a sociálnej súdržnosti. Sociálna práca má nezastupiteľnú úlohu pri budovaní mostov medzi generáciami – nielen v rámci rodiny, ale aj na úrovni komunity a celej spoločnosti.

Nové výzvy – ako umelá inteligencia, automatizácia, environmentálne krízy a migrácia – budú ovplyvňovať interakciu medzi generáciami. Sociálni pracovníci sa preto musia prispôbovať týmto trendom, rozvíjať digitálne kompetencie, chápať nové sociálne identity a byť pripravení vytvárať inkluzívne medzigeneračné mosty v meniacom sa svete.

Budúcnosť sociálnej práce v tejto oblasti bude závisieť od schopnosti odborníkov adaptovať sa na nové výzvy, pracovať s technológiami, využívať moderné formy participácie a zapájať všetky generácie do spoločného rozhodovania o sociálnych otázkach.

BIBLIOGRAFIA

EUROSTAT. *Demography of Europe – 2024 edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2024. ISBN 978-92-68-14375-9. ISSN 2600-3368.

HOPF, S., WALSH, K., FLYNN, E. a GEORGANTZI, N. *The Relationship between Ageism and Well-Being as Mediated through COVID-19-Related Experiences and Discourses*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, 18(19), 10490. E-ISSN 1660-4601.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Report on Ageism*. Geneva: World Health Organization, 2021. ISBN 978-92-4-001686-6. [online]. [cit. 2025. 07. 11]. Dostupné na internete: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>>.

OECD. *Enhancing the Digital Skills of Seniors in the Slovak Republic – Final Report*. Paris: OECD Publishing, 2024. [online]. [cit. 2025. 07. 11]. Dostupné na internete: <<https://www.oecd.org/>>.

MÁTEL, A. a SCHAVEL, M. *Teoretické východiská sociálnej práce*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2021. ISBN 978-80-8132-234-1.

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SR. *Národný program aktívneho starnutia 2030*. Bratislava: MPSVaR SR, 2023. [online]. [cit. 2025. 07. 11]. Dostupné na internete: <<https://www.employment.gov.sk/>>.

KÓDEX ETIKY SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV SR. Bratislava: Slovenská komora sociálnych pracovníkov, 2021. Dostupné online: <<https://www.sksp.sk/>>.

VANŠAČ, P. *Sociálne determinanty starnutia*. In: *Zborník z VII. medzinárodnej vedeckej konferencie – Prax založená na dôkazoch v pomáhajúcich profesiách*. Michalovce: Prešovská univerzita v Prešove, 2020. ISBN 978-80-8132-291-4.

ZACHER, H. *Age Diversity and Intergenerational Relations at Work*. *Frontiers in Psychology*, 2018, 9(1361). E-ISSN 1664-1078.

OECD. *Older Workers and Digital Transformation: Ensuring Inclusion and Employability*. Paris: OECD Publishing, 2022. ISBN 978-92-64-60954-8.

Kontakt

PhDr. Tatiana Hardová (doktorand)

E-mail: hardova.tatiana@gmail.com

SOCIÁLNA PRÁCA SO SENIORMI AKO OBEŤAMI TRESTNÝCH ČINOV A NÁSILIA

SOCIAL WORK WITH SENIORS AS VICTIMS OF CRIMINAL ACTS AND VIOLENCE

Jurašek Martin¹, Levická Slávka

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

Abstrakt

Starnutie populácie prináša aj nové výzvy pre systém sociálnej práce, najmä v oblasti ochrany seniorov pred trestnou činnosťou. Seniori sa často stávajú obeťami násilných trestných činov, fyzického, psychického či finančného násilia, ale aj zanedbávania. Ich zraniteľnosť zvyšuje osamelosť, zdravotné obmedzenia či izolácia. Príspevok sa zameriava hlavne na prevenciu a preventívne aktivity, ktoré je potrebné vykonávať, aby sa zabránilo viktimizácii seniorov.

Kľúčové slová

Obeť. Prevencia. Senior. Sociálna práca. Viktimológia.

Abstract

The aging population also brings new challenges for the social work system, especially in the area of protecting seniors from criminal activity. Seniors often become victims of violent crimes, physical, psychological, or financial abuse, as well as neglect. Their vulnerability is heightened by loneliness, health limitations, or isolation. The article focuses mainly on prevention and preventive activities that need to be carried out to prevent the victimization of seniors.

Keywords

Victim. Prevention. Senior. Social work. Victimology.

Úvod

Populácia na Slovensku ale aj na celom svete **starne**, predlžuje sa priemerný vek a tým pádom pribúda starších ľudí. Problematika starnutia, staroby či kvality života seniorov sa dostáva do popredia a stáva sa diskutovanou témou.

Dnešná spoločnosť musí seniorov chrániť, venovať im zvýšenú pozornosť, lebo starnutím prichádzajú o niektoré schopnosti ako aj o rozpoznávaciu schopnosť a môžu sa tak ľahšie stať obeťami trestných činov.

Aby si senior zachoval aktívne starnutie sú okrem iného pre nich organizované rôzne preventívne aktivity zamerané na oblasť vnútorného a vonkajšieho bezpečia. Senior sa ľahšie stáva obeťou trestného činu, ale aj obeťou domáceho násilia ako ostatní členovia rodiny.

Starnutie o obdobie staroby

Starnutie (alebo gerontogenéza) sa najčastejšie chápe ako súbor fyziologických zmien v ľudskom organizme, ktoré ovplyvňujú jeho celkový fyzický, psychický a sociálny stav. Väčšina odborníkov na gerontológiu definuje začiatok staroby ako obdobie medzi 60. a 65. rokom života, pretože toto vekové rozhranie je charakteristické výraznými zmenami v psychickej i fyzickej osobnosti jednotlivca (Svobodová, 2010).

Na úrovni celej spoločnosti má proces starnutia výrazný dopad na demografickú štruktúru obyvateľstva, čo so sebou prináša nové sociálne a zdravotné výzvy. Problematika starnutia obyvateľstva je aktuálna najmä v súvislosti s demografickými zmenami a predlžovaním dĺžky života. Veková štruktúra populácie sa mení, znižuje sa pôrodnosť a pribúda starších ľudí, ktorí často potrebujú pomoc a podporu okolia. Starnutie populácie zvyšuje nároky na sociálny systém a zdravotnú starostlivosť o seniorov. Ak senior stráca sebestačnosť a nie je možné zabezpečiť starostlivosť v domácom prostredí, nastupuje inštitucionálna forma, najčastejšie domovy sociálnych služieb, kde je prepojená sociálna a zdravotná starostlivosť. Okrem spoločenských a demografických súvislostí je potrebné vnímať starnutie aj ako prirodzený biologický proces, ktorý ovplyvňuje fungovanie organizmu aj psychický stav človeka (Popovičová, 2022).

Starnutie je nezvratným biologickým procesom a prejavuje sa biologickými aj spoločenskými zmenami, ktoré ovplyvňujú starnutie a taktiež situácie, v ktorých sa jedinec nachádza (Laca, 2012). Starnutie je prirodzená súčasť nášho života a prináša so sebou určité zmeny. Pre seniora je optimálne pri jeho starnutí žiť vo vlastnom prostredí, ale sú situácie, kedy sa vlastná rodina nemôže o svojho seniora postarať a tak sú závislí na pomoci od iných. Ak sa teda o seniora nemôže postarať rodina, starostlivosť o neho preberá štát prostredníctvom zdravotníckych a sociálnych inštitúcií (Laca, Kollarčíková, 2015). Vo veľkej miere pohľad na starnutie ovplyvňuje prostredie, v ktorom daný jedinec žije. Vnímanie staroby ovplyvňujú aj ľudia, s ktorými je senior v bezprostrednom kontakte, ale aj tí, ktorí sú vzdialenejší ale sú pre neho podstatní (Barkasi, 2022).

Starnutie reprezentuje proces, ktorý sa vyznačuje postupnými a variabilnými zmenami v štruktúre a funkciách organizmu, ktoré ovplyvňujú celkovú schopnosť, odolnosť a výkonnosť jednotlivca. Je to neustály, komplexný a nezvratný proces, ktorý začína od samého narodenia. V procese starnutia sú neodmysliteľnou súčasťou aj zmeny ovplyvnené pridruženými chorobami. Jedna z viacerých teórií, ktoré slúžia na vysvetlenie starnutia, je teória voľných radikálov. Podľa tejto teórie voľné radikály, reaktívne molekuly môžu spôsobovať poškodenie buniek a tkanív v organizme, čím sa podieľajú na starnutí a rozvoji ochorení. Voľné radikály sú často bežné biochemické procesy v organizme, avšak ich nadmerná produkcia, alebo neschopnosť tela ich účinne eliminovať môžu prispieť k nežiaducim zdravotným účinkom (Sirgy, 2021).

Kvalitná staroba je výsledkom osobného úsilia a spôsobu života, ktorý si jednotlivci zvolia. Otázka, ako môže spoločnosť prispieť k lepšiemu prežívaniu staroby, nemá jednoznačnú odpoveď. Ide o kombináciu rôznych faktorov: biologických, psychologických a spoločenských. Je potrebné vykonať množstvo zmien, ktoré umožnia spoločnosti byť viac priateľskou k starším ľuďom a poskytnú im viac

príležitostí na osobný rozvoj. Tieto zmeny by mali zasiahnuť rôzne oblasti života, akými sú napríklad rodinná politika, otázky zabezpečenia v starobe, vysokoškolského štúdia, dopravnej infraštruktúry, architektúry, prezentácie staroby v médiách a mnoho ďalších.

Starší ľudia môžu zostať fyzicky aj psychicky svieži, ak si zachovávajú aktivitu. V súčasnej dobe je obľúbené vzdelávanie seniorov v rámci rôznych kurzov či školení alebo na univerzitách tretieho veku. Podstatná v tomto veku je aj podpora rodiny a najbližších. Staroba prináša aj bilancovanie doterajšieho života. Aby bola táto etapa života pozitívna, musí jedinec na starobu a starnutie myslieť už v mladom veku napr. pravidelnými zdravotnými prehliadkami, športovaním, zdravou výživou či finančným zabezpečením na starobu.

Fyzické a psychické zdravie človeka je ovplyvňované aj prítomnou krízou plynúcou z konzumného spôsobu života. Táto kríza sa najviac odráža na existenciálnej a duchovnej sfére bytia. Prevládajúca spotreba a produkcia nadbytočného sú hodnotami individualizmu, materializmu a krátkodobých záujmov a plnohodnotnosť ustupuje do úzadia vo vzťahoch a väzbách, čo predstavuje nové výzvy pre človeka (Kenderešová, 2022). Čím je človek starší, tým sa ťažšie prispôsobuje zmenám a v súvislosti s touto skutočnosťou môžeme hovoriť o aktívnom alebo pasívnom starnutí. Počas aktívneho starnutia sa senior snaží zaistiť si takú kvalitu života, s ktorou je sám spokojný a to úzko súvisí s prostredím, v ktorom žije a s ich potrebami a požiadavkami. Aktívne starnutie je späté s nezávislosťou, dôstojnosťou a účasťou na živote spoločnosti a znamená plnohodnotné prežívanie života človeka aj vo vyššom veku (Holcerová, Dvořáčková, 2013).

V období staroby prichádzajú aj psychické zmeny správania, ale u každého človeka ide o individuálny proces. Dochádza k zhoršeniu poznávacích funkcií, vnímania, pozorovania i pamäti. Staroba je sprevádzaná aj poklesom psychickej vitality a mení sa aj oblasť citového života. Starší ľudia sú citlivejší, nastáva emocionálna labilita. Veľkú psychickú zmenu spôsobuje strata životného partnera (Mlýnková, 2011). Psychické zmeny sa spájajú so zmenou osobnosti, u seniorov sa prejavujú negatívne vlastnosti a negatívne rysy osobnosti. Práve kombinácia psychických a sociálnych zmien sťažuje adaptáciu seniorov na nové prostredie (Dvořáčková, 2012). Draganova a kol. (2006) uvádzajú, že starnutie je sprevádzané aj zmenou osobnostných charakteristík, znižujú sa poznávacie schopnosti, zhoršuje sa pamäť a znižuje sa koncentrácia a pozornosť.

Starší ľudia môžu zostať fyzicky aj psychicky svieži, ak si zachovávajú aktivitu. V súčasnej dobe je obľúbené vzdelávanie seniorov v rámci rôznych kurzov či školení alebo na univerzitách tretieho veku. Podstatná v tomto veku je aj podpora rodiny a najbližších. Staroba prináša aj bilancovanie doterajšieho života. Aby bola táto etapa života pozitívna, musí jedinec na starobu a starnutie myslieť už v mladom veku napr. pravidelnými zdravotnými prehliadkami, športovaním, zdravou výživou či finančným zabezpečením na starobu.

Aktivita u seniorov zahŕňa celý rozsah činností od najjednoduchších úkonov až po komplexné zručnosti. Je dôležitou súčasťou mentálnej hygieny, ktorá posilňuje odolnosť a slúži ako prevencia proti psycho-sociálnemu starnutiu (Magera, Vansač,

2015).

Seniori často orientujú svoje voľnočasové aktivity na činnosti, ktoré im prinášajú spokojnosť. U žien to býva starostlivosť o domácnosť či ručné práce, zatiaľ čo muži sa často venujú kutilstvu. Ďalšími obľúbenými aktivitami seniorov sú samoštúdium, čítanie kníh a časopisov alebo lúštenie krížoviek. Vzdelanie stále zostáva pre seniorov dôležitým faktorom ovplyvňujúcim ich ekonomickú nezávislosť v staršom veku. Životný štýl hrá významnú úlohu v prežívaní aktívneho starnutia a ovplyvňuje samotný proces starnutia. Existujú dva modely životného štýlu. Prvý model životného štýlu odzrkadľuje pokojný a nestresujúci život spojený s pasívnym príjmom udalostí a druhý je aktívny, a teda charakterizuje životný štýl spojený s vysokou mierou angažovanosti v spoločnosti (Magera, Vansač, 2015).

Bezpečie seniorov

Seniori sa často ocitajú v nepriaznivých situáciách, kedy potrebujú pomoc. Túto podporu môžu získavať od svojich detí, príbuzných, susedov či rôznych organizácií. Avšak, niektorí seniori sú bezdetní, osamelí a majú problémy s nadväzovaním kontaktov, alebo deti sa o nich odmietajú starať. V takýchto prípadoch je nevyhnutná pomoc zo strany orgánov sociálnej starostlivosti. Každá osoba má právo na sociálne služby, ktoré sú prispôbosené jej potrebám, zabezpečujú jej základné ľudské práva a dôstojnosť, podporujú jej sebestačnosť a pomáhajú jej začleniť sa do spoločnosti (Hetteš, 2011).

Pre pokojné prežitie staroby je potrebné, aby sa senior cítil bezpečne aj v svojom najbližšom okolí – rodine a mieste bydliska. Nie je žiaduce pre pokojný život seniora, aby sa cítil ohrozený vlastnou rodinou alebo najbližším okolím.

V najbližšom okolí môže byť senior ohrozený násilím - fyzickým, psychickým či neumožnením sociálneho kontaktu zo strany najbližších. Násilie na senioroch v akejkoľvek forme je neprípustné, avšak práve pri takomto ohrození seniora je veľmi vysoká latencia. Senior zo strachu zo zhoršenia násillia o svojom probléme nehovorí a nikomu ho neoznamuje.

Senior sa musí cítiť bezpečne aj mimo svoje bydlisko alebo rodinu – pri nákupoch, ceste k lekárovi alebo na prechádzke. Práve „vonku“ môže byť senior „ľahšia“ obeť násillia alebo trestného činu z hľadiska jeho ubúdajúcej fyzickej sily a práve seniori sú pre páchatel'ov najľahšími obeťami podvodov.

Z hľadiska trestného práva je senior považovaný za chránenú osobu definovanú v ustanovení § 139 ods. 1 písm. e) zákona č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov ako osoba vyššieho veku. Osobou vyššieho veku podľa ustanovenia § 127 ods. 3) citovaného zákona sa rozumie osoba staršia ako 60 rokov. Vyššia právna ochrana seniorov je premietnutá do kvalifikovaných skutkových podstát niektorých trestných činov tak, že ako bol trestný čin spáchaný na osobe vyššieho veku, odôvodňuje to uložiť páchatel'ovi prísnejší trest. To, že seniori sú rizikovými obeťami trestnej činnosti, vyplýva z odbornej literatúry ako aj z praktických skúseností a bežného života. Riziko, že senior sa ľahšie stane obeťou trestného činu súvisí často s jeho vekom a sociálnou izoláciou. Často ide o osamelo žijúce osoby, pre ktoré je typické stereotypné správanie, veľká dôverčivosť voči okoliu ale aj neznámym ľuďom

či fyzická bezbrannosť. Vplyvom vyššieho veku sa tiež u seniorov prejavujú somatické problémy – zhoršenie zraku, sluchu, motoriky či úbytok fyzickej sily, ktoré sú sprevádzané rôznymi chorobami. Uvedené faktory jednoznačne ovplyvňujú páchanie trestnej činnosti na senioroch, pričom sa páchatelia trestných činov zámerne zameriavajú na seniorov z dôvodu tzv. cesty ľahšieho odporu. Tento fakt však aj negatívne ovplyvňuje vyšetrovanie a objasňovanie trestnej činnosti z dôvodu, že senior nedokáže dostatočne reprodukovať vnímaný dej, vrátane osoby páchatel'a, s ktorým prišiel do kontaktu.

Podľa Správy o stave a vývoji kriminality páchanej na senioroch za rok 2023 rozdiel v počte trestných činov páchaných na senioroch je skoro zanedbateľný (v roku 2023 o 4 prípady menej ako v roku 2022). Na senioroch boli páchané v najväčšej miere v roku 2022 násilné trestné činy.

Tabuľka č. 1 Porovnanie počtu trestných činov spáchaných na senioroch v roku 2022 a 2023

	2023	2022	rozdiel
Počet trestných činov spáchaných na senioroch	1772	1776	-4

Tabuľka č. 2 Porovnanie počtu seniorov ako obetí jednotlivých druhov trestnej činnosti

Seniori ako obete	násilných trestných činov	ekonomickej kriminality	majetkovej kriminality	ostatnej kriminality
2023	675	548	328	1

Tabuľka č. 3 Počet seniorov ako obetí nedbanlivostných trestných činov

Seniori ako obete nedbanlivostných trestných činov – nehody a úrazy	
2023	208

Trestné činy boli páchané predovšetkým v obydľi než na verejnom priestranstve. Násilné trestné činy, u ktorých sú najčastejšie seniori ako obete sa vyskytujú skôr v domácom prostredí ako na verejnosti. Počet poškodených seniorov mužov a žien je približne rovnaký.

Tabuľka č. 4 Počty trestných činov páchaných sa seniorov na verejnom priestranstve a v obydľi

2023 – Trestné činy páchané na senioroch	
na verejnom priestranstve (na ulici...)	205
v obydľi (v byte...)	317

Tabuľka č. 5 Počet poškodených seniorov – mužov a žien

2023 – Poškodení seniori	
muži	881
ženy	858

Z geografického hľadiska podľa Správy o stave a vývoji kriminality páchanej na senioroch za rok 2023 najvyšší počet trestných činov páchaných na senioroch je v Bratislavskom kraji, Košickom kraji a v Nitrianskom kraji. Tento fakt je pravdepodobne ovplyvnený vyššou koncentráciou obyvateľov, sociálnymi a ekonomickými faktormi daných regiónov. Predmetom záujmu páchatel'ov pri násilnej kriminalite sú peniaze a rôzne cennosti, ktoré sa páchatelia snažia rýchlo speňažiť.

Sociálna práca so seniormi ako obeťami trestných činov

Sociálna práca so seniormi zahŕňa rôzne aspekty a metódy, ktoré sú zamerané na podporu a pomoc starším ľuďom. Výber metód práce podmieňuje niekoľko faktorov, typ klienta a jeho problém, skúsenosť sociálneho pracovníka, jeho osobnosť. Pri práci s klientom používame dve metódy sociálnej práce:

- metódy sociálnej práce s jednotlivcomtzv. prípadovú (individuálnu) sociálnu prácu,
- metódy sociálnej práce so skupinou alebo komunitou.

Medzi metódy sociálnej práce s jednotlivcom so seniorom ako obeťou trestného činu môžeme uviesť predovšetkým rozhovor, v ktorom seniorovi primerane k jeho úrovni chápania vysvetľujeme, ako prebiehajú rôzne praktiky podvodníkov, ako sa môžu seniori v prípade podozrenia na trestnú činnosť brániť a na koho sa obrátiť.

Zmyslom sociálnej práce so skupinou je psychosociálne pôsobenie na skupinu s nejakým spoločným znakom. Skupinu tvoria ľudia, ktorých spája obdobný problém a spoločne hľadajú cestu riešenia. Metodika skupinovej sociálnej práce je veľmi náročná na organizačné schopnosti a prirodzenú autoritu sociálneho pracovníka a na jeho skúsenosti. V rámci skupinovej sociálnej práce sa využívajú predovšetkým rôzne preventívne aktivity, ktoré prebiehajú formou prednášok, názorných príkladov, brožúrok, krátkych filmov a pod.

Prevenčia a preventívne aktivity

Pojem prevenčia je všeobecne známy, ale najjednoduchšie vysvetlenie pre pojem prevenčia je, že ide o predchádzanie vzniku alebo možného vzniku zdravotných, sociálnych alebo iných problémov.

Prevenčia

- ▶ všeobecne: predchádzanie niečomu nežiaducemu, ochrana predchádzaním niečomu nežiaducemu, opatrenie na ochranu predchádzaním niečomu nežiaducemu
- ▶ aktivita (činnosť, akcia), ktorej cieľom je predísť, minimalizovať, vyhnúť sa problémom rôzneho charakteru, predísť nežiaducim javom.

U seniorov sa prevenčia vykonáva väčšinou formou spoločných preventívnych aktivít – besied a prednášok, kde seniori sa môžu stretnúť a v príjemnej atmosfére prežiť svoj voľný čas. Seniori v dnešnej dobe sú prihlásení aj na sociálnych sieťach, kde aktívne sledujú dianie v spoločnosti a taktiež sledujú rôzne preventívne programy.

U seniorov sú preventívne aktivity zamerané hlavne na viktimologickú prevenciu. Viktimologická prevenčia využíva poznatky o obetiach za účelom ochrany

ako potenciálnych, tak aj reálnych obetí trestných činov.

Viktimologickú prevenciu si môžeme uviesť ako prípravu spoločnosti na osvojenie a realizovanie si preventívnych opatrení na odstránenie alebo minimalizovanie rizika pred ohrozením spáchania protispoločenských činov za pomoci nácviku správania a primeraného reagovania v situáciách ohrozenia. Poznatky z viktimologickej prevencie sa uplatňujú pri tvorbe adresných preventívnych opatrení. Úlohou tejto prevencie je najmä adekvátnym spôsobom posúvať informácie o tom, ako sa vyhnúť riziku byť obeťou trestného činu alebo sa vyhnúť prípadnému nasledujúcemu utrpeniu.

Preventívne aktivity pre seniorov sú zamerané hlavne na prevenciu vonkajšej bezpečnosti – predchádzaniu trestných činov podvodov (nie len podvodných telefonátov ale aj správ na sociálnych sieťach či mailov). Seniori si skutočnosti uvádzané podvodníkmi v telefóne vopred neoveria a tým pádom sa ľahšie stávajú obeťami podvodov.

Preventívne aktivity pre seniorov by mali byť zamerané hlavne na vysvetľovanie seniorom, že podvodníci za účelom vylákania finančných úspor ich najčastejšie telefonicky kontaktujú s rôznymi emotívnymi príbehmi. Predstavujú sa im ako ich príbuzní, známi, lekári alebo zdravotné sestry. Volajú viackrát za sebou, aby im znemožnili preveriť uvádzané skutočnosti u príbuzných. Zisťujú, či majú peniaze doma alebo uložené v banke a doslovne ich donútiť po nepretržitom telefonovaní vybrať ich úspory z bánk a následne ich vložiť na cudzí účet. Je potrebné poučiť seniorov, že ak mali obdobný podozrivý telefonát, aby skôr ako vyberú svoje úspory z bánk, či vložia peniaze na cudzí účet alebo ich osobne odovzdajú cudzej osobe, kontaktovali svojich príbuzných a overili si skutočnosti, ktoré im cudzí človek oznamuje telefonicky – môžu tak ušetriť svoje úspory a nestáť sa obeťami podvodníkov. Taktiež je potrebné upozorniť seniorov, že takéto konanie cudzích osôb je trestné – ide o trestný čin podvodu a preto je potrebné každý takýto prípad oznámiť polícii na čísle 158.

Záver

Starnutie je nezastaviteľný a nezvratný proces a je vnímaný ako fáza života, ktorá predstavuje poslednú fázu života človeka. Práve v tejto životnej etape jednotlivec hodnotí svoj život, prehodnocuje ho, zo svojich spomienok čerpá energiu k ďalšiemu životu. Seniori vzhľadom k svojej zvýšenej zraniteľnosti sa zaslúžia zvýšenú ochranu nie len z radov členov najbližšej rodiny, ale aj spoločnosti ako takej, na čo slúžia rôzne preventívne aktivity zamerané na bezpečnosť seniorov.

BIBLIOGRAFIA

BARKASI, D. 2022. Vnímaná sociálna opora u seniorov. In: *Acta Patristica* Prešov 2022. Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity v Prešove. ISSN 1338-3299, č. 13, 27/2022, s. 141 – 148.

DRAGANOVÁ, H. a kol. 2006. *Sociálna starostlivosť*. Martin : Osveta, 2006. 195 s. ISBN 978-80-8063-240-3.

DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha : Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-2474-138-3.

HETTEŠ, M. 2011. *Starnutie spoločnosti. Vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, 2011. 244 s. ISBN 978- 80-8132-031-6.

HOLCZEROVÁ, V. – DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha : Grada Publishing, 2013. 96 s. ISBN 978-247-4697-5.

KENDEREŠOVÁ, E. 2022. Hedonistický spôsob života. In *Zborník vedeckých prác – Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu 2021*. Warszawa: Collegium Humanum Warsaw Management University, 2022. 568 s. ISBN: 978-83-958245-5-5.

LACA, S. 2012. *Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2012. 301 s. ISBN 978-80-8132-051-4.

LACA, S. – KOLLÁRČIKOVÁ, J. 2015. *Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce*. Praha : Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2015. 303 s. ISBN 978-80-904748-9-5.

MAGERA, I. – VANSÁČ, P. 2015. *Sociálne potreby seniorov*. Prvé vydanie. Warszawa: Instytut Studiów Międzynarodowych i Edukacji Humanum Sp. z o.o. Warszawa, 2015. 271 s. ISBN 978-83-932603-6-2.

MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany*. Praha : Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-147-3872-7.

POPOVIČOVÁ, M. 2022. Implementácia bazálnej stimulácie v ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov v domove sociálnych služieb. In *JURIŠ, P. Zdravotné a sociálne problémy seniorov v súčasnosti. Zborník vedecko výskumných prác*. Srbsko, Báčsky Petrovac : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava 2022. ISBN: 978-80-82536-00-0. s. 55-64.

SIRGY, M. J. 2021. *The Psychology of Quality of Life: Wellbeing and Positive Mental Health*. Nemecko, Springer International Publishing. 2021. 791 s. ISBN: 9783030718886.

Správa o stave a vývoji kriminality páchanej na senioroch za rok 2023. [online]. [citované 2025-10-10]. Dostupné na internete: <https://www.employment.gov.sk/files/sk/ministerstvo/rada-vlady-slovenskej-republiky-prava-seniorov-prisposobovanie-verejnych-politik-procesu-starnutia-populacie/spravy-vyvoji-kriminality-pachanej-senioroch/Sprava-stave-vyvoji-kriminality-pachanej-senioroch-za-rok-2023.pdf>.

SVOBODOVÁ, K. 2010. Demografické stárnutí a životní podmínky seniorů v České republice. In: *Dvacet let sociodemografické transformace. Sborník příspěvků XL. Demografická konference České demografické společnosti*. [online]. Praha : Český statistický úřad, 2010. [citované 2024-12-12]. s. 185 – 194. Dostupné na internete: https://www.google.com/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Fwww.czechggs.cz%2Ffile%2F82%2Fsvobodova_4_2010_demografie.pdf&psig=AOvVaw2HYLL

ewzRTNcAZwOo7v4Dt&ust=1728408601172000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=oCAQQn5wMahcKEwigq4X35fyIAxUAAAAAHQAAAAAQBA.

Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov.

Kontakt

doc. ThDr. PaedDr. Martin Jurašek, PhD.

e-mail: jurasek888@gmail.com

JUDr. PhDr. Slávka Levická, PhD. MBA

e-mail: s.levicka@centrum.sk

INTERAKCIA MEDZIGENERAČNEJ PODPORY A INŠTITUCIONÁLNYCH ŠTRUKTÚR V ŽIVOTE SENIOROV

INTERACTION OF INTERGENERATIONAL SUPPORT AND INSTITUTIONAL STRUCTURES IN THE LIFE OF SENIORS

Kenderešová Elena¹, Noga Vladimír¹

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce*

Abstrakt

Medzigeneračná podpora seniorov vo svojej podstate zahŕňa rôzne formy pomoci. Mladšie generácie pomáhajú seniorom napríklad s finančnou gramotnosťou a emocionálnou podporou. Dôležité je aj zapojenie rodiny a ďalších subjektov do týchto aktivít, aby sa zabezpečila efektívna a podporná spolupráca medzi generáciami. Kľúčové princípy medzigeneračnej podpory sú osobný prístup, jednoduché materiály, zapojenie celej rodiny a využitie technológií. Staroba nie je niečo pevne dané, ale je neustále vytváraná sociálnymi aktérmi a ich interakciami. V rámci tohto príspevku chceme poukázať na základné atribúty viažuce sa k medzigeneračnej podpore, na význam inštitucionálnych štruktúr v živote seniorov a na index ekonomickej závislosti u seniorov.

Kľúčové slová

emocionálna podpora, finančná podpora, aktívne starnutie seniorov, inštitucionálne štruktúry

Abstract

In essence, intergenerational support for seniors includes various forms of help. Younger generations help seniors, for example, with financial literacy and emotional support. It is also important to involve the family and other entities in these activities to ensure effective and supportive cooperation between generations. The key principles of intergenerational support are a personal approach, simple materials, involvement of the whole family and the use of technology. Old age is not a fixed given, but is constantly created by social actors and their interactions. In this contribution, we want to point out the basic attributes related to intergenerational support, the importance of institutional structures in the lives of seniors and the index of economic dependence among seniors.

Keywords

emotional support, financial support, active aging of seniors, institutional structures

Úvod

Starnutie populácie prináša nové výzvy pre sociálne väzby, duševné zdravie a kvalitu života seniorov. Medzigeneračná emocionálna podpora sa prejavuje vzájomnou empatiou, porozumením a blízkosťou medzi staršími ľuďmi a ich deťmi či

vnúčatami. Ukazuje sa ako kľúčový faktor pre udržiavanie psychickej a emocionálnej pohody a zmyslu života seniorov. Súčasne však inštitucionálne štruktúry, ako sú domovy sociálnych služieb, komunitné centrá či zdravotnícke zariadenia, môžu tento efekt podporovať, alebo naopak, oslabovať v závislosti od spôsobu poskytovania starostlivosti a podpory.

Tri hlavné formy medzigeneračnej podpory zahŕňajú finančnú, inštrumentálnu a emocionálnu podporu. Finančná podpora zahŕňa poskytovanie ekonomických zdrojov, ako sú peniaze alebo materiálne dary, medzi rodičmi a deťmi. Inštrumentálna (praktická) podpora sa týka konkrétnej pomoci pri každodenných činnostiach, napríklad pri starostlivosti o domácnosť, zabezpečovaní chodu rodiny či pri poskytovaní zdravotnej pomoci. Emocionálna podpora zahŕňa nehmotné formy pomoci, ako je komunikácia, spoločnosť, dôvera, zdieľanie alebo emocionálna blízkosť. Toto trojčlené členenie predstavuje základný rámec analýzy vzťahov medzi generáciami a často sa využíva pri skúmaní kvality rodinných väzieb a životnej spokojnosti starších osôb (Teerawichitchainan et al. 2015).

Výskumy ukazujú, že jednotlivé formy medzigeneračnej podpory môžu mať odlišný vplyv na psychické zdravie a subjektívne blaho seniorov. Napríklad emocionálna podpora býva spájaná s vyššou úrovňou životnej spokojnosti, zatiaľ čo finančná a inštrumentálna podpora zohrávajú dôležitú úlohu najmä pri zvládaní praktických a existenčných potrieb (Huang - Fu, 2021). Niektoré štúdie potvrdzujú, že rozdielne typy podpory môžu vplývať aj na výskyt depresívnych symptómov u starších osôb, pričom emocionálna podpora sa javí ako najúčinnější ochranný faktor (Sun et al., 2022). Tento koncept troch základných foriem podpory sa preto stal bežným teoretickým rámcom pri skúmaní medzigeneračných vzťahov, solidarity a mechanizmov vzájomnej pomoci v rodinách.

Demografické trendy a starnutie populácie

Predpokladá sa, že štatistické dáta nám v roku 2030 ukážu, že 1/4 populácie v ekonomicky rozvinutom svete bude vo veku nad 65 rokov a v takmer polovici západnej Európy vo veku nad 50 rokov. Z toho dôvodu je nevyhnutné, aby sa odborníci venovali otázkam starnutia a staroby z viacerých uhlov pohľadu. Zmena reprodukčných zvyklostí, ktorá zhruba koreluje s civilizačným urýchlením a vzrastom životnej úrovne od priemyselnej revolúcie sa pár desaťročí už nazýva *demografickou revolúciou* (Hrozenková, 2008). Slovensko by sme v rámci EÚ mohli zaradiť k najviac dynamicky rozrastajúcim sa krajinám pri pohľade na seniorskú zložku. Ak si Slovensko ponechá spomenuté tempo rastu seniorskej zložky, v roku 2060 sa bude môcť zaradiť ku krajinám s najstaršou populáciou v EÚ. Nový prístup k starnutiu zahŕňa celospoločenské podmienky a angažovanie sa v rozličných sférach spoločnosti a živote človeka (trh práce, verejný život v rámci komunity, obce, občianskeho a politického života), ale aj vo sfére rodinného a vlastného rozvoja. Tento nový prístup prináša nový spôsob vyrovnávania sa so starnutím a jeho celospoločenskými dôsledkami, ale prináša aj benefity pre starších ľudí. Jedná sa o zvyšovanie kvality v rôznych aspektoch – od zdravotnej oblasti, osobnej autonómie, životnej spokojnosti, cez sociálne zabezpečenie

a emocionálnu podporu. Nový prístup podporuje využitie ich vlastného potenciálu v postupne predlžujúcej sa dobe žitia a života v zdraví (Aktívne starnutie, 2025).

Táto demografická zmena so sebou prinesie okrem medzigeneračných otázok aj socioekonomické otázky, na ktoré musia verejné politiky nájsť adekvátne riešenia. V *Národnom programe aktívneho starnutia na roky 2021-2030* (2021, s.3-4) sa poukazuje na to, že „podpora aktívneho starnutia sa vo vyspelých európskych krajinách vymedzuje ako systematický politický prístup, nie ako jednorazová či náhodná politická akcia. Je trvalou politickou prioritou, verejným záujmom nadindividuálnej povahy (spoločenská perspektíva), v rámci ktorého sa uznáva kľúčový vplyv širších spoločenských podmienok na podobu toho, ako ľudia starnú (individuálna perspektíva). K ich prosperite a blahu sa neprístupuje len ako k výsledku ich individuálnej voľby a životného štýlu, ale aj v kontexte širších spoločenských podmienok a zdrojov, ktoré ich ovplyvňujú v jednotlivých životných fázach a rozhodnutiach.

S ohľadom na vymedzenie politiky zameranej na tieto atribúty je zrejmé, že musí predstavovať celospoločenský záväzok zodpovedných aktérov zastrešených vládou SR, ktorý musí byť prijatý a akceptovaný širokým spektrom spoločenských a politických aktérov. Je to participatívny spôsob zástupcov rôznych sektorov spoločnosti (od štátnej a územnej správy, nezávislých odborníkov až po občiansky sektor).

Kvalita života v kontexte medzigeneračných vzťahov

Kvalitu života definuje Liba (2010, s. 14) ako „celkovú spokojnosť so životom a všeobecný pocit osobnej pohody, duševnej harmónie, životnej spokojnosti. Kvalita života je mnohorozmerná, má svoje biologické, filozofické, sociologické, psychologické, ekonomické i politické aspekty. Súvisí s integritou a vyspelosťou osobnosti, vzdelaním a inteligenciou, s otázkami zdravia, hodnotového systému jednotlivca a spoločnosti“. Na kvalitu života majú zásadný vplyv medzigeneračné vzťahy, ktoré sú pretavené do vzájomnej spolupráce a pomoci medzi rôznymi generáciami. Často to označujeme aj pojmom medzigeneračná solidarita. Pre sociálny rozvoj je nevyhnutná medzigeneračná vzájomná závislosť. V spektre problematiky vzťahov medzi generáciami sa dostávame k trom typom názorov, ktoré môžeme vymedziť ako objektívne, subjektívne názory a predsudky. K *objektívnym názorom* patria názory, keď si aktéri uvedomujú vlastné nedostatky a prednosti a rovnako dokážu vidieť nielen nedostatky, ale i prednosti u príslušníkov inej generácie. Takýchto názorov a postojov by malo byť čo najviac, zvlášť vo vzťahoch medzi generáciami. *Subjektívne názory*, ktoré skôr prevládajú, sú výrazom nesprávneho pohľadu na život a ľudí okolo nás. Takéto vnímanie je zavinené množstvom okolností, ale predovšetkým vyviera z osobnostných vlastností každého jedinca. V podstate ide o to, že príslušník určitej generácie nepripúšťa podstatnejšie chyby u svojich rovesníkov, ale vidí ich najmä u druhých. *Predsudky* má každá veková skupina. Deti zväčša zveličujú originalnosť vlastnej prežitej skúsenosti. Generácia rodičov vplyvom zvykov, ktoré preferuje a absolutizuje, akoby tým odopierala svojim deťom právo na samostatné tvorenie, ktoré vo svojej dobe sama vyžadovala od svojich rodičov. Výsledkom takýchto prístupov je názorová rozdielnosť (Hrozenková, 2008, s. 32).

Generačné životné skúsenosti sú paralelne sprostredkované verejnými a rodinnými rozpravami v mediálnom priestore, ako aj v základnej bunke spoločnosti. Tam spolukomunikujúce generácie reprezentujú ľahko zapamätateľný úsek z celkovej siete spoločensko-politických generácií, ktoré žili spolu vo vnútri jedného časového obdobia. Kultúra a spoločenské prostredie majú zásadný vplyv na rozdiely medzi generáciami. V individualistických spoločnostiach, ktoré zdôrazňujú osobnú slobodu, autonómiu a sebvýjadrenie, môžu byť rozdiely medzi generáciami zreteľnejšie a podpora, solidarita je náročnejšia a chýba ochota v pochopení druhej strany. Na zlepšenie medzigeneračného dialógu je najlepšia otvorenosť k zmenám a snaha prispôbiť sa novým formám interakcie (Mojra, 2025).

Životný program človeka je ovplyvňovaný vonkajšími a vnútornými faktormi. K tým vonkajším môžeme zaradiť samotný sociálny koncept človeka, ktorý s odchodom do dôchodku je častokrát spájaný so zmenou sociálneho statusu a ekonomickým ťažkostiam. Ekonomický faktor je pre seniora nesmierne dôležitý, lebo nám odzrkadľuje životnú úroveň. U seniora nízky príjem vypovedá o jeho nedôstojnej úrovni života (Németh, 2009). Ako uvádza Hegyi (2001, s. 75) zmena životného programu spôsobuje, že seniori v období, keď odchádzajú do dôchodku si poväčšine ponechávajú jednu resp. dve činnosti. Takáto voľba sa zvykne označovať aj za voľbu bazálnych aktivít. Približne len 17% seniorov má záujem pokračovať vo svojej pracovnej činnosti, aj keď to nemusí byť v takej miere ako pred odchodom na dôchodok. Samozrejme, táto voľba je ovplyvňovaná hlavne zdravotným stavom a tiež životnou filozofiou, resp. aj objektívnymi potrebami seniora.

Sociálne zabezpečenie a dôchodkové poistenie

Pojem sociálne zabezpečenie v súčasnosti zahŕňa v sebe súbor rôznych právnych, ekonomických a organizačných nástrojov a opatrení, ktorých hlavným cieľom je kompenzovať nepriaznivé následky rôznych životných a sociálnych udalostí. Sociálne zabezpečenie, resp. bezpečnosť, pozná tri systémy – sociálne poistenie, sociálna podpora a sociálna pomoc. Celkovo má sociálne zabezpečenie interdisciplinárny charakter. V krajinách strednej Európy sa sociálne zabezpečenie po roku 1989 javí ako súhrn opatrení, ktoré súvisia s ekonomickou reformou. Tieto opatrenia majú zabezpečiť sociálny mier a tým sa eliminuje sociálne napätie. Každá ekonomická reforma musí byť sociálne priechodná a musí byť obyvateľstvom akceptovaná (Macková, 2017). Úroveň zabezpečenia rodiny a jej jednotlivých členov je závislá od viacerých vonkajších a vnútorných faktorov. Medzi najdôležitejšie môžeme zaradiť ekonomickú a kultúrnu vyspelosť krajiny, politickú orientáciu, históriu a tradície danej krajiny, vekové zloženie obyvateľstva, ale aj etické názory a náboženstvo. Z toho dôvodu je nevyhnutné, aby vyspelé krajiny nevytvárali dostatočne stabilný priestor v prítomnej dobe, ale svojím pôsobením zabezpečili obyvateľstvo aj v budúcnosti. Ako poukazuje Macková (2015, s. 16) je dôležité *„nájsť zdravé stredisko medzi dvoma extrémami a to medzi ochranárskym paternalizmom a extrémnym liberalizmom“*. Legislatívne vymedzenie sociálneho zabezpečenia seniorov v starobe je ukotvené v Ústave Slovenskej republiky č. 460/1992

Zb. v čl. 39 ods. 1 – „*Občania majú právo na primerané hmotné zabezpečenie v starobe a pri nespôsobilosti na prácu, ako aj pri strate živiteľa*“.

Dôchodkové poistenie je široká oblasť, ktorá má zabezpečiť človeka v starobe, v post produktívnom veku. Účelom je však aj zabezpečenie v prípade invalidity, či strate živiteľa rodiny. Z toho vyplýva aj ďalšie vnútorné členenie, ktoré ho rozdeľuje na dva vnútorné subsystémy a to na starobné poistenie a invalidné poistenie. V rámci sociálneho zabezpečenia rozoznávame povinne dôchodkovo poistené osoby a dobrovoľne dôchodkovo poistené osoby.

Z týchto subsystémov sa vyplácajú jednotlivé obligatórne dávky dôchodkového poisteniam, ktorými sú:

- starobný dôchodok
- predčasný starobný dôchodok
- invalidný dôchodok
- vdovský a vdovecký dôchodok
- sirotsky dôchodok
- od roku 2020 aj 13. dôchodok (Papšo, 2020)

Medzi ďalšie subjekty sociálneho zabezpečenia seniorov okrem štátu môžeme zaradiť aj vyššie územné celky, obce a mestá, tretí sektor a v neposlednom rade základnú bunku spoločnosti, rodinu. Zákon o rodine č. 36/2005 Z. z. v § 66 a 67 deklaruje základnú vyživovaciu povinnosť detí k rodičom. Jednou zo základných charakteristík trhu práce je výrazná segmentovanosť. Odvíja sa od individuálnej stránky každého jednotlivca, ale aj od alokácií jednotlivých zdrojov a pod. Trh práce si prešiel v posledných rokoch viacerými turbulenciami a makroekonomickými zmenami. Zamestnávateľia a zamestnanci si musia na tieto nové zmeny zvyknúť, lebo sú to zmeny v globálnom meradle.

Spoločenský význam demografie sa neustále zvyšuje a svoje opodstatnenie má aj v sociálnych vedách. Zo sociálno-gerontologického aspektu je potrebné ozrejmiť nasledujúce demografické výrazy: Index ekonomickej závislosti resp. ekonomického zaťaženia je demografický ukazovateľ, ktorý vyjadruje počet osôb v predproduktívnom (0-14 rokov) a poproduktívnom (65+ rokov) veku na 100 osôb v produktívnom veku (15-64 rokov). Rozdelením indexu ekonomického zaťaženia vznikajú dva čiastkové indexy: Index ekonomickej závislosti mladých ľudí: počet detí (0-14 rokov) na 100 osôb v produktívnom veku. Index ekonomickej závislosti starých ľudí: počet seniorov (65+ rokov) na 100 osôb v produktívnom veku. Očakávaný vývoj prinesie so sebou množstvo závažných zmien. Spoločnosť sa musí pripraviť na zvyšovanie podielu osôb vyššieho veku, integráciu väčšieho množstva cudzincov a zvýšenie napätia v medzigeneračných vzťahoch. S pribúdajúcim počtom osôb vyššieho veku rastú aj nároky na starostlivosť o ňu. Index sociálnych potrieb má na Slovensku vo vekovej skupine 55-69 ročných hodnotu 0,4; vo veku 70-79 rokov hodnotu 3,8 a vo veku nad 80 rokov hodnotu 13,8; teda s vekom a so zhoršovaním zdravotného stavu signifikantne narastá (Hrozenská, 2008).

Interakcia medzigeneračnej emocionálnej podpory a inštitucionálnych štruktúr ako predpoklad dôstojného starnutia

Nasledujúca časť príspevku sa zameriava na význam rodinnej podpory a inštitucionálneho prostredia pri zabezpečovaní dôstojného a kvalitného starnutia. Obe tieto oblasti predstavujú kľúčové faktory ovplyvňujúce kvalitu života seniorov, ich sociálnu integráciu a zachovanie autonómie. Rodina plní nezastupiteľnú úlohu v poskytovaní emocionálnej a sociálnej opory, zatiaľ čo inštitucionálne prostredie má zabezpečiť podmienky rešpektujúce potreby, práva a dôstojnosť starších ľudí. Poukazujeme tak na ich vzájomnú prepojenosť a význam pre komplexný systém starostlivosti o seniorov.

V čínskej kultúre kladú veľký dôraz na medzigeneračnú pomoc z viacerých sociálnych a ekonomických dôvodov. Jedným z hlavných faktorov je silná tradícia filantropie a rodinnej solidarity, ktorá je hlboko zakorenená v čínskej spoločnosti. Tento záväzok k rodine a starším členom spoločnosti je považovaný za morálnu povinnosť a je podporovaný aj vládnymi politikami, ktoré zdôrazňujú potrebu medzigeneračnej podpory. Empirické štúdie však ukazujú protichodné výsledky. Zatiaľ čo prijímanie medzigeneračnej podpory môže zlepšiť subjektívnu pohodu a zdravie starších ľudí, nadmerná finančná alebo inštrumentálna pomoc môže vyvolávať závislosť a rodinné napätie, čo podčiarkuje potrebu skúmať psychosociálne mechanizmy sprostredkujúce účinok podpory na emocionálnu pohodu.

Výskum realizovaný na základe **Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS, 2018)**, ktorý zahŕňal 8 794 respondentov vo veku 80 a viac rokov, poskytuje cenné empirické dôkazy o interakcii rôznych typov medzigeneračnej podpory a subjektívnej pohody ako odrazu kvality života. Štúdia hodnotila životnú spokojnosť a psychické zdravie seniorov a analyzovala štyri formy podpory: poskytovanie finančnej pomoci, prijímanie finančnej, inštrumentálnej a emocionálnej podpory. Výsledky ukázali, že seniori, ktorí poskytovali finančnú podporu svojim deťom či rodine, vykazovali vyššiu subjektívnu pohodu. Tento zistený efekt zdôrazňuje, že aj vo veľmi pokročilom veku poskytovanie pomoci druhým prináša pocit zmysluplnosti a užitočnosti. Najvýraznejší pozitívny účinok na psychické zdravie mala emocionálna podpora. Seniori, ktorí ju prijímali, vykazovali vyššiu životnú spokojnosť a lepšie psychické zdravie. Naopak, prijímanie inštrumentálnej pomoci malo ambivalentný efekt. Zvyšovalo životnú spokojnosť, no mohlo zhoršovať psychické zdravie, pravdepodobne v dôsledku pocitu straty autonómie. Najvyššiu subjektívnu pohodu dosiahli seniori, ktorí kombinovali všetky tri formy podpory -finančnú, inštrumentálnu aj emocionálnu. Ekonomický status respondentov navyše ovplyvňoval tieto vzťahy, pričom lepšie finančné zázemie zvyšovalo pozitívny dopad medzigeneračnej podpory (Huang – Fu, 2021).

Tieto zistenia potvrdzujú význam **teórie sociálnej výmeny** (Homans, 1958) a **teórie medzigeneračnej solidarity** (Bengtson, 2007), ktoré zdôrazňujú rovnováhu medzi dávajúcimi a prijímajúcimi rolami pri posilňovaní sociálnych väzieb a emocionálnej stability. Teóriu sociálnej výmeny chápeme ako sociálne správanie uskutočnené výmenou materiálnych aj nemateriálnych statkov, ako sú symboly uznania alebo prestíže. Osoby, ktoré dávajú veľa iným, sa snažia od nich získať veľa a osoby, ktoré dostávajú veľa od iných, sú pod tlakom dať im veľa (Homans, 1958). Teória medzigeneračnej solidarity je koncept zameraný na posilnenie ekonomických a

sociálnych väzieb medzi generáciami. Definuje sa ako sociálna kohézia medzi generáciami, čo zahŕňa vzájomnú podporu, výmenu zdrojov a emocionálne väzby medzi rodičmi a deťmi alebo starými rodičmi a vnúčatami (Bengtson, 2007).

Medzigeneračné väzby, najmä emocionálna podpora, nemôžu byť nahradené len materiálnou alebo formálnou starostlivosťou. Skutočná pohoda seniorov vyžaduje harmonickú kombináciu **rodinnej podpory** a **inštitucionálneho prostredia**, ktoré umožňuje kontakt s rodinou, participáciu na spoločenských aktivitách a zachovanie autonómie. Z praktického hľadiska tieto výsledky výskumu naznačujú, že inštitucionálne štruktúry by mali aktívne podporovať medzigeneračné väzby prostredníctvom programov umožňujúcich rodinný kontakt, spoločenské aktivity a participáciu seniorov, pričom formálna starostlivosť by mala dopĺňať, nie nahrádzať, rodinnú a emocionálnu podporu. Tým sa vytvára prostredie, v ktorom seniori nielen prijímajú starostlivosť, ale aj aktívne prispievajú k životu komunity a rodiny, čo je kľúčové pre dôstojné a kvalitné starnutie (Huang – Fu, 2021).

Zaujímavé poznatky prináša i Čínsky všeobecný sociálny prieskum (CGSS, 2017), ktorého sa zúčastnilo 1287 starších dospelých. Všetci účastníci mali aspoň jedno žijúce dospelé dieťa. Vzorka pozostávala z 599 mužov a 688 žien. Medzigeneračná podpora bola hodnotená na päťbodovej Likertovej stupnici a zahŕňala otázky o finančnej, inštrumentálnej a emocionálnej podpore, optimizmus bol meraný pomocou subškály Čínskeho revidovaného testu životnej orientácie (CLOT-R) a subjektívnu pohodu. Výsledky ukázali, že prijímanie medzigeneračnej podpory významne súviselo so subjektívnou pohodou starších rodičov. Emocionálna podpora zohrávala najvýznamnejšiu úlohu. Inštrumentálna podpora bola tiež významne korelovaná so šťastím, zatiaľ čo finančná podpora nepreukázala priame štatisticky významné spojenie so subjektívnou pohodou. Porovnanie medzi mužmi a ženami neodhalilo významné rozdiely vo vzťahoch medzi medzigeneračnou podporou, optimizmom a subjektívnou pohodou, čo naznačuje, že mechanizmy fungujú konzistentne bez ohľadu na pohlavie. (Pan –Chen, 2022).

Z analýzy údajov výskumu, ktorý tvoril vzorku 3 039 starších čínskych rodičov vo veku 55 rokov a viac, získaných z Pekinskej štúdie o starnutí (BMLSOA, 1992), možno usúdiť, že poskytovanie inštrumentálnej podpory deťom a spokojnosť rodičov so svojimi deťmi priamo zvyšujú ich psychickú pohodu. Pozitívne účinky prijímania podpory od detí sú plne sprostredkované spokojnosťou s deťmi. Tieto zistenia naznačujú, že psychologické prínosy medzigeneračnej výmeny podpory zohrávajú významnú úlohu a mali by byť zohľadnené pri tvorbe politiky starostlivosti o starších ľudí v Číne (Chen – Silverstein, 2020).

Ďalšia štúdia skúmala vplyv medzigeneračnej podpory od detí na osamelosť starších dospelých a analyzovala aj moderačné účinky používania internetu a medzigeneračnej vzdialenosti. Zistilo sa, že ekonomická a emocionálna podpora od detí významne znižujú osamelosť starších dospelých. Výsledky podčiarkujú, že medzigeneračná podpora zo strany detí je kľúčovým faktorom pre duševnú pohodu starších dospelých a naznačujú, že posilnenie digitálnej infraštruktúry a opatrenia podporujúce rodinnú starostlivosť môžu tento účinok ešte zvýšiť (Huang et al., 2024).

V európskom kontexte štúdia prieskumu SHARE (2015) skúma vzťahy medzi prijímaním neformálnej starostlivosti, vnímanou primeranosťou starostlivosti a subjektívnou pohodou u 30 179 osôb vo veku 65+ z 17 európskych krajín. Výsledky poukazujú na výrazné regionálne rozdiely, rozdiely medzi pohlaviami a na moderujúcu úlohu vnímanej primeranosti podpory. Údaje pochádzajú zo šiestej vlny prieskumu SHARE (2015), zahŕňajúcej 30 179 respondentov vo veku 65+ z 17 európskych krajín. Subjektívna pohoda bola meraná indexom CASP-12, ktorý zachytáva kontrolu, autonómiu, sebarealizáciu a potešenie. Hlavnými prediktormi boli prijímanie pravidelnej neformálnej starostlivosti a vnímaná primeranosť poskytnutej podpory. Štúdia došla k týmto záverom:

- **Regionálne vzorce:** Subjektívna pohoda bola najvyššia v škandinávskych krajinách, nasledovali západné, stredné a východné a južné časti Európy. Primeraná neformálna starostlivosť bola pozitívne spojená s pohodou, najmä v škandinávskych krajinách.
- **Prijímanie neformálnej starostlivosti:** Pravidelné prijímanie starostlivosti bolo v škandinávskych krajinách pozitívne spojené s pohodou, zatiaľ čo v južnej Európe bolo u mužov spojené s nižšou pohodou.
- **Vnímaná primeranosť poskytovania starostlivosti:** Vo všetkých regiónoch bolo nedostatočné pokrytie starostlivosti konzistentne spojené s nižšou pohodou.
- **Formálna starostlivosť:** V škandinávskych a stredných/východných krajinách bola formálna starostlivosť negatívne spojená s pohodou, najmä u žien, zatiaľ čo v južnej Európe mala pozitívny vplyv u starších žien.
- **Faktory:** Vzťah medzi prijímaním starostlivosti a subjektívnou pohodou ovplyvňovali faktory ako pohlavie, región, typ a kvalita starostlivosti, očakávania a vzťah s opatrovateľom.

Výsledky poukazujú na komplexnosť vzťahu medzi prijímaním neformálnej starostlivosti a pohodou starších dospelých (Abramovska - Kmon et al., 2023).

Empirické štúdie ukazujú, že poskytovanie podpory deťom či rodine zvyšuje pocit zmyslu a sebahodnoty seniorov, zatiaľ čo prijímanie emocionálnej podpory výrazne zlepšuje životnú spokojnosť. Nadmerná finančná alebo praktická pomoc môže však viesť k závislosti a pocitu straty autonómie. Výskumy zo Škandinávie, Európy aj Číny zdôrazňujú význam rovnováhy medzi dávajúcou a prijímajúcou rolou, regionálne a kultúrne rozdiely, ako aj moderujúcu úlohu optimizmu a vnímania primeranosti starostlivosti. Kľúčovým záverom je, že harmonická kombinácia rodinnej podpory a inštitucionálneho prostredia podporuje dôstojné a kvalitné starnutie.

Záver

Starnutie populácie predstavuje jednu z najvýznamnejších spoločenských výziev súčasnosti, ktorá ovplyvňuje nielen ekonomickú a sociálnu štruktúru spoločnosti, ale aj kvalitu života starších ľudí. Medzigeneračná solidarita vyjadrená prostredníctvom finančnej, inštrumentálnej a emocionálnej podpory sa ukazuje ako kľúčový faktor udržiavania psychickej pohody a zmyslu života seniorov. Zároveň je zrejmé, že proces aktívneho starnutia si vyžaduje koordinované úsilie štátu, rodiny i komunity. Kvalitné

medzigeneračné vzťahy, primerané sociálne zabezpečenie a otvorená spoločenská diskusia o starnutí sú základnými predpokladmi pre dôstojný a naplnený život v starobe.

Výskumné štúdie z Číny aj Európy potvrdzujú, že medzigeneračná podpora zohráva kľúčovú úlohu pri zabezpečovaní subjektívnej pohody a psychického zdravia starších dospelých. Poskytovanie finančnej, inštrumentálnej a najmä emocionálnej podpory deťom či rodine posilňuje pocit zmysluplnosti a sebahodnoty seniorov, zatiaľ čo prijímanie emocionálnej podpory významne zlepšuje životnú spokojnosť a psychickú pohodu. Nadmerná finančná alebo praktická pomoc však môže viesť k závislosti, pocitu straty autonómie a rodinnému napätiu, čo zdôrazňuje potrebu vyváženej interakcie medzi dávajúcimi a prijímajúcimi rolami, ako ju opisuje teória sociálnej výmeny a teória medzigeneračnej solidarity.

Subjektívna pohoda v neskoršom veku je ovplyvnená vzájomným pôsobením zdravia, prijímania neformálnej starostlivosti a regionálnych systémov starostlivosti. Tvorcovia politik by mali zohľadniť nielen množstvo, ale aj vnímanú primeranosť podpory pri navrhovaní intervencií na zlepšenie kvality života starších dospelých. Prispôsobenie podpory miestnym kultúrnym normám, očakávaniam vyplývajúcim z pohlavia a individuálnym potrebám môže maximalizovať pozitívny dopad na emocionálnu pohodu seniorov.

Interakcia medzigeneračnej podpory a inštitucionálnych štruktúr predstavuje základný predpoklad dôstojného starnutia. Vzájomné prepojenie rodinných a inštitucionálnych foriem starostlivosti zvyšuje kvalitu života seniorov. Inštitucionálne štruktúry vytvárajú priestor pre systematickú a odbornú podporu, ktorá dopĺňa rodinnú starostlivosť. Ich koordinácia je nevyhnutná pre udržanie sociálnej integrácie a autonómie starších ľudí.

BIBLIOGRAFIA

ABRAMOWSKA-KMON, A., ŁĄTKOWSKI, W. a RYNKO, M., 2023. Informal Care and Subjective Well-Being among Older Adults in Selected European Countries. *Ageing International*, n. 48, p. 1163–1189. [online]. [cit. 2025-10-10]. Dostupné na internete: <<https://doi.org/10.1007/s12126-023-09521-0>>.

AKTÍVNE STARNUTIE, 2025. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. [online]. [cit. 2025-10-12]. Dostupné na internete: <<https://www.employment.gov.sk/sk/uvodna-stranka/aktivne-starnutie/>>.

BENGTSON, V.L., 2007. *Intergenerational solidarity: Strengthening economic and social ties*. [online]. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs. [cit. 2025-10-15]. Dostupné na internete: <https://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/egm_unhq_oct07_bengtson.pdf>.

HEGYI, L. 2001. Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí. Trnava: Slovak Academic Press, 2001. ISBN: 80-88908-80-9.

HROZENSKÁ, M. A KOL. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. 181 s. ISBN: 978-80-8063-282-3.

HUANG, F. - FU, P. 2021. Intergenerational support and subjective wellbeing among oldest-old in China: the moderating role of economic status. 252 (2021) [online]. [cit. 2025. 09. 25]. Dostupné na internete: <<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02204-y>>.

HUANG, F. a FU, P., (2021). Intergenerational support and subjective wellbeing among oldest-old in China: the moderating role of economic status. *BMC Geriatrics*, 21, 252. [online]. [cit.2025-10-15]. Dostupné na internete: <<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02204-y>>.

HUANG, R. et al. 2024. The effect of intergenerational support from children on loneliness among older adults: The moderating effect of internet usage and intergenerational distance. *Frontiers in Public Health*, 12, 1330617. [online]. [cit. 2025-09-14]. Dostupné na internete: <<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1330617>>.

CHEN, X. - SILVERSTEIN, M., 2000. Intergenerational social support and the psychological well-being of older parents in China. *Research on Aging*, 22(1), 43–65. [online]. [cit. 2025-10-15]. Dostupné na internete: <<https://doi.org/10.1177/0164027500221003>>.

CHENG, X. - ARIYO, T., 2023. Grandparenting and life satisfaction among Chinese elderlies: a study of possible mechanisms. *BMC Geriatrics*, 23, 831. [online]. [citované 2025-10-15]. Dostupné na internete: <<https://doi.org/10.1186/s12877-023-04540-Z>>.

LIBA, J. 2010. *Výchova k zdraviu v primárnej edukácii*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 2010. 285 s. ISBN 978-80-555-1042-2.

MACKOVÁ, Z. 2015. Právo sociálneho zabezpečenia. Osobitná časť. Štátne sociálne dávky s príkladmi. 2. vydanie. Šamorín: Heuréka, 2015. ISBN: 978-80-8173-016-0.

MACKOVÁ, Z. 2017. Právo sociálneho zabezpečenia. Všeobecná časť. 2. aktualizované a prepracované vydanie. Šamorín: Heuréka, 2017. ISBN: 978-80-8173-048-1.

MOJRA. 2025. Medzigeneračná komunikácia: Ako preklenúť rozdiely a budovať silné vzťahy medzi generáciami. [online]. [citované 2025-10-12]. Dostupné na internete: <<https://www.blog.mojra.sk/clanok/medzigeneracna-komunikacia-ako-preklenut-rozdiely-a-budovat-silne-vztahy-medzi-generaciami>>.

NÁRODNÝ PROGRAM AKTÍVNEHO STARNUTIA NA ROKY 2021-2030. Slovenská republika 2021. [online]. [citované 2025-10-12]. Dostupné na internete: <<https://www.employment.gov.sk/files/sk/ministerstvo/rada-vlady-slovenskej-republiky-prava-seniorov-prisposobovanie-verejnych-politik-procesu-starnutia-populacie/narodny-program-aktivneho-starnutia-roky-2014-2020/narodny-program-aktivneho-starnutia-roky-2021-2030.pdf>>.

NÉMETH, F. a kol. 2009. Geriatria a geriatrické ošetrovatel'stvo. Martin: Osveta. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.

PAN, Z. a CHEN, J.-K., 2022. Association of Received Intergenerational Support with Subjective Well-Being among Elderly: The Mediating Role of Optimism and Sex Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7614. [online]. [cit. 2025-10-15]. Dostupné na internete: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/19/13/7614>>.

PAPŠO, P. 2020. Sociálne zabezpečenie v Slovenskej republike. Banská Bystrica: Belianum, 2020. ISBN: 978-80-557-1805-7.

SUN, Q., WANG, Y., LU, N. a ďalší, 2021. Intergenerational support and depressive symptoms among older adults in rural China: the moderating roles of age, living alone, and chronic diseases. *BMC Geriatrics*, 21, 738. [online]. [cit. 2025-10-15]. Dostupné na internete: <<https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02738-1>>.

TEERAWICHITCHAINAN, B. et al. (2015). *How do living arrangements and intergenerational support matter for psychological health of elderly parents? Evidence from Myanmar, Vietnam, and Thailand*. [online]. [cit. 2025-10-15]. Dostupné na internete: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25993521/>>.

Ústavný zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontakt

Mgr. Elena Kenderešová, PhD., PhDr. Vladimír Noga, PhD.

E-mail: kenderesova@vssvalzbety.sk, noga@vssvalzbety.sk

MOTIVÁCIE A SKÚSENOSTI ŠTUDENTOV UNIVERZITY TRETIEHO VEKU: KVALITATÍVNA ANALÝZA

MOTIVATIONS AND EXPERIENCES OF UNIVERSITY OF THE THIRD AGE STUDENTS: A QUALITATIVE ANALYSIS

Koltáš Marek¹

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.,
Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaházi v Rožňave*

Abstrakt

Teoretické východiská: Vzdelávanie seniorov v rámci univerzít tretieho veku (UTV) predstavuje významnú súčasť celoživotného učenia a aktívneho starnutia. UTV naplňajú potreby seniorov v oblasti poznania, sociálnej interakcie a psychickej pohody. Teoretickým rámcom tohto príspevku je Teória seba-determinácie (Deci, Ryan, 2017), ktorá vysvetľuje, že dlhodobá motivácia k učeniu je podmienená naplnením potrieb autonómie, kompetencie a vzťahovosti. Vzdelávanie v seniorskom veku má aj transformačný rozmer – podporuje identitu, zmysluplnosť a osobný rast (Illeris, 2018).

Cieľ: Cieľom výskumu bolo porozumieť motiváciám a skúsenostiam študentov UTV na Detašovanom pracovisku bl. Sáro Salkaházi v Rožňave Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o. z ich vlastnej perspektívy a vytvoriť teoretický model, ktorý objasní, ako študenti UTV prežívajú učenie ako proces osobného rozvoja a sociálneho zakotvenia.

Metódy: Výskum bol realizovaný prostredníctvom kvalitatívnej stratégie – zakotvenej teórie (Grounded Theory). Dáta boli zbierané pološtruktúrovanými rozhovormi s ôsmimi participantmi (štyria z 1. ročníka, štyria z 2. ročníka) UTV v Rožňave. Analýza dát bola vykonaná prostredníctvom otvoreného, axiálneho a selektívneho kódovania, až po dosiahnutie teoretickej saturácie.

Výsledky: Výsledky ukázali, že motivácie študentov majú prevažne vnútorný charakter – radosť z učenia, sebarealizáciu a potrebu sociálnej spolupatričnosti. UTV sa pre nich stala priestorom duševnej aktivity, osobného rastu a emocionálnej podpory. Identifikovaná jadrová kategória „učenie ako zmysluplné starnutie“ vyjadruje integráciu kognitívneho, sociálneho a existenciálneho rozmeru učenia.

Záver: Vzdelávanie seniorov významne prispieva k ich psychickej vitalite, sociálnej integrácii a kvalite života. Výsledky potvrdzujú, že univerzity tretieho veku majú nielen vzdelávaciu, ale aj komunitnú a terapeutickú funkciu.

Kľúčové slová

Univerzita tretieho veku. Seniori. Motivácia. Skúsenosť. Kvalitatívny výskum. Zakotvená teória.

Abstract

Theoretical background: Education of seniors within Universities of the Third Age (UTA) represents an important part of lifelong learning and active ageing. UTAs fulfill

seniors' needs in the areas of knowledge, social interaction, and psychological well-being. The theoretical framework of this paper is the Self-Determination Theory (Deci & Ryan, 2017), which explains that long-term motivation for learning is conditioned by the fulfillment of the needs for autonomy, competence, and relatedness. Education in later life also has a transformational dimension – it supports identity, meaning, and personal growth (Illeris, 2018).

Aim: The aim of the research was to understand the motivations and experiences of students of the University of the Third Age at the Branch of Blessed Sára Salkaházi in Rožňava of the St. Elizabeth University of Health and Social Work in Bratislava, from their own perspective, and to develop a theoretical model explaining how UTA students experience learning as a process of personal development and social anchoring.

Methods: The research was conducted using a qualitative strategy – Grounded Theory. Data were collected through semi-structured interviews with eight participants (four from the first year and four from the second year) of the University of the Third Age in Rožňava. Data analysis was carried out through open, axial, and selective coding until theoretical saturation was reached.

Results: The results showed that students' motivations were predominantly intrinsic – joy of learning, self-realization, and the need for social belonging. The UTA became a space for mental activity, personal growth, and emotional support. The identified core category, *“learning as meaningful ageing,”* expresses the integration of the cognitive, social, and existential dimensions of learning.

Conclusion: Education of seniors significantly contributes to their psychological vitality, social integration, and quality of life. The findings confirm that Universities of the Third Age fulfill not only an educational but also a community and therapeutic function.

Keywords

University of the Third Age. Seniors. Motivation. Experience. Qualitative research. Grounded Theory.

Úvod

Vzdelávanie seniorov predstavuje v súčasnosti významnú oblasť celoživotného učenia, ktorá reaguje na demografické zmeny, starnutie populácie a potrebu podpory aktívneho starnutia. Na Slovensku aj v zahraničí sú UTV etablovanou formou neformálneho vzdelávania, ktoré umožňuje osobám staršieho veku rozvíjať svoje poznatky, udržiavať sociálne väzby a zvyšovať kvalitu života (Zanovitová, Kalánková, Lepiešová, Farský, 2022). Zahraničné výskumy potvrdzujú, že účasť na vzdelávaní významne podporuje kognitívnu vitalitu a duševnú pohodu seniorov (Ackermann, Seifert, 2021).

V slovenskom kontexte sa UTV rozvíjajú viac ako tri desaťročia, no napriek ich rastúcej popularite stále chýbajú kvalitatívne štúdie, ktoré by zachytili osobné významy učenia a prežívanie študentov v tomto prostredí. Väčšina doterajších prác sa zameriavala na štatistické ukazovatele účasti či spokojnosti (Nováková, Lorenzová,

2020; Škoda, 2023). Tento príspevok sa preto usiluje o hlbšie pochopenie motivácií a skúseností seniorov prostredníctvom ich vlastných výpovedí.

Motiváciou k spracovaniu témy je dlhoročný záujem autora o problematiku celoživotného vzdelávania ako koordinátora UTV na Detašovanom pracovisku bl. Sary Salkaházi v Rožňave, ktoré tvorí organizačnú súčasť Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o. Častý kontakt so študentmi poukazuje na jedinečné motivačné vzorce a významné sociálne prínosy štúdia, ktoré si zaslúžia hlbšiu vedeckú reflexiu.

Cieľom tohto príspevku je porozumieť motiváciám a skúsenostiam študentov UTV z ich vlastnej perspektívy a vytvoriť teoretický model učenia seniorov ako procesu osobného rastu a sociálneho zakotvenia. Poukázať chceme aj na to, že učenie vo vyššom veku má nielen kognitívny, ale aj existenciálny a komunitný rozmer.

Metodologicky sa výskum opiera o kvalitatívny prístup – zakotvenú teóriu (Grounded Theory) v konštruktivistickom poňatí podľa Charmaz (2014). Dáta boli zbierané prostredníctvom pološtruktúrovaných rozhovorov s ôsmimi študentmi UTV a analyzované pomocou kódovania podľa Corbina a Straussa (2015).

Štruktúra príspevku pozostáva z ôsmich častí: úvodu, teoretického rámca, pojmového vymedzenia, cieľa výskumu, metodiky, charakteristiky súboru, výsledkov, diskusie a záveru s odporúčaniami pre prax.

Príspevok vychádza z aktuálnych odborných zdrojov, predovšetkým z publikácií autorov: Charmaz (2014), Corbina a Straussa (2015), Novákovej a Lorenzovej (2020) a Zanovítvej a kol. (2022). Výsledky sú určené najmä andragógom, sociálnym pracovníkom a koordinátorom UTV, ktorí sa usilujú rozvíjať efektívne programy podporujúce aktívne a zmysluplné starnutie.

Súčasný stav skúmanej problematiky

UTV predstavujú etablovanú formu neformálneho vzdelávania seniorov so silnými osobnostnými, sociálnymi a zdravotnými prínosmi. Nové výskumy v slovenskom a českom prostredí ukazujú, že UTV podporujú aktívne starnutie, adaptáciu na zmeny životného štýlu aj udržiavanie kognitívnej a sociálnej aktivity (Zanovítová, Kalánková, Lepiešová, Farský, 2022). Vnímanie kvality a prínosu štúdia je spojené nielen s obsahom kurzov, ale aj s komunitným rozmerom učenia sa a s prežívaním zmyslu času v staršom veku (Zanovítová a kol., 2022).

Motivácie seniorov pre vstup a zotrvanie v štúdiu UTV

Motivácia seniorov je mnohorozmerná: kombinuje vnútorné motívy (radosť z poznávania, sebarozvoj) a účelové motívy (zmysluplné trávenie času, praktická využiteľnosť poznatkov). Česká štúdia na vzorke študentov UTV na Karlovej univerzite ukázala, že najčastejšími dôvodmi boli „učiť sa nové veci“ a „aktívne tráviť voľný čas“, kým sociálne kontakty zohrávali sekundárnu, no nie zanedbateľnú úlohu (Nováková, Lorenzová, 2020). Kvantitatívne zistenia zo Švajčiarska potvrdzujú, že individuálne motivácie predikujú intenzitu účasti na prednáškach na UTV výraznejšie než demografia či životné okolnosti (Ackermann, Seifert, 2021). Kvalitatívny pohľad navyše ukazuje identitný rozmer učenia: študenti UTV opisujú vzdelávanie ako priestor

pre stabilitu identity, zmysel a kontinuitu životného príbehu (Nováková, Lorenzová, 2020; Ackermann, Seifert, 2021; Hachem, 2023).

Dynamika motivácií v čase

Motivácie sa v priebehu štúdia menia: počiatočný dôraz na poznávanie sa u časti študentov postupne prelína so silnejúcou sociálnou dimenziou (spolupatričnosť, komunita). Český semilongitudinálny výskum porovnávajúci roky 2011 a 2021 dokumentuje posun k silnejšiemu významu sociálnych aspektov a podpory zo strany prostredia U3A (Škoda, 2023).

Bariéry účasti a prekážky učenia v seniorskom veku

Popri motívoch je potrebné reflektovať aj bariéry účasti: zdravotné limity, logistiku (doprava, čas), digitálnu gramotnosť a pocity nízkej kompetencie. Kvalitatívne analýzy ukazujú, že zdráhanie zapojiť sa do vzdelávania je podmienené osobnými aj kurikulárnymi faktormi (Hu a kol., 2024). V širšom rámci vzdelávania dospelých české štúdie opisujú dispozičné prekážky a legitimizáciu neúčasti s využitím Teórie seba-determinácie (Kalenda, Kočvarová, 2022); nástroje odvodené z tohto rámca potvrdzujú, že neúčasť býva častejšie motivovaná intrinzičnými alebo extrinzičnými dôvodmi, nie amotiváciou (Kalenda, Kočvarová, 2022; Vaculíková a kol. 2024; Hu a kol., 2024).

Teoretické východiská interpretácie motivácie v UTV

Súčasná empirická práca sa opierať aj o Teóriu seba-determinácie (SDT), ktorá vysvetľuje, že udržateľné zapojenie do učenia rastie, ak prostredie napĺňa potreby autonómie, kompetencie a vzťahovosti. Nové meta-analytické a intervenčné prehľady v akademických kontextoch potvrdzujú, že SDT-intervencie zvyšujú študijnú motiváciu a spokojnosť psychologických potrieb (Wang a kol., 2024). V širšom dospelom a seniorskom kontexte sa naplnenie týchto potrieb spája s lepším psychickým prežívaním a životnou spokojnosťou (Tang a kol., 2021); zároveň neuropsychologické práce pripomínajú, že vo vyššom veku môže klesať ochota investovať námahu do náročných úloh, čo je dôležité zohľadniť pri dizajne výuky UTV (Wang a kol., 2024; Tang a kol., 2021; Soutschek a kol.).

Implikačné východiská pre tvoj výskum (zakotvená teória)

Pre kvalitatívny dizajn so zakotvenou teóriou je dôležité sledovať, ako sa motívy, bariéry a prežívanie štúdia navzájom implikujú do kategórií, ktoré vedú k jadrovej kategórii teórie (napr. „UTV ako priestor zmysluplného starnutia“). Slovenské zistenia o hodnotení štúdia (Zanovitová a kol., 2022) dopĺňajú české longitudinálne trendy (Škoda, 2023) a rámčujú ich európske poznatky o účasti/neúčasti dospelých (Kalenda, Kočvarová, 2022; Vaculíková a kol., 2024). Tieto východiská podporujú dôraz na participatívne skúsenosti, vzťahovosť a autonómne voľby tém, ktoré sú v SDT kľúčové a v praxi UTV realizovateľné napr. voľbou voliteľných modulov, komunitnými aktivitami či podporou digitálnych zručností. (Zanovitová a kol., 2022; Škoda, 2023; Kalenda, Kočvarová, 2022; Vaculíková a kol., 2024).

Pojmový rámec výskumného problému

Vzdelávanie v staršom veku je osobitnou formou celoživotného učenia, ktoré napĺňa nielen poznávacie, ale aj sociálne a emocionálne potreby človeka. U osôb

vyššieho veku sa motivácia k učeniu spája s túžbou po osobnom raste, sociálnom kontakte, aktívnom trávení voľného času a udržiavaní kognitívnych schopností (Nováková, Lorenzová, 2020; Zanovitová a kol., 2022).

Podľa Teórie seba-determinácie (Self-Determination Theory) je dlhodobé zapojenie do učenia podmienené naplnením troch základných psychologických potrieb – autonómie, kompetencie a vzťahovosti (Deci, Ryan, 2017; Wang a kol., 2024). V prostredí Univerzít tretieho veku tieto potreby nachádzajú prirodzené uplatnenie prostredníctvom slobody výberu tém, rozvoja zručností a sociálnej interakcie (Tang a kol., 2021).

Proces učenia seniorov je zároveň chápaný ako súčasť aktívneho a zmysluplného starnutia, ktoré posilňuje identitu, sociálnu integráciu a subjektívnu pohodu (Hachem, 2023). Vzdelávanie seniorov teda nepredstavuje len akvizičný proces poznatkov, ale aj priestor pre sebaujadrenie a reflexiu životných skúseností (Illeris, 2018).

Výskumný problém spočíva v nedostatku hlbšieho porozumenia tomu, ako seniori prežívajú svoju účasť na UTV a aké významy pripisujú svojim motiváciám a skúsenostiam so štúdiom. Doterajšie výskumy sa prevažne zameriavali na kvantitatívne hodnotenie spokojnosti či účasti (Zanovitová a kol., 2022), pričom chýbajú kvalitatívne pohľady, ktoré by odhalili osobné významy a prežívanie vzdelávania z perspektívy samotných účastníkov. Tento poznatkový deficit predstavuje jadro skúmaného problému a opodstatňuje potrebu kvalitatívneho výskumu založeného na princípoch zakotvenej teórie (Charmaz, 2014; Hendl, 2016).

Cieľ výskumu

Hlavným cieľom výskumu je porozumieť motiváciám a skúsenostiam študentov UTV na Detašovanom pracovisku bl. Sáry Salkaházi v Rožňave Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o., a to z ich vlastnej perspektívy. Výskum sa zameriava na odhalenie významov, ktoré seniori pripisujú svojej účasti na štúdiu, a na identifikáciu faktorov, ktoré ovplyvňujú ich rozhodnutie vstúpiť do vzdelávania, zotrvať v ňom a vnímať jeho osobnostný či sociálny prínos.

Špecifickým cieľom je vytvoriť teoretický model motivácií a skúseností študentov UTV, ktorý bude zakotvený v ich výpovediach a ktorý prispeje k hlbšiemu pochopeniu procesu učenia v seniorskom veku. Tento model môže následne slúžiť ako podklad pre optimalizáciu obsahu, metód a organizačných foriem vzdelávania v rámci UTV.

Cieľom teda nie je overovať vopred stanovené hypotézy, ale prostredníctvom kvalitatívnej analýzy odhaliť vzorce a kategórie, ktoré vyjadrujú prežívanie a motivačné procesy účastníkov vzdelávania v ich prirodzenom kontexte (Charmaz, 2014; Hendl, 2016).

Hlavná výskumná otázka

Ako študenti UTV vnímajú a prežívajú proces učenia, aké významy mu pripisujú a aké motívy ich vedú k účasti na vzdelávaní?

Parciálne výskumné otázky

1. Aké motívy vedú seniorov k rozhodnutiu zapojiť sa do štúdia na UTV?

2. Ako seniori opisujú svoje skúsenosti so štúdiom a učením v prostredí UTV?
3. Aké osobné a sociálne prínosy vnímajú účastníci v súvislosti s účasťou na vzdelávaní?
4. Aké bariéry alebo prekážky sa objavujú počas štúdia a akým spôsobom ich seniori prekonávajú?
5. Ako sa učenie v seniorskom veku premieňa do ich sebapoňatia, identity a pocitu zmysluplnosti života?
6. Ako možno z výpovedí účastníkov odvodiť teoretický model učenia ako procesu osobného rastu a sociálneho zakotvenia?

Výskumné metódy

Výskum bol realizovaný v rámci kvalitatívneho prístupu, ktorého cieľom je porozumieť významom, ktoré účastníci pripisujú svojim motiváciám a skúsenostiam. Teoreticko-metodologickým rámcom bola zakotvená teória (Grounded Theory) v jej konštruktivistickej interpretácii (Charmaz, 2014; Bryant, Charmaz, 2019). Tento prístup umožňuje systematicky vytvárať teóriu, ktorá vychádza priamo z empirických dát a reflektuje perspektívu samotných účastníkov (Corbin, Strauss, 2015).

Zber dát prebiehal prostredníctvom pološtruktúrovaných individuálnych rozhovorov so študentmi UTV na Detašovanom pracovisku bl. Sáro Salkaházi v Rožňave. Rozhovory sa uskutočnili v mesiacoch september a október 2025 počas zimného semestra akademického roka 2025/2026 v priestoroch univerzity. Do výskumu bolo zapojených osem participantov – štyria z 1. ročníka a štyria z 2. ročníka. Etické zásady boli dodržané v súlade s odporúčaniami pre výskum v sociálnych vedách. Všetci participant boli informovaní o cieľoch výskumu, dobrovoľne poskytli súhlas s účasťou a mali možnosť kedykoľvek odstúpiť. Údaje boli anonymizované a spracované v súlade so zásadami dôvernosti a ochrany osobných údajov (Kalenda, Kočvarová, 2022).

Charakteristika výskumného súboru

Výskumný súbor tvorilo osem participantov – študentov UTV na Detašovanom pracovisku bl. Sáro Salkaházi v Rožňave, ktoré pôsobí pri Vysoké škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o. V akademickom roku 2025/2026 má UTV v Rožňave spolu 71 študentov (26 v 1. ročníku a 45 v 2. ročníku), pričom ide o dvojročné záujmové štúdium so zameraním na spoločenské, sociálne a zdravotnícke témy.

Participant boli vybraní zámerným výberom (purposive sampling), s cieľom zachytiť rozmanitosť skúseností a motívov. Výber zohľadňoval pohlavie, vek, dĺžku účasti na štúdiu a osobnú ochotu zapojiť sa do rozhovoru. Vzorka zahŕňala štyroch študentov 1. ročníka (začínajúci poslucháči) a štyroch študentov 2. ročníka (pokročilí účastníci).

Veková štruktúra participantov sa pohybovala od 55 do 76 rokov, pričom prevládali ženy, čo zodpovedá dlhodobému trendu feminizácie vzdelávania seniorov (Nováková, Lorenzová, 2020; Zanolitová a kol., 2022). Väčšina participantov mala

ukončené stredoškolské alebo vysokoškolské vzdelanie, no dôležitejším kritériom než formálna kvalifikácia bola vnútorná motivácia a záujem o učenie.

Rozhovory prebiehali v uvoľnenej atmosfére v priestoroch UTV a trvali 30–45 minút. Každému účastníkovi bol pridelený pseudonym (napr. „Participant 1“, „Participant 2“), čím bola zachovaná anonymita. Všetci účastníci podpísali informovaný súhlas so spracovaním údajov v súlade s etickými zásadami výskumu v sociálnych vedách (Kalenda, Kočvarová, 2022).

Výsledky výskumu

V nasledujúcej časti sú prezentované zistenia výskumu v nadväznosti na formulovanú hlavnú výskumnú otázku a šesť parciálnych výskumných otázok. Analýza rozhovorov s ôsmimi participantmi umožnila identifikovať niekoľko kľúčových kategórií, ktoré vyjadrujú ich motivácie, skúsenosti a významy spojené so štúdiom na UTV. Proces kódovania prebiehal v troch fázach – otvorenom, axiálnom a selektívnom kódovaní (Corbin, Strauss, 2015; Charmaz, 2014).

1. Otvorené kódovanie

V úvodnej fáze boli rozhovory doslovne transkribované a analyzované riadok po riadku s cieľom zachytiť kľúčové témy, pojmy a významy, ktoré sa objavovali v spontánných výpovediach účastníkov.

Na základe tohto procesu sa identifikovalo 13 otvorených kategórií:

Oblasť	Otvorená kategória	Príklad výpovede
Motivačné faktory	Túžba po poznaní	„Chcem, aby mi to ešte myslelo, aby som nezakrpatel.“
	Seberealizácia	„Dokazujem si, že aj po šesťdesiatke sa dá niečo nové naučiť.“
	Sociálny kontakt	„Najviac sa teším, že nie som doma sama.“
Skúsenosti z učenia	Intelektuálna stimulácia	„Prednášky mi otvárajú oči, zrazu vidím veci inak.“
	Emocionálne povzbudenie	„Z tých stretnutí čerpám radosť a pokoj.“
	Prekonanie stereotypu	„Konečne mám dôvod sa tešiť na utorok.“
Osobnostné zmeny	Nový životný rytmus	„Odchod do dôchodku bol šok, toto mi dalo nový režim.“
	Sebahodnota	„Cítim sa znovu potrebná.“
Sociálne dimenzie	Komunita a priateľstvo	„Sme ako rodina, držíme spolu.“
	Spolupatričnosť	„Cítim, že niekam patríť.“
Bariéry	Zdravotné limity	„Niekedy nohy neslúžia, ale prídem.“
	Digitálna neistota	„S počítačom bojujem, ale učím sa.“
Zdroje podpory	Podpora od lektorov a rodiny	„Dcéra ma povzbudzuje, aby som neprestala.“

2. Axiálne kódovanie

V tejto fáze boli jednotlivé otvorené kategórie zoskupené do vyšších tematických celkov, ktoré vyjadrujú vzájomné vzťahy medzi motiváciami, skúsenosťami, bariérami a dôsledkami učenia.

Výsledkom bolo vytvorenie štyroch hlavných osí (axí):

1. Os A – Vnútorne motívy učenia

Prepája kódy ako túžba po poznaní, sebarealizácia, pocit kompetencie. Učenie sa tu javí ako nástroj naplňovania potreby autonómie a kompetencie (SDT).

2. Os B – Sociálne zakotvenie a komunita

Spája kódy priateľstvo, spolupatričnosť, emocionálna opora. UTV sa stáva komunitou, ktorá redukuje osamelosť a podporuje vzťahovosť.

3. Os C – Transformačné účinky učenia

Zahrňa zmenu identity, nový životný rytmus, sebaobnovu po odchode do dôchodku.

Tento proces možno chápať ako učenie vedúce k sebaaprekonaniu a obnoveniu zmyslu života.

4. Os D – Bariéry a reziliencia

Integruje zdravotné limity, technologické ťažkosti, ale aj vytrvalosť a odhodlanie.

Poukazuje na schopnosť seniorov adaptovať sa a prekonávať prekážky vďaka vnútornej motivácii.

Vzájomné prepojenia týchto osí odhalili základný vzorec:

„Učenie ako proces, ktorý spája osobný rast, sociálnu integráciu a zvládanie starnutia.“

3. Selektívne kódovanie

V záverečnej fáze analýzy sa všetky osi zjednotili do jadrovej (ústrednej) kategórie: „Učenie ako zmysluplné starnutie“.

Táto kategória reprezentuje centrálné chápanie fenoménu zo strany participantov – učenie ako spôsob, ako dať starnutiu pozitívny význam, udržať kontinuitu identity a prežívať pocit životnej hodnoty.

Tento model predstavuje odpoveď na hlavnú výskumnú otázku – ako študenti UTV vnímajú a prežívajú proces učenia, aké významy mu pripisujú a aké motívy ich vedú k účasti na vzdelávaní.

Selektívne kódovanie umožnilo vyskladať teoretický model učenia seniorov, ktorý pozostáva z troch vzájomne previazaných dimenzií:

1. Kognitívna dimenzia – učenie ako aktivácia mysle a zdroj poznania,
2. Sociálna dimenzia – učenie ako priestor spolupatričnosti,
3. Existenciálna dimenzia – učenie ako spôsob hľadania zmyslu a životnej rovnováhy.

1. Motivačné zdroje účasti

Účastníci vstupovali do štúdia s rozličnými, často kombinovanými motívmi. Najčastejšie išlo o poznávaciu motiváciu – túžbu dozvedieť sa niečo nové, udržiavať

mysleť aktívnu a „nezakrpatieť“. Viacerí participanti zdôraznili, že učenie je pre nich „liek na pasivitu“ a spôsob, ako „mať dôvod ráno vstať“.

Druhú významnú oblasť predstavovala sociálna motivácia – potreba stretávať sa s ľuďmi, byť súčasťou komunity a „nebyť sám“. U niektorých prevládala aj sebaupracovávajúci motív, teda snaha dokázať si, že sa ešte v staršom veku dokážu učiť nové veci. Tieto zistenia sú v súlade s poznatkami Novákovej a Lorenzovej (2020) či Hachema (2023), ktorí poukazujú na vnútorný charakter motivácie seniorov k učeniu.

Zistenia v tejto oblasti priamo odpovedajú na parciálnu výskumnú otázku č. 1 a ukazujú, že seniori vstupujú do štúdia na základe vnútorných motívov – túžby po poznaní, sebarealizácii a sociálnej spolupatričnosti.

2. Skúsenosť učenia sa a prežívanie štúdia

Participanti opisovali učenie na UTV ako proces, ktorý presahuje formálne vzdelávanie. Štúdium vnímali ako obohacujúce, inšpirujúce a posilňujúce. Mnohí uvádzali, že prednášky im pomohli „otvoriť nové obzory“, ale zároveň „zmeniť pohľad na vlastné starnutie“. Vzdelávanie chápali ako zmysluplnú aktivitu, ktorá dodáva životu štruktúru a perspektívu.

Niektoré výpovede naznačovali aj transformačný rozmer učenia – zmeny v hodnotách, postojoch či životných prioritách. Viacerí spomínali, že štúdium im prinieslo „nový zmysel po odchode do dôchodku“ a pomohlo prekonať obdobie prázdnoty alebo straty blízkeho človeka. Tento rozmer učenia ako osobnej obnovy potvrdzujú aj zahraničné štúdiá (Tang a kol., 2021; Ackermann, Seifert, 2021).

Zistenia v tejto oblasti zodpovedajú parciálnym výskumným otázkam č. 2 a 3, pričom poukazujú na to, že učenie seniori prežívajú ako emocionálne obohacujúce a transformačný proces, ktorý prináša nové životné zmysly a sebahodnotu.

3. Sociálny rozmer a komunita

Jedným z najvýraznejších výsledkov je sociálna funkcia UTV. Participanti považovali kolektív za „druhú rodinu“, zdroj priateľstva, humoru a emocionálnej podpory. Štúdium v skupine znižovalo pocity osamelosti a posilňovalo sociálne väzby, čo prispievalo k subjektívnej spokojnosti a pohode.

V tomto zmysle sa UTV javí ako priestor sociálneho zakotvenia a začlenenia, čo korešponduje so zisteniami Zanolitovej a kol. (2022) i Škodu (2023). Táto časť prináša odpoveď na parciálne výskumné otázky č. 3 a 5, keďže potvrdzuje, že vzdelávanie na UTV napĺňa potrebu spolupatričnosti, sociálnej integrácie a vytvára komunitný rámec učenia.

4. Bariéry a výzvy učenia v seniorskom veku

Hoci väčšina participantov vnímala štúdium pozitívne, vyskytli sa aj prekážky. Išlo najmä o zdravotné problémy, obmedzené finančné možnosti, dopravnú dostupnosť a technologické zručnosti pri práci s elektronickými materiálmi. Napriek týmto ťažkostiam však prevažovala vysoká miera spokojnosti a odhodlania „neprestať sa učiť“. Tento postoj zodpovedá zisteniam Kalendu a Kočvarovej (2022), ktorí opisujú vnútorne motivovaných seniorov ako skupinu s vysokou psychologickou rezilienciou. Zistenia k tejto téme reagujú na parciálnu výskumnú otázku č. 4 a ukazujú, že aj

napriek zdravotným či technologickým bariéram sú účastníci schopní udržať vysokú mieru motivácie a reziliencie.

5. Jadrová (centrálna) kategória: Učenie ako zmysluplné starnutie

Na základe syntézy jednotlivých kategórií bola identifikovaná jadrová kategória: Učenie ako zmysluplné starnutie. Táto kategória vyjadruje, že pre účastníkov nie je UTV iba priestorom pre vzdelávanie, ale aj symbolickým rámcom aktívneho života, sebareflexie a sociálnej spolupatričnosti. UTV sa tak stáva nástrojom udržiavania psychickej vitality, sociálnej identity a pocitu hodnoty.

Táto jadrová kategória integruje odpovede na všetky formulované výskumné otázky. Ukazuje, že učenie v seniorskom veku má poznávací (otázky 1–2), sociálny (otázky 3–4) aj existenciálny rozmer (otázky 5–6). V ich syntéze vzniká teoretický model učenia ako zmysluplného starnutia – centrálneho fenoménu skúmaného výskumu.

Diskusia

Výsledky realizovaného kvalitatívneho výskumu poukázali na to, že motivácie a skúsenosti študentov UTV majú mnohorozmerný a dynamický charakter. Učenie seniorov nie je len procesom získavania poznatkov, ale predovšetkým spôsobom sebarealizácie, sociálnej integrácie a zmysluplného prežívania starnutia. Tento výskum potvrdzuje a zároveň rozširuje poznatky domácich i zahraničných autorov, ktorí sa zaoberajú vzdelávaním v staršom veku.

Motivácia k učeniu a sebarealizácia

Participanti opisovali štúdium na UTV ako priestor pre osobný rast, udržiavanie mentálnej aktivity a pocit životnej hodnoty. Tento vnútorný, intrinziicky orientovaný motivačný profil sa zhoduje s výsledkami výskumov Novákovej a Lorenzovej (2020), ktoré zistili, že hlavnými dôvodmi účasti seniorov na UTV sú záujem o poznanie, túžba po sebazdokonaľovaní a prevencia sociálnej izolácie.

Podobné zistenia prinášajú aj zahraničné štúdie. Ackermann a Seifert (2021) vo Švajčiarsku preukázali, že vnútorná motivácia, radosť z učenia a pocit osobného rastu sú silnejšími prediktormi účasti na prednáškach UTV než demografické ukazovatele či praktické dôvody. Hachem (2023) v kvalitatívnom výskume na UTV v Libanone opísal učenie seniorov ako „priestor obnovy identity“ a proces, ktorý posilňuje pocit autonómie a kompetencie – presne tie potreby, ktoré opisuje Teória seba-determinácie (SDT) (Deci, Ryan, 2017).

Výsledky nášho výskumu tieto zistenia potvrdzujú: motivácia účastníkov mala prevažne vnútorný charakter, pričom významnú úlohu zohrávala autonómia voľby tém, možnosť slobodne sa rozhodovať o účasti a pocit sebaúčinnosti pri zvládaní nových poznatkov. Učenie sa tak stávalo nielen cieľom, ale aj formou potvrdenia vlastnej hodnoty a aktívneho prístupu k starnutiu.

Skúsenosť učenia a jeho transformačný rozmer

Participanti opakovane opisovali, že štúdium na UTV vnímajú ako obohacujúcu skúsenosť, ktorá presahuje samotný obsah prednášok. Učenie prinášalo radosť, inšpiráciu, ale aj psychologickú stabilitu v období životných zmien (odchod do dôchodku, strata blízkeho, zmena sociálnej roly). Tento moment je plne v súlade s

Illerisovou (2018) koncepciou transformačného učenia, kde sa učenie chápe ako proces osobnej zmeny v oblasti identity, hodnôt a sebapoznania.

Podobné zistenia opisuje aj výskum Tang a kol. (2021), podľa ktorého napĺňanie základných psychologických potrieb – autonómie, kompetencie a vzťahovosti – výrazne prispieva k subjektívnej pohode a duševnej vitalite seniorov. Aj v mojom výskume účastníci hovorili o tom, že učenie im „dodáva energiu“, „prináša radosť“ a „pomáha prekonať pocit prázdna po odchode z práce“.

Z hľadiska osobnostného rozvoja sa u väčšiny participantov prejavila tendencia rekonštruovať vlastnú identitu – prejsť z role „pasívneho dôchodcu“ do role „aktívneho študenta“. Táto zmena sebapoznania zodpovedá zisteniam Hachema (2023), ktorý označuje učenie v staršom veku za „akt symbolického znovuzrodenia“.

Sociálna dimenzia učenia a komunitná funkcia UTV

Kľúčovým zistením výskumu je výrazný sociálny rozmer vzdelávania. UTV pre väčšinu participantov predstavovala miesto priateľstva, spolupatričnosti a emocionálnej podpory. Tento výsledok silne korešponduje so zisteniami Zanovitovej a kol. (2022), ktorí v slovenskom prostredí potvrdili, že sociálna interakcia a kolektívna atmosféra patria k najväčším prínosom UTV.

České longitudinálne výskumy (Škoda, 2023) navyše poukazujú, že v priebehu rokov dochádza k posunu v motiváciách seniorov – od kognitívnych cieľov k sociálno-komunitným. To sa potvrdilo aj v tomto výskume: účastníci 2. ročníka vnímali priateľské väzby a spoločné zážitky ako dôležitejší zdroj spokojnosti než samotný obsah štúdia.

Zahraničné štúdie tento trend takisto zaznamenávajú. Napríklad práce Ackermanna a Seiferta (2021) či Hachema (2023) opisujú UTV ako mikrokomunity sociálneho učenia, ktoré podporujú medzigeneračnú solidaritu, emocionálnu pohodu a sociálnu súdržnosť. Výsledky môjho výskumu potvrdzujú, že sociálna integrácia je rovnocenným výstupom vzdelávacieho procesu, nie iba jeho sprievodným javom.

Bariéry a prekážky účasti

Aj napriek prevažne pozitívnemu hodnoteniu štúdia participanti pomenovali niekoľko bariér učenia v seniorskom veku – najmä zdravotné obmedzenia, dopravu a nedostatok digitálnych zručností. Tieto zistenia sa zhodujú s výsledkami Kalendu a Kočvarovej (2022), ktorí identifikovali tzv. *dispozičné prekážky* účasti dospelých vo vzdelávaní – obavy zo zlyhania, nízke sebahodnotenie či nedostatok sociálnej podpory. Zaujímavé je, že podobné bariéry však participant neprežívali ako demotivujúce; skôr ich vnímali ako „prekonateľné výzvy“. Tento postoj odhaľuje vysokú mieru reziliencie a vnútornej motivácie, čo je v zhode s výsledkami výskumu Vaculíkovej a kol. (2024), ktorí opisujú seniorov zapojených do neformálneho vzdelávania ako skupinu s výraznou autonómiou a orientáciou na rast.

Teoretické implikácie a prínos pre prax

Na základe interpretácie výsledkov možno povedať, že proces učenia seniorov na UTV spája tri základné dimenzie:

1. Kognitívnu – túžbu po poznaní a intelektuálnej stimulácii,
2. Sociálnu – potrebu spolupatričnosti a komunitnej identity,
3. Existenciálnu – hľadanie zmyslu a sebapotvrdenia v období starnutia.

Tento model potvrdzuje platnosť princípov Teórie seba-determinácie (Deci, Ryan, 2017), ale rozširuje ju o aspekt zmysluplného starnutia, ktorý vo výskume vystupuje ako jadrová kategória.

Z praktického hľadiska majú výsledky implikácie pre rozvoj programov UTV:

- posilniť autonómiu študentov (napr. možnosť voľby tém či metód práce),
- podporovať sociálne učenie a komunitu (skupinové projekty, spoločné akcie),
- a rozvíjať digitálnu gramotnosť seniorov, ktorá sa javí ako kľúčová pre inkluzívne vzdelávanie.

UTV tak môže byť chápaná nielen ako vzdelávacia inštitúcia, ale aj ako prostriedok aktívneho a dôstojného starnutia, čo je v súlade so stratégiou WHO (2015) o podpore zdravého starnutia.

Záver

Realizovaný kvalitatívny výskum zameraný na motivácie a skúsenosti študentov UTV na Detašovanom pracovisku bl. Sáro Salkaházi v Rožňave ako organizačnej zložky Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o. priniesol hlbšie poznanie procesov učenia a prežívania osôb vyššieho veku v prostredí neformálneho vzdelávania. Výskum potvrdil, že vzdelávanie v seniorskom veku predstavuje významný zdroj osobného rastu, sociálnej integrácie a zmysluplného prežívania starnutia. Výskum sa opieral o zakotvenú teóriu, ktorá umožnila pochopiť fenomén učenia z perspektívy samotných participantov a odhaliť významy, ktoré študenti pripisujú svojej účasti na štúdiu. Cieľ výskumu – porozumieť motiváciám a skúsenostiam študentov UTV – bol naplnený v plnom rozsahu.

Hlavné zistenia

Z analýzy rozhovorov vyplynulo, že učenie v seniorskom veku má integrujúci charakter – prepája kognitívnu, sociálnu a existenciálnu rovinu života. Účastníci opisovali štúdium ako spôsob udržiavania duševnej aktivity, získavania nových poznatkov, ale zároveň ako príležitosť nadviazať sociálne kontakty, byť užitočný a prežívať pocit spolupatričnosti. Pre mnohých študentov znamená UTV aj zmysluplné naplnenie času po odchode z pracovného života a prevenciu osamelosti.

Tieto výsledky potvrdzujú, že seniori sú motivovaní najmä vnútornými faktormi – radosťou z učenia, sebarealizáciou a potrebou osobného rastu. Vonkajšie faktory, ako certifikát alebo formálne uznanie, zohrávali len okrajovú úlohu. Tento záver korešponduje so zisteniami Novákovej a Lorenzovej (2020) a Ackermanna a Seiferta (2021), ktorí zdôrazňujú intrinzickú motiváciu ako kľúčovú pri vzdelávaní seniorov. Analýza ďalej ukázala, že učenie na UTV je často transformačnou skúsenosťou – pomáha seniorom zvládať prechod do dôchodku, vyrovnávať sa so stratami, nachádzať nové životné ciele a znovuobjavovať vlastnú hodnotu. Tento transformačný rozmer učenia je v súlade s teóriou Illerisa (2018), podľa ktorej proces učenia vedie nielen k rozvoju vedomostí, ale aj k zmenám v identite a sebaopoňatí.

Zároveň sa potvrdil výrazný sociálny rozmer štúdia, ktorý možno chápať ako zdroj emocionálnej podpory a pocitu začlenenia. UTV sa pre mnohých účastníkov stala komunitou, ktorá nahrádza alebo dopĺňa tradičné sociálne siete (rodinu, pracovné kolektívy). Tento aspekt je plne v súlade so zisteniami Zanolitovej a kol. (2022) a

Škodu (2023), ktorí konštatujú, že vzdelávanie seniorov má nielen poznávací, ale aj sociálno-preventívny a terapeutický účinok.

Identifikované bariéry účasti – zdravotné obmedzenia, doprava, digitálna negramotnosť – síce predstavujú reálne výzvy, no študenti ich vnímali ako prekonateľné. Napriek týmto limitom prevažovala pozitívna orientácia na učenie a silné presvedčenie o jeho prínose. Tým sa potvrdzuje vysoká reziliencia seniorov, o ktorej hovoria Kalenda a Kočvarová (2022) a Vaculíková a kol. (2024).

Teoretické, metodologické a praktické implikácie

Z teoretického hľadiska výsledky podporujú Teóriu seba-determinácie (Deci, Ryan, 2017), podľa ktorej naplnenie potrieb autonómie, kompetencie a vzťahovosti vedie k udržateľnej vnútornej motivácii. UTV tieto potreby prirodzene napĺňa – umožňuje slobodný výber tém (autonómia), rozvoj schopností (kompetencia) a vytváranie vzťahov (vzťahovosť).

Empiricky výskum rozvíja existujúce poznatky o učení seniorov v slovenskom kontexte. Zatiaľ čo väčšina doterajších štúdií využívala kvantitatívne prístupy (dotazníky spokojnosti, frekvenciu účasti), tento výskum ukázal, že kvalitatívna analýza výpovedí prináša hlbšie pochopenie subjektívnych významov učenia. Zakotvená teória sa ukázala ako vhodný rámec na zachytenie komplexných procesov motivácie, prežívania a osobného rastu.

Z metodologického hľadiska sa potvrdila vhodnosť pološtruktúrovaných rozhovorov ako nástroja pre prácu so seniorskou populáciou – poskytujú priestor pre dôveru, otvorenosť a naratívne vyjadrenie skúseností. Dôležitým prvkom bolo aj uplatnenie konštantnej komparatívnej metódy, ktorá umožnila identifikovať jadrovú kategóriu „Učenie ako zmysluplné starnutie“.

Limity výskumu

Výskum mal obmedzený rozsah, čo je typické pre kvalitatívne prístupy. Účastníkmi bolo osem študentov z jedného pracoviska UTV, čo síce umožnilo hĺbkovú analýzu, no výsledky nemožno generalizovať na všetky UTV. Ďalším limitom je, že výskum zachytil situáciu v jednom časovom období – nepostihuje teda vývoj motivácií v dlhšom horizonte. Napriek tomu majú výsledky vysokú výpovednú hodnotu a prinášajú teoretické i praktické podnety pre andragogickú prax.

Význam pre teóriu a prax

Výsledky potvrdzujú, že vzdelávanie seniorov je dôležitým nástrojom podpory aktívneho a dôstojného starnutia. Učenie v neskoršom veku významne prispieva k subjektívnej pohode, sociálnej integrácii a posilňovaniu identity. V teoretickej rovine práca obohacuje poznanie o učení seniorov o kvalitatívny, skúsenostný rozmer a ponúka nový koncept „učenia ako zmysluplného starnutia“. V aplikačnej rovine poskytuje konkrétne podnety pre zlepšenie praxe Univerzít tretieho veku a sociálnej práce so seniormi.

Odporúčania pre prax

1. Posilniť autonómiu študentov – študenti budú viac zapájaní do rozhodovania o obsahu a forme prednášok.

2. Podporovať komunitné učenie – UTV bude rozvíjať skupinové projekty, medzigeneračné aktivity a študentské kluby.
3. Zohľadňovať individuálne potreby – vzdelávacie programy budú prispôbované tempu, zdravotným možnostiam a skúsenostiam účastníkov.
4. Rozvíjať digitálne kompetencie seniorov – do ponuky kurzov sa budú začleňovať programy zamerané na prácu s technológiami.
5. Prepojiť UTV s miestnou komunitou a samosprávou – bude sa posilňovať partnerstvo s inštitúciami podporujúcimi aktívne starnutie.
6. Zabezpečiť udržateľné financovanie – bude sa hľadať podpora vo verejných a neziskových zdrojoch.
7. Pokračovať vo výskume – budú realizované longitudinálne a komparatívne štúdie naprieč rôznymi pobočkami UTV.

Zhrnutie

Učenie v seniorskom veku nie je iba akt poznania, ale predovšetkým akt životnej vitality, sociálnej participácie a hľadania zmyslu. UTV preto zohrávajú významnú úlohu nielen vo vzdelávacom, ale aj v psychosociálnom a komunitnom rozmere života seniorov. Výsledky tohto výskumu potvrdzujú, že podpora vzdelávania osôb staršieho veku je investíciou do kvality života, medzigeneračnej solidarity a spoločenskej kohézie.

BIBLIOGRAFIA

ACKERMANN, U., SEIFERT, A. 2021. Older Adults' Engagement in Senior University Lectures and the Role of Individual Motivations. In *Frontiers in Education*. ISSN 2504-284X, 2021, roč. 6, čl. 591481. DOI 10.3389/educ.2021.591481.

BRYANT, A., CHARMAZ, K. (eds.) 2019. *The SAGE Handbook of Current Developments in Grounded Theory*. London: SAGE Publications, 656 s. ISBN 978-1-5264-2700-8.

CHARMAZ, K. 2014. *Constructing Grounded Theory*. 2. vyd. London: SAGE Publications. ISBN 978-1-4462-0893-5.

CORBIN, J., STRAUSS, A. 2015. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 4. vyd. Thousand Oaks: SAGE Publications. ISBN 978-1-4129-9746-1.

DECI, E. L., RYAN, R. M. 2017. *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. New York: Guilford Press. ISBN 978-1-4625-2876-9.

HACHEM, H. 2023. Ask them why: Older learners' motivational reasons for learning at a University for the Third Age. In *Studies in the Education of Adults*. ISSN 0266-0830, 2023, roč. 55, č. 1, s. 7–28. DOI 10.1080/02660830.2022.2040347.

HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál, 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

HU, H.-M., et al. 2024. A Qualitative Study on Why Older Adults May Be Reluctant to Participate in Learning Activities. In *Adult Education Quarterly*. ISSN 0741-7136, 2024. DOI 10.1177/14779714231191354.

ILLERIS, K. 2018. *Contemporary Theories of Learning*. 2. vyd. London: Routledge. ISBN 978-1-138-21459-7.

KALENDA, J., KOČVAROVÁ, I. 2022. "Why don't they participate?" Reasons for nonparticipation in adult learning and education from the viewpoint of self-determination theory. In *European Journal for Research on the Education and Learning of Adults*. ISSN 2000-7426, 2022, roč. 13, č. 2, s. 193–208. DOI 10.3384/rela.2000-7426.3535.

NOVÁKOVÁ, D., LORENZOVÁ, J. 2020. Motivation of seniors to learn at the Universities of the Third Age. In *Sociální pedagogika / Social Education*. ISSN 1805-8825, 2020, roč. 8, č. 2, s. 112–122. DOI 10.7441/soced.2020.08.02.07.

SOUTSCHEK, A., et al. 2021. Reconciling psychological and neuroscientific accounts of apathy and reduced motivation in aging. In *Trends in Cognitive Sciences*. ISSN 1364-6613, 2021, roč. 25, č. 8, s. 774–788. DOI 10.1016/j.tics.2021.05.003.

ŠKODA, J. 2023. Semilongitudinální výzkum změn v motivaci ke vzdělávání v kontextu univerzit třetího věku. In *Lifelong Learning – celoživotní vzdělávání*. ISSN 1804-526X, 2023, roč. 13, č. 1, s. 31–48.

TANG, M., et al. 2021. The Contribution of Basic Psychological Need Satisfaction to Well-Being: A Cross-Cultural Study. In *Frontiers in Psychology*. ISSN 1664-1078, 2021, roč. 12, čl. 734461. DOI 10.3389/fpsyg.2021.734461.

VACULÍKOVÁ, J., et al. 2024. Participation in non-formal adult education within the digital era: A cross-national study. In *Frontiers in Education*. ISSN 2504-284X, 2024, roč. 9, čl. 1380865. DOI 10.3389/educ.2024.1380865.

WANG, Y., WANG, M.-T., et al. 2024. A Systematic Review and Meta-Analysis of Self-Determination Theory-Based Interventions in Academic Settings. In *Educational Psychology Review*. ISSN 1040-726X, 2024, roč. 36, čl. 82. DOI 10.1007/s10648-024-09709-5.

WHO. 2015. *World Report on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-156504-2.

ZANOVITOVÁ, M., KALÁNKOVÁ, D., LEPIEŠOVÁ, M., FARSKÝ, I. 2022. Hodnotenie štúdií na univerzite tretieho veku z pohľadu poslucháčov. In *Lifelong Learning – celoživotní vzdělávání*. ISSN 1804-526X, 2022, roč. 12, č. 1, s. 33–55.

Kontakt

PhDr. Marek Koltáš, PhD., MBA

E-mail: marek.koltas@vssvalzbety.sk

INTERVENTION POTENTIAL OF INTERGENERATIONAL DIALOGUE IN REDUCING SOCIO-PATHOLOGICAL RISKS IN THE FAMILY SYSTEM

Kováč Ernest¹, Kováč Tomáš², Belko Jozef³

¹*Academy of the Police Force in Bratislava*

²*Comenius University in Bratislava, Faculty of Arts*

³*Institute of Education and Personal Development Bratislava*

Abstract

The presented paper focuses on the theoretical analysis and discussion of the intervention potential of intergenerational dialogue as a key mechanism in the reduction of socio-pathological risks and the minimization of conflict areas within the contemporary family system. In the context of societal changes that have led to family disintegration, the weakening of traditional ties, and the emergence of a communication gap between generations, we emphasize the fundamental role of dialogue based on equality, tolerance, and active listening. We identify dialogue as a fundamental element in the two-way transfer of values, knowledge, and experience in the process of intergenerational learning. The paper argues that effective interaction between generations, which presupposes mutual understanding and recognition, is an essential prerequisite for building family cohesion and stability. Ultimately, such a dialogical approach is a necessary predictor of social responsibility and a significant tool for prevention against undesirable and socio-deviant behaviour.

Key words: Intergenerational dialogue, family system, socio-pathological risks, intergenerational relationships, communication, prevention, intergenerational learning.

Introduction

The issue of interpersonal relationships and the quality of communication within them is currently one of the critical factors for society, as these relationships are the supportive structure of social life and the formation of every individual. Contemporary societal changes, characterized by a dynamic pace, globalization, and the advent of new technologies, have fundamentally influenced and transformed the structure of the family, its forms, and above all, the relationships between individual generations. These factors have led to the fragmentation of relationships, the weakening of emotional ties, and an increase in intergenerational conflicts, which are disruptive to society and negatively affect all involved parties. In the context of these transformative processes, intergenerational relationships are rightly becoming the subject of increased attention in sociology, social pedagogy, and social psychology. Although conflicts between generations have always been present, current conditions—including the increasing age gap between generations and different socio-cultural environments—make mutual understanding difficult and highlight the shortcomings of individual generations. In the traditional family, cohabitation, shared economy, and accepted authority contributed to the stability of relationships, but modern society and the construction of two-generation housing estates isolated the third generation and contributed to the reduction of generational cohesion. Based on

these findings, we consider open communication and dialogue to be vitally important means of ensuring harmony and understanding in interpersonal relationships.

The goal of this paper is to theoretically examine and justify why and how intergenerational dialogue represents an effective tool for the prevention of socio-pathological phenomena. We emphasize that the basis for minimizing unnecessary conflicts is the willingness to see not only oneself but also one's loved ones when fulfilling needs, a problem that carries a significant socio-pedagogical accent. The paper further analyses the function of dialogue in the context of intergenerational learning as a lifelong informal education that supports the two-way transfer of important values, traditions, and knowledge, thereby strengthening family cohesion and the formation of the individual's personality.

Interpersonal Dynamics and the Functionality of Communication Processes

Interpersonal relationships form the fundamental structure of social life and are a key determinant of the psychosocial development of every individual. From a psychological perspective, they represent the matrix in which social learning, identity formation, and cognitive and emotional growth are realized. They are the mechanism through which socialization and the integration of the individual into the broader social network (family, friendships, professional environment) occur. From a sociological perspective, the sum of these microstructures forms the social cohesion of society. Therefore, maintaining harmony and mutual understanding within these interpersonal dynamics is a critical requirement for preserving social stability and the full social functionality of the actors.

The fulfillment of the requirement for harmonious relationships necessitates open communication and effective dialogue. Currently, however, there is a marked increase in dysfunctional interpersonal interactions, which originate in a complex range of factors. These conflict states are often the result of communication barriers, discrepancy in value systems, and a deficit of mutual respect and recognition of the other actor. From a psychological perspective, this dysfunction manifests as a failure of empathy processes (the ability to feel into the cognitive and emotional schema of the other) and a tendency toward selective listening. Modern communication is often shifted from seeking consensus and a common solution to the dominance of persuasive techniques and the effort to confirm one's own narrative at the expense of active reflection of the partner's opinion. These conflict situations have a latent negative effect on the mental health of all involved parties and represent a destructive element for the social microclimate.

We agree with expert conclusions (Pagáčová, 2021) that identify tolerance, empathy, respect, cultured communication, and constructive conflict resolution as fundamental psychosocial competencies necessary for optimizing relationships³⁵. From the perspective of social work, addressing these problems with a significant socio-pedagogical accent (Škoviera-Bellová, 2018) is crucial for the prevention of socio-pathological phenomena. The changes that society is constantly undergoing (technological progress, acceleration of the pace of life) have a direct impact on the individual, family, and broader social system. The sociology of the family points to the

transformation of traditional family roles and the weakening of cohesive ties. This is precisely why the search for understanding and the minimization of conflict is considered an intervention priority. The effort to accommodate the needs not only of oneself but also the needs of loved ones represents a necessary step toward the restoration of family cohesion. In these intervention processes, social work uses a systemic perspective, where the individual is viewed in the context of their social environment, and dialogue serves as a tool to strengthen the client's skills and autonomy in solving their interpersonal problems. The ability to communicate and listen is viewed in this context as a fundamental skill of social interaction, the cultivation of which is the goal of comprehensive social intervention.

Intergenerational Dynamics and Dialogue in the Context of Social Sciences

Interpersonal relationships represent the fundamental structure of social life and are an essential determinant of the psychosocial development of every individual. Within this structure, intergenerational relationships occupy the position of a key mechanism through which social transmission, value formation, and the securing of societal continuity occur. While in the past their development and maintenance took place organically, today this issue has become the central object of scientific-research interest, primarily within sociological theories (Svetlíková, 2018). The basis for understanding intergenerational dynamics is the sociological concept of generation. Jandourek (2012, p. 35) defines a generation as a large cohort of individuals united by the same way of thinking and the experience of important life moments in shared historical and cultural conditions. This definition goes beyond a simple chronological interval (which ranges from 10 to 30 years, see McCrindle-Wolfinger, 2010), and refers to shared social signs, technologies, and experiences. A key contribution to this topic is the theory of Karl Mannheim (1928), who states that the different consciousness of generations stems from different opinions and attitudes that arise as a reaction to a common social and historical environment. Suitable conditions can lead to the formation of a specific generational lifestyle and value orientation, which is often in dissonance with the dominant style of society. In this way, generations become actors of social events (Ondrejko, 2013). The issue of relationships between generations is thus directly linked to questions of the structure of society, the placement of age cohorts in this structure, and their share in social mobility and power (Gaspárecz, 2018). Intergenerational relationships are therefore legitimately examined from the perspective of sociology, social pedagogy, and social psychology (Ondrejko, 2013), analysing their influence on the dynamics of society, upbringing, education, the experience of social processes, and personality formation.

The creation, maintenance, and cultivation of intergenerational relationships is a core task of a person in all their developmental phases (adolescence, adulthood, senior age), as they directly influence psychological, physical, moral, and personal development (Jablonský, 2018). For harmony and understanding to prevail within these relationships, open and cultured communication and dialogue are essential. Communication, in the sense of transferring, mediating information, and feedback (Turiak, 2018, p. 79), serves as a means of social interaction, establishing contacts, and

mutual recognition. Podmanická (2018) emphasizes that building effective intergenerational communication does not presuppose uniformity of thinking or lifestyles, but the development of a sense of community and responsibility for the transmission of culture, knowledge, customs, and traditions. Dialogue is a necessary prerequisite for mastering this task. In practice, however, there is a dysfunction of communication, where the goal is rather to promote one's own opinion and persuasion than to seek consensus. This shift from authentic dialogue to parallel monologues (Podmanická, 2018) is a reflection of egoism and a deficit in the ability to listen. The basis of effective communication and dialogue is active listening and empathy—the ability to feel into the feelings of the other (Kuberová, 2015). Petlák (2018) defines dialogue as a conversation without losers and winners, which leads to compromise and is based on calm and attentive listening, which excludes unnecessary moralizing and lecturing. In the intergenerational context, it is essential that communication be based on equality, where the older generation shows sensitivity to the needs of the younger, and the younger, conversely, shows tolerance and empathy to the intentions of the older, thereby preventing the interpretation of advice as criticism.

Intergenerational conflicts, which are a natural part of societal dynamics, often stem from the difference in the choice of goals and the means to achieve them (Ondrejko, 2013). To effectively prevent and resolve these conflicts, it is crucial to know the different types of intergenerational relationships. In this context, the typology by Cibulec (1980, p. 20–23) is highly relevant for social work, which divides relationships into seven basic forms:

- Irreconcilable position - characteristic of the younger generation, which is self-oriented and considers intergenerational contact unimportant, or even takes a hostile stance resulting from long-term serious disagreements.
- Subordination - negative manifestation where parents dominantly control their children even in adulthood, leading to the weakening of the autonomy of the younger generation.
- Forced position - involuntary cohabitation of several generations due to external, especially economic, factors, although without the presence of negative attitudes.
- Speculative position - younger members pretend interest in the older generation with the aim of achieving their own material or other needs, leading to the instrumentalization of seniors.
- Buying attention: Parents compensate for the lack of interest of the child with material goods, which has a negative impact on the emotional ties of both generations.
- Liberal position - high tolerance and non-interference in the affairs of others, which can, however, result in the weakening of emotional ties and social isolation.

- Equal relationship - the most desirable type. It is based on positive values, a realistic attitude, equal rights and responsibilities, and is built on mutual respect and tolerance. It creates a relaxed environment and a minimum of conflict situations that are resolvable through effective communication.

Logically, the equal relationship should be the target state of all intergenerational relationships. In such a relationship, members are recognized as individual beings with their own needs and opinions, with no need to interfere in the lives of others or criticize and change them. This achieves a minimization of conflict and allows for the reasonable and effective resolution of disagreements.

Dysfunctional intergenerational relationships and the failure of communication mechanisms directly correlate with the increase in socio-pathological risks in the family system and society. Generational conflicts become a source of social tension and have a disturbing and negative effect on the psychological well-being of all involved. In the context of the disintegration of family life—where individual members lead their own, parallel lives due to career and interests—there is a communication deficiency and a weakening of emotional ties. From the perspective of social pedagogy, this state is a problem with a significant socio-pedagogical accent (Škoviera-Bellová, 2018). The tendency of youth toward cultural independence and the creation of their own forms of life, subcultures, and values (Ondrejko, 2013, p. 50) requires adequate intervention strategies aimed at the restoration of dialogue. Intergenerational dialogue is understood in this sense as a primary tool of prevention. It allows for the transfer of important information, attitudes, and values, thereby strengthening family cohesion and shaping social responsibility. A key role here is played by intergenerational learning, which is defined as a lifelong, informal, and two-way process where generations exchange knowledge and experience. Effective dialogue leads to compromise and mutual understanding, thereby directly minimizing the potential for the emergence and escalation of socio-pathological phenomena. Petlák (2018) underlines that the transferred knowledge and stories of older generations provide the young with continuity and stability for setting their own way of life, which is critically important for their healthy psychosocial development.

The dynamics of the contemporary world and technological transformation have brought fundamental changes in intergenerational communication. The development of new technologies (internet, mobile communication) has led to the shift of communication to the impersonal sphere. These changes are often counterproductive, as the gap between direct and internet communication increases the boldness and aggression of expressions (Králik, R., Belko, J. 2025, in Tartaraj, A., Belko, J., ed.). This digital inequality between the older and the technologically more experienced younger generation leads to the weakening of emotional ties. One of the most serious impacts of this technological shift is the loss of interest of the younger generation in the stories, experiences, and family history of seniors. The attention of youth is often redirected to the virtual space (YouTubers, celebrities), making the potential of the older generation unused⁹⁴. It is therefore necessary not only to realize but also to disseminate the potential of seniors and their invaluable worth in the area of experience from all spheres of life (Petlák, 2018). For this reason, initiatives such as

the books by Monika Kopřivová (*Grandma, Tell Me → Grandpa, Tell Me*, 2014), which facilitate and make communication more attractive through structured questions and instructions, are extremely important. They support the active participation of both generations and allow for the preservation of important memories.

Based on theoretical analysis and the application of knowledge from the social sciences, it can be stated that the key to social coherence and the prevention of socio-pathological phenomena is the effort for equal intergenerational dialogue. This requires tolerance and understanding from the older generation towards the changing world of youth, and from young people, conversely, the willingness to draw on experience and accept the presence of seniors. Only through cultured, empathetic, and equal communication is it possible to effectively resolve disagreements and ensure the continuity of life in both the individual and social context.

The Family System and Intergenerational Learning

The family and its internal dynamics represent a key determinant for the lifelong development and personality formation of the individual. The environment in which a person grows up has a fundamental influence on their cognitive, emotional, and social schemas. The functionality of the family system, characterized by love, understanding, empathy, and respect, or conversely, misunderstanding and fear, primarily influences the individual's psychosocial context. The family serves as the basic educational institution where the first interpersonal relationships are built. Within this process, the internalization of attitudes, opinions, and values occurs, which subsequently manifest in the individual's behaviour towards the wider social environment. The role of the family is to create conditions for the optimal development of personality and to mediate basic social competencies such as tolerance, respect, mutual functioning, and correct value orientations. In the context of the family system, the concept of intergenerational learning takes on specific significance. Jedličková (2018) characterizes it as a form of lifelong informal education in which family members (regardless of their age) function reciprocally—as both teachers and pupils. This process includes all mechanisms that enable the two-way transfer of information, knowledge, experiences, and attitudes between generations. Interest in intergenerational learning is growing primarily due to demographic changes, the transformation of family models, and the urgent need for lifelong education (Svetlíková, 2018). Within social andragogy, this concept is perceived as "the search for optimal ways in which various social roles can be suitably fulfilled, interpersonal relationships improved, and various intergenerational conflicts resolved" (Határ, 2006, p. 106).

Learning in the family occurs spontaneously, unintentionally, and unconsciously during ordinary daily activities (cooking, family activities, conversations). The younger generation (children and grandchildren) transfers knowledge about modern technologies and current cultural trends to the older generation. Conversely, the older generation passes on practical experiences, knowledge, and behavioural models, often through imitation. The reciprocity of this transfer is key—not only do the elderly teach the young, but adults and seniors also learn from their descendants (Petlák, 2018).

Intergenerational memory belongs to the basic cohesive means of the family. This specific form of collective memory is characterized by interaction and communication between generations. It is constantly renewed through oral accounts, the telling of family history, and the exchange of memories between eyewitnesses and their descendants (Vrzgulová-Voňanská-Salner, 2017). Sharing family history and traditions provides family members with a sense of belonging, identity, and anchoring. The stories of older generations (e.g., about historical events, life changes, traditions) develop in young people a relationship with essential values such as honour, solidarity, respect, and justice. These value schemas are necessary for the building of personality and lifestyle. According to Petlák (2018, p. 24), the connection of young people with the past is crucial, because "the future of young people can be influenced by the past that intersects with it, and this gives the character of continuity and stability of life in the individual and social context". Accepting the presence of the elderly and drawing on their experiences, with simultaneous tolerance and understanding from the elderly towards the young, is the basis for stable family and social development.

The realization of intergenerational learning brings with it multifactorial positive aspects with a direct impact on psychosocial health and social cohesion. From the findings of intergenerational programs (Sánchez, 2010), it is evident that the positive contributions include:

- Reduction of socio-pathological phenomena - seniors become reference points for youth in difficult life situations, which reduces the participation of children and youth in risky and anti-social behaviour (including drug addiction).
- Improvement of mutual attitudes - the negative perception of the younger generation towards the older and vice versa changes.
- Development of social responsibility and integration - the willingness of youth to engage in leisure activities with seniors increases, which reduces social segregation.
- Strengthening of self-esteem and competencies - the sense of personal value, self-confidence, motivation increases in both generations, and social skills and the ability to learn are developed.

The most significant preventive factor lies in the fact that intergenerational learning serves as a tool for the prevention of aggressive and socio-deviant behaviour. In this context, the opinion is key that the best prevention of social deviation is precisely a well-functioning family (Višňovský in Jedličková, 2019). Such a family is characterized by clearly defined norms of cohabitation, time devoted to children, the presence of a positive role model, and love, understanding, tolerance, respect, and reverence as the dominant attributes of family practice. It can be stated that the quality of interpersonal and intergenerational relationships, based on dialogue and mutual tolerance, represents a fundamental contribution not only to the stable psychosocial development of the individual but also to overall societal integrity, as it effectively functions as prevention against undesirable behaviour and social pathology.

Social Transformation and the Reconfiguration of the Family System

The family as an institution represents a social system in constant and reciprocal interaction with the wider societal environment. Its form, internal structure, and

intergenerational relationships are directly influenced by changing societal conditions, with society subsequently reacting to the transformation of the family through special institutional measures (Vrzgulová-Voňanská-Salner, 2017, p. 35). The analysis of the transition from the traditional family structure to contemporary models reveals profound changes that have fundamentally affected the stability and functionality of intergenerational ties.

In the traditional family, the individual's life trajectory was mostly connected with the family economy, and the patriarchal authority (of the senior) was absolute, including decision-making on financial and property matters. Generational cohesion and the cohabitation of several generations were primarily determined by the economic necessity of a common economy and mutual dependence (Svetlíková, 2018). The stability of relationships was ensured by the normative system of the community and a strong religious tradition, which institutionalized the care of infirm and sick family members.

The turning point occurred with the advent of modernity, when the state took over the protective and social function over the family, which led to the gradual weakening of generational cohesion. The development of healthcare and social care transferred responsibility for the sick and seniors to external institutions, thus the family lost its competence in this area (Mészárosová, 2018). The construction of two-generation housing estates in the second half of the 20th century, which led to the isolation of the third generation by its concept, contributed to the fundamental disintegration of traditional multi-generational models and negatively affected the relationships between grandparents, children, and grandchildren (Mészárosová, 2018).

Contemporary Western society, characterized by secularization and globalization (Ondrejko, 2009), led to individualization and an increase in the desire of individuals for self-realization and emancipation. These values gradually substituted traditional norms such as respect, modesty, discipline, and consideration, which led to the so-called crisis of values. Individuals often reject established social norms, resulting in a feeling of disorientation and instability within the family (Ondrejko, 2009). Sociologists point to the fragmentation of relationships and the increase in socio-pathological phenomena, which lead more to an intergenerational monologue than to dialogue and sharing (Tománek, 2018, p. 40).

The postmodern family is, according to Ondrejko (2009, p. 52), inconsistent and its constellations are unclear and often changing, which generates feelings of helplessness and loneliness within the family. Its key characteristics are:

- Decrease in stability and cohesion - extreme forms of instability manifest in a high rate of divorce, the loss of unconditional love, and the absence of respect (Gaspárecz, 2018).
- Demographic changes - an increase in the number of single-person households and a decrease in family size (Tománek, 2018). Despite this, the trend of increasing life expectancy paradoxically creates the potential for a longer cohabitation of several generations in adulthood (Vrzgulová-Voňanská-Salner, 2017).

- Transformation of roles and authority - there is a change in the traditional position and roles of both partners. The father is no longer the sole breadwinner, and the mother is no longer strictly defined only by the domestic sphere. The natural authority of older members declines; seniors are perceived as a burden, and their traditional role as educator is often interpreted by the younger generation as unwanted interference in privacy (Wnuk, 2018, p. 55).
- Change in the status of grandparents - due to prolonged professional activity and an increase in personal self-realization, grandparents are less available today for the role of exclusive childcare (Sychrová, 2018). Sychrová (2018) emphasizes that excessive intervention by grandparents in the upbringing methods or partner relationships of the parents can have just as negative an impact on the family climate as their complete lack of interest or the impossibility of contact due to bad relationships with their own children.

Changes in the societal paradigm—civilization leaps, the crisis of values, and automation—led to the emergence of a communication gap between generations (Wnuk, 2018)¹⁵⁷. The family has evolved from patriarchal to nuclear and finally to postmodern and partnership-based (Matějček, 2017), with many of its original functions (education, care for the sick) being taken over by specialized social institutions (Tománek, 2018). This transformation has fundamentally affected the quality of intergenerational relationships and is the main cause of the increase in intergenerational conflicts.

Origin, Dynamics, and Theoretical Typology of Intergenerational Conflict in the Social Context Conflict represents one of the most frequent topics in professional social science, managerial, and economic literature (Škoviera, 2018). To analyse intergenerational dynamics, it is crucial to understand the theoretical classification and mechanisms of conflict. Conflicts are classified according to various criteria, including their formal side, content framework, intensity (internal vs. external), duration (one-time vs. cyclical), and level (individual, couple, intergroup).

The typology of conflicts identified by Moore (2014), which distinguishes five interconnected categories, is highly relevant for the context of social sciences:

- Relationship conflict - associated with emotional dissonance, antipathies, a deficit in communication skills, and incorrect interpretation of the context of the situation.
- Information conflict - arises due to a lack of information, contradictory information sources, or different cognitive interpretation of data.
- Interest conflict - caused by the incompatibility of the goals or needs of the involved actors.
- Structural conflict - a fault inherent in the system, which manifests, for example, in the non-observance of social roles (in the family, at the workplace) or in different expectations from a partner or institutional role.
- Value conflict - caused by the fundamental incompatibility of two or more value systems.

Table no. 1: Categories of Family Conflicts

Type of Conflict	Description and Causes	Recommended Solution	
Relationship Conflict	Caused by strong negative emotions, prejudices, perceived injustice, or unclear hierarchy. Relationships are toxic; mutual trust is absent.	Requires	long-term work on building trust, improving communication, and mitigating emotions ¹⁷¹ .
Data (Information) Conflict	Arises due to a lack, ambiguity, misinformation, or misunderstanding of information.	Resolved by	openly sharing relevant and verified information, explaining perspectives ¹⁷² .
Interest Conflict	Occurs when one generation believes that the fulfillment of its needs prevents the fulfillment of the needs of the other generation. It is about perceived exclusivity of resources, time, influence, etc.	Requires	negotiation and the search for compromise solutions (win-win) that satisfy both parties ¹⁷³ .
Structural Conflict	Arises from external, structural factors such as lack of resources (finances, space), unequal power , or geographical distance .	Focuses on changing	external conditions or redistributing power and resources within the family ¹⁷⁴ .
Value Conflict	The most difficult type of conflict. It is caused by differing life beliefs , cultural, or moral values that are deeply rooted.	Requires	recognition and acceptance of differences; it is difficult to fully resolve, rather it is necessary to learn to live with it ¹⁷⁵ .

Source: Own processing

It is necessary to distinguish between useful (functional) and useless (dysfunctional) conflicts. A functional conflict serves to find a mutually acceptable solution and leads to positive change (e.g., redistribution of tasks in the household). A dysfunctional conflict, on the other hand, does not bring a solution and persists in a latent form, disrupting social cohesion (Škoviera, 2018). The goal of intervention in social relationships is primarily the prevention of useless conflicts.

Generational conflict represents a specific form of social conflict, which in sociology is understood as a clash of contradictory positions, convictions, or motives that are mutually exclusive and have a tendency to assert their dominance (Gaspárecz, 2018, p. 52). It is a contradiction in the developmental process, where each generation acts as a relatively independent socially forming force. The key trigger of generational conflict is incompatibility and discrepancy in value systems and norms that condition the action of social actors. Although the concept of generational differences gained a prominent position especially in the 1960s (Marschütz, 2008), it has always existed in a latent form. In traditional societies, however, a higher degree of cohesion and the respecting of authority (seniority) prevented external manifestations of division (Svetlíková, 2018). According to Ondřejkovič (2013), generational conflict is one of the significant factors in the dynamization of society, because changes occur through it. However, its intensity and form are higher today, as generations live in diametrically different economic-socio-cultural conditions than in the past (Svetlíková, 2018).

Disharmony in intergenerational relationships is caused by a complex interplay of factors that can be categorized as follows (Turiak, 2018):

- Cognitive-developmental differences - age mismatch, different perception of reality, disparity in knowledge and experience, and uneven dynamics of personality development in coping with world changes.
- Communication and interaction deficits - the directive approach of adults, their patent on truth and infallibility, unwillingness to accept the youth's stance, and insufficient approximation to the world of children and adolescents.
- Value and attitude crisis - a consumer way of life, dependence on technology, and the loss of respect and reverence for authorities, seniors, and the sick.

Conflicts are often fueled by prejudiced notions and opinions about other generations, which are elevated to the only truth (Jirásková, 2005). The socio-demographic trend of increasing the age gap between parents and children also contributes to the escalation of conflicts, which in a society of rapid development makes mutual understanding difficult and rather highlights the shortcomings of individual generations (Svetlíková, 2018). Kováč (2025) writes that from the perspective of developmental psychology, conflicts in adolescence are a natural part of the individuation process. Vágnerová (2005) states that the rejection of authority and constant polemics with adults satisfies the adolescent's need to confirm the value of their abilities¹⁹⁵. Adolescents, although critical, appreciate honesty and reliability in adults, while their irritability or inconsistency bothers them. The seeming conflict of needs stems from the parents' effort to maintain authority and emotional connection, while not being ready to accept the child's change.

At the other end of the age spectrum, the problems of the older generation manifest. According to Petlák (2018), it is precisely the older generation that has greater problems with intergenerational relationships, as they perceive and experience the current reality, which is different from their youth, with more difficulty. A very serious problem is the feeling of uselessness after years of active work and a lack of interest in their knowledge and experience. This state is often depressing and leads to bitterness, which subsequently negatively reflects on their communication with the younger generation. Related to this is the phenomenon of gerontophobia - a negative attitude and fear of old age. Due to the cult of youth and perfection, old age ceases to be perceived as a time of wisdom and becomes unacceptable. This loss of respect for old age is one of the main sources of intergenerational problems, because the traditional role of older people as a source of knowledge and wisdom is lost.

Generational differences are in a way a natural phenomenon (Podmanická, 2018, p. 32), which also has potential positive sides, as it connects the spontaneity of youth with the wisdom and caution of mature age. For this reason, the task of social sciences and practice is to seek mechanisms that transform dysfunctional conflicts into functional ones. Podmanická (2018) emphasizes that problems such as fears of poverty, dignified old age, and the occurrence of pathological phenomena are helped to be solved precisely by the traditional arrangement of the family (although in its modern, equal form), which reduces the rate of poverty, positively affects mental health, and provides society with the irreplaceable service of caring for the sick and raising the young generation.

A fundamental negative influence is the disintegration of family life, where individuals lead parallel, career, and interest-oriented lives with a deficit of mutual communication. In social pedagogy, this state is associated with the cultural independence of youth, which leads to the creation of their own subcultures and value orientations (Ondrejko, 2013, p. 50). While in the past the family was a necessary anchor of stability, today a dynamic world of new possibilities opens up to man (Gaspárecz, 2018), which reduces their institutional dependence on the family. Since traditional roles and norms cease to apply, young people often lose orientation and, instead of seeking answers from the older and more experienced, turn to the media, which ultimately leads to the emergence of conflicts. From this point of view, the effective resolution of intergenerational conflict is essential for social stability and the protection of societal values.

Applied Strategies for the Cultivation of Intergenerational Cohesion

In the context of ongoing social transformations that have significantly modified the structure and functionality of the family system and intergenerational communication, the strategic cultivation of relationships is an imperative for ensuring social cohesion. Effective dialogue appears to be the primary tool for minimizing conflict and ensuring the cooperation of generations that goes beyond the framework of parallel monologues. Although the formulation of universal recommendations is difficult due to the heterogeneity of every family system, the fundamental strategies are based on universal ethical and moral principles. The upbringing of the incoming

cohort must be determined by a moral imperative that sets the boundaries between ethically acceptable and unacceptable conduct. Older generations (parents and senior cohorts) bear significant socialization responsibility in this process. Their task is to actively and experientially shape and content-fill the axiological world of the young generation, which is critically important for the lifelong orientation of the individual (Orieščíková, 2012). Values and habits internalized in the primary social institution (the family) are subsequently confronted in the school and social environment (Kubatková, 2016).

A key recommendation is the maintenance of the continuity of the transfer of family culture and historical consciousness. The older population is the carrier of unique cultural and historical capital that transcends knowledge acquired from secondary sources, such as media or formal historical education. The young generation's lack of interest in these narratives leads to a loss of knowledge and a restriction of the possibility to learn from past experiences.

Intergenerational memory functions as a cohesive element that constitutes the family as an unshakeable whole, based on common traditions, values, and principles. The deletion of generational and historical memory threatens this basic cellular structure of society and leads to the fragmentation of identity. The increased rate of individualism and the effort for radical uniqueness and independence—typical of contemporary society—must not lead to the ignoring of belonging to the family as an exceptional group that provides mutual learning, support, and formation.

Intergenerational conflict is inherently associated with the divergent perception of the world and the different ideas of individual generations (Janáčková, L., Fialová, J., Tyrol, A., Kováč, E. 2024). Effective mediation and conflict prevention are dependent on the behavioural predispositions of the involved parties—their ability to seek compromise and accept different opinions. Kašparů (2010) formulates a set of recommendations for the older cohort, the goal of which is to minimize intergenerational conflict and increase life satisfaction in senior age. This includes, for example, acceptance of reduced importance, non-interference in the lives of the young, and targeted avoidance of moralizing and imposing one's own worldview. Overcoming the "vicious circle" of generational confrontation (where the elderly assert their claim to wisdom and the young defend themselves) is only possible through effective communication. This requires active listening and empathetic engagement, where all actors show openness to the attitudes of others. Communication must be strictly conducted as a dialogue that allows for mutual exchange—life knowledge from seniors and knowledge about the contemporary world from the young.

To strengthen intergenerational relationships and dialogue, it is essential to facilitate intergenerational encounters. The proximity of generations demonstrably has a positive effect on mutual understanding. It is therefore essential to create conditions for formal and informal contacts in the family environment and through specialized programs focused on intergenerational communication. The family has the primary coordinating function in this process.

Table no. 2 Key Contributions of Intergenerational Dialogue (Intervention Potential)

Contribution of Dialogue	Impact on the Family System	
Two-way transfer of values	Ensures	cultural continuity and social cohesion; the elderly transfer experience, the young update and revitalize family beliefs ²³⁹ .
Reduction of socio-pathological risks	Dialogue functions as a	preventive mechanism against crime, drugs, bullying, and other risks, because it increases cohesion and social control in the family ²⁴⁰ .
Fundamental element of intergenerational learning	Enables the	mutual enrichment of knowledge and skills (e.g., digital skills vs. life experiences), thereby increasing the adaptability of the whole family ²⁴¹ .
Building family cohesion and stability	Creates an environment of	equality, tolerance, and active listening , which is essential for stable and functional relationships ²⁴² .
Development of emotional and social intelligence	Trains	empathy and the ability to process negative emotions in children, teaches adults to better regulate their reactions and prevent conflicts ²⁴³ .

Source: Own processing

Education of both cohorts plays an important role:

- Education of seniors - seniors should continuously educate themselves (for example, in the area of health, financial literacy, where Ďurajdová (2018) identifies high interest) with the aim of keeping pace with the times and expanding their horizons. Education focused on the perception of the world through the eyes of the young is key, thereby increasing their openness and ability to conduct a relevant dialogue. Petlák (2018) emphasizes that it is necessary to actively influence the attitudes of seniors towards openness to new experiences and the acceptance of the youth's stance.
- Education of the younger generation - the young should be educated in the field of gerontology. Understanding the changes that affect the older population is essential for the elimination of stereotypes and prejudices. Education on old age, of which intergenerational dialogue is an integral part, is a prerequisite for a healthy and respectful relationship with their senior ancestors.

In conclusion, only a comprehensive strategy that combines axiological upbringing, support for dialogue, and targeted education of both generations can ensure long-term intergenerational harmony and the functionality of the family.

Final Synthesis

Intergenerational relationships have undergone a fundamental transformation due to macroscopic societal, demographic, and technological changes, which structurally and functionally differentiate them from historical models. This discrepancy is conditioned mainly by the decrease in fertility and the increase in the age gap between related cohorts. The current lifestyle, characterized by an accelerated pace, the prioritization of individualism, and career self-realization, leads to the weakening of family cohesion and the limitation of the time allocated to the cultivation of mutual ties.

There is a significant axiological shift in the perception of the older generation. While in the traditional system the senior cohort was a source of authority and a stabilizing element, in the contemporary context, marked by the cult of youth and gerontophobia, seniors are sometimes perceived as a burden (Maturkanič, P., Konecna, I., Surab, M., Kovac, E. a Kralik, R. 2024). This trend is, however, partially offset by the active redefinition of the senior role, where older people show increased interest in lifelong learning, self-development, and social participation, thereby going beyond the traditional function of exclusive childcare. Intergenerational discrepancy is escalated by the dynamic development in technologies, medicine, and culture, which creates fundamentally different cognitive and social environments for individual generations. However, the primary source of the resulting tension and conflict is the failure of communication processes. A deficit in active listening, empathy, and the tendency toward monological interaction instead of the dialogical principle lead to mutual misunderstanding and the persistence of prejudices (for example, the belief in the inability of the subsequent generation). The key to the restoration of functional intergenerational relationships lies in the implementation of the dialogical principle, which must be based on mutual respect, tolerance, and empathy. Such communication goes beyond the framework of persuasion and lecturing and becomes the primary mechanism for intergenerational learning, the transfer of cultural capital, traditions, values, and life wisdom. A fundamental prerequisite for the effectiveness of intergenerational learning is the creation of conditions for shared time and mutual exchange of experiences (for example, within family or educational activities), which strengthen family memory and cohesion.

The functional family system, with clearly defined norms and effective intergenerational relationships, is, in light of sociological findings, the most effective prevention of socio-deviant behaviour and is desirable from the perspective of the stability of the entire society. For this reason, the research and support of intergenerational dialogue remains a priority task of the social sciences, because the cohesive family as the basic building block determines the durability, value orientation, and prosperity of the entire society.

BIBLIOGRAPHY

CIBULEC, J. 1980. Soužití tří generací. Praha : Práce, 1980. 24-062-80. 203 s.

ĎURAJDOVÁ, L. 2018. Edukácia ako spôsob ovplyvňovania života seniorov. *Studia Scientifica: Universitas Catolica Ružomberok*, ročník 17, č. 3. VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISSN 1336-2232

GASPARECZ, T. 2018. Postmoderná rodina ako miesto medzigeneračného konfliktu v západnej civilizácii. *Studia Scientifica: Universitas Catolica Ružomberok*, ročník 17, č. 3. VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISSN 1336-2232

HATÁR, C., 2006. Konštituovanie a rozvoj sociálnej andragogiky v systéme slovenskej andragogickej vedy. In: *Pedagogická orientace*. Roč. 2006, č.1, s. 100 – 111. ISSN 1805-9511.

JABLONSKÝ, T. 2018. Medzigeneračné zmeny vo vzťahoch a otvorenosť k dialógu. *Studia Scientifica: Universitas Catolica Ružomberok*, ročník 17, č. 3. 2018. VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISSN 1336-2232

JANÁČKOVÁ, L., FIALOVÁ, J., TYROL, A., KOVÁČ, E. 2024. Support options for seniors in hospitals. In: *Acta Missiologica*. ISSN 1337-7515 (print), ISSN (online) 2453-7160. Roč. 18, č. 2, s. 186–201.

JANDOUREK, J. 2012. Slovník sociologických pojmů: 610 hesel. Praha: Grada Publishing a.s., 2012, 300 s. ISBN 978-80-247-3679-2

JEDLIČKOVÁ, P. 2020. Medzigeneračné učenie ako nástroj proseniorskej edukácie. Dostupné na internete: http://www.pegasjournal.eu/files/Pegas2_2016_6.pdf DOI: 10.18355/PG.2016.5.2.283-296

JEDLIČKOVÁ, P. 2019. Medzigeneračné učenie ako forma prevencie agresívneho správania. In *Prohuman*. [online] [30.09.2025] Dostupné na internete: <https://www.prohuman.sk/pedagogika/medzigeneracne-ucenie-ako-forma-prevencie-agresivneho-spravania>

JEDLIČKOVÁ, P. 2016. Medzigeneračné učenie ako prevencia sociálno-patologických javov. Dizertačná práca. Nitra : UKF. 178 s.

JEDLIČKOVÁ, P. 2018. Medzigeneračné učenie v kontexte sekundárnej prevencie. *Studia Scientifica: Universitas Catolica Ružomberok*, ročník 17, č. 3. VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISSN 1336-2232

JIRÁSKOVÁ, V. a kol. 2005. Mezigenerační porozumění a komunikace. EurolexBohemia. ISBN 8086861805. 198s.

KAŠPARŮ, M. 2010. Poučení pro seniory nad 65 let. [online] [30.09.2025] Dostupné na internete: <http://www.orik.cz/node/1238> [10. 3. 2018] Prednáška.

KOVÁČ, E. 2025. *Psychological and Emotional Aspects of Children in Divorce Mediation*. 1st ed. Bratislava : Inštitút vzdelávania a osobnostného rozvoja (Institute of Education and Personal Development). ISBN 978-80-974773-6-3.

KOVÁČ, E. 2024. *Mediation - Family - Legislation* (or *Mediation, Family, and Legislation*). 1st ed. Bratislava : Inštitút vzdelávania a osobnostného rozvoja (Institute of Education and Personal Development). 304 p. ISBN 978-80-974773-0-1.

KUBATKOVÁ, M.: Identita Boha a človeka so zameraním na manželstvo a rodinu v sociálnych encyklikách. In: Prosociálnosť v dejinách a súčasnom živote Cirkvi. František Dlugoš a kolektív. Levoča: MTM Levoča. 2016. ISBN 978-80-89736-41-6.

KUBEROVÁ, H., BAŇASOVÁ, A. 2015. Kresťanská spiritualita pre liečebných pedagógov a iných v pomáhajúcich profesiách. Ružomberok: Verbum. 2015. ISBN 978-80-561-0216-9.

KRÁLIK, R., BELKO, J. 2025. Analysis of the Effectiveness and Application of Alternative Dispute Resolution Approaches (ADR) in Contemporary Society. In

TARTARAJ, A., BELKO, J., ed. *Dialóg o mediácii. Inšpirácia pre riešenie konfliktov / Dialogue on Mediation. Inspiration for Conflict Resolution*: medzinárodná vedecká konferencia. [Bratislava]: Inštitút vzdelávania a osobnostného rozvoja, Bratislava. 2025. ISBN 978-80-69186-06-4.

MANNHEIM, K. 1928. Das Problem der Generationen, in: Kölner Vierteljahrshefte für Soziologie. 7 (1928), S. 157-185, 309-330. [online] [30.09. 2025]. Dostupné na internete:

https://www.1000dokumente.de/Dokumente/Karl_Mannheim_%27%27Das_Problem_der_Generationen%27%27#Volltext

MARSCHÚTZ, G. 2008. Rodinná kultura verus bezohledná sociální struktura. In: Rodinná politika a životní styl. Zborník z konferencie. Praha: Národní centrum pro rodinu. [online] [30.09.2025] Dostupné na internete:

https://drive.google.com/file/d/1KoTJ5ma_hwZS7huBVUQIKuIidbsgbuht/view

MATURKANIC, P., KONECNA, I., SURAB, M., KOVAC, E. a KRÁLIK, R. 2024. The values of Czech culture and its psycho-spiritual significance for the current era. In: *Acta Missiologica*. ISSN 1337-7515 (print), ISSN (online) 2453-7160. Roč. 18, č. 2, s. 29-39.

McCRINDLE, M. – WOLFINGER, E. 2010. The ABC of XYZ: Understanding the Global Generations. The ABC of XYZ. 2010, 239 p. ISBN 1-74224-563-3

MÉSZÁROŠOVÁ, J. 2018. Medzigeneračné spolužitie v kontexte vývoja spoločnosti. Sociálno-zdravotnícke spektrum. [online] [30.09. 2025] Dostupné na internete: <https://www.szspektrum.eu/wp-content/uploads/2018/03/Meszarosova-2.pdf>

MOORE, CH.W. 2014. The Mediation Process: Practical Strategies for Resolving Conflict. Indianapolis: Jossey-Bass. ISBN 978-1-118-30.

ONDREJKOVIČ, P. 2013. Medzigeneračné vzťahy v optike sociologickej teórie. Sociální pedagogika, 2013, roč. 1, č. 1, s. 47-62. [online] [30. 09. 2025]. Dostupné na

internete: https://soced.cz/wp-content/uploads/2014/04/Medzigenera%C4%8Dn%C3%A9-vz%C5%A5ahy-v-optike-sociologickej-te%C3%B3rie_SocEd.pdf

ORIEŠČIKOVÁ, H.: Asociálne a antisociálne správanie u osôb s mentálnou retardáciou. In: Poruchy správania ako sociálny a edukačný fenomén: Košice. 28. - 29. 11. 2012: 40 Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie 1. vyd. - Bratislava: Iris. 2012. ISBN 978- 80-89238-69-9.

PAGAČOVÁ, D. 2021. Pozitívne a negatívne javy v medziľudských vzťahoch. Oddelenie prevencie sociálno-patologických javov CPPPaP Galanta. [online] [30.09. 2025]. Dostupné na internete: http://www.centrumga.sk/pozitivne_javy.pdf

PETLÁK, E. 2018. Medzigeneračný dialóg – teória a prax. Studia Scientifica: Universitas Catholica Ružomberok, ročník 17, č. 3. VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISSN 1336-2232

PODMANICKÝ, I – PODMANICKÁ, Z. 2018. Dialóg pri budovaní medzigeneračného „communio“. Studia Scientifica: Universitas Catholica Ružomberok, ročník 17, č. 3. VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISSN 1336-2232
SÁNCHEZ MARTÍNEZ, M. - KAPLAN, M. - SÁEZ CARRERAS, J. 2010. Programas intergeneracionales. Guía introductoria. Madrid : IMSERSO. 124 s. [online] [30.09. 2025]. Dostupné na internete: https://www.aepumayores.org/sites/default/files/Programas_Intergeneracionales_Coleccion_Manuales_Guias_IMSERSO_%202010.pdf

SVETLÍKOVÁ, J. 2018. Vzťahy medzi generáciami z pohľadu mladých ľudí. Studia Scientifica: Universitas Catholica Ružomberok, ročník 17, č. 3. VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISSN 1336-2232

SYCHROVÁ, A. 2018. Nahradní prarodičství. Studia Scientifica: Universitas Catholica Ružomberok, ročník 17, č. 3. VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISSN 1336-2232

ŠKOVIERA, A. - BELLOVÁ, S. 2018. Predhovor. Studia Scientifica: Universitas Catholica Ružomberok, ročník 17, č. 3. VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISSN 1336-2232

ŠKOVIERA, A. 2018. Prevencia medzigeneračného konfliktu a reflexia modlitby sv. Františka Saleského v starobe. Studia Scientifica: Universitas Catholica Ružomberok, ročník 17, č. 3. VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISSN 1336-2232

TOMÁNEK, P. 2018. Ženy a muži v medzigeneračných turbulenciách „v“ a „mimo“ rodiny. Studia Scientifica: Universitas Catholica Ružomberok, ročník 17, č. 3. VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISSN 1336-2232

TURIAK, E. 2018. Disconancie v medzigeneračnom dialógu – problém veku alebo poznania a skúsenosti? Studia Scientifica: Universitas Catholica Ružomberok, ročník 17, č. 3. VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISSN 1336-2232

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání. Praha: Karolinum 2005, 1. vydání. ISBN 80-246-0956-8. 468 s.

VRZGULOVÁ, M – VOĽANSKÁ, Ľ. – SALNER, P. 2017. Rozprávanie a mlčanie: Medzigeneračná komunikácia v rodine. VEDA, vydavateľstvo SAV, 2017. ISBN 978-80-224-1621-4. 69s.

WNUK, W. 2018. O potrzebie kształtowania relacji międzypokoleniowych. [online] [30.09. 2025]. Dostupné na internete:
<https://pbn.nauka.gov.pl/polindexwebapp/browse/article/article02dc779e-b131-4533-9da5-0a284d367cda>

Contact

PhDr. Bc. Ernest Kováč, PhD., MBA, LL.M., MPH
E-mail: ernest.kovac@gmail.com

SPIRITUALITA A OSOBNOSŤ – MEDZIGENERAČNÁ DYNAMIKA V RODINE AKO DETERMINANT VZDELÁVACIEHO PROCESU

SPIRITUALITÄT UND PERSÖNLICHKEIT – INTERGENERATIONELLE DYNAMIK IN DER FAMILIE ALS DETERMINANTE DES ERZIEHUNGS PROZESSES

Kováč Ernest¹, Králik Roman², Belko Jozef³, Kováč Tomáš⁴

¹*Polizeiakademie in Bratislava, Slowakische Republik*

²*Katholische Universität in Ružomberok, Theologische Fakultät, Spišské Podhradie*

³*Hochschule für Gesundheitswesen und Sozialarbeit der Heiligen Elisabeth in
Bratislava*

⁴*Comenius-Universität in Bratislava, Philosophische Fakultät*

Abstract

Die Analyse konzentriert sich in erster Linie auf die rigorose Erfassung und Abgrenzung des komplexen Phänomens Spiritualität aus der Sicht der akademischen und wissenschaftlichen Literatur. Anschließend wird die Korrelation dieser Dimension mit dem Erziehungsprozess im primären sozialen Umfeld – der Familie – untersucht, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf der intergenerationellen Dynamik liegt. Spiritualität wird aus mehreren Perspektiven definiert – axiologisch und teleologisch als Ausrichtung auf transzendente Ideale, als Suche nach dem Sinn des Lebens und aus einem ganzheitlichen Ansatz als integrierender Faktor, der über das einzelne Element hinausgeht. Eine zentrale Erkenntnis verkörpert dabei die Tatsache, dass intergenerationelle Beziehungen als Hauptübertragungskanal fungieren, wobei die Qualität der Beziehung die Akzeptanz oder Ablehnung des spirituellen Erbes beeinflusst. Der vorliegende Beitrag analysiert nicht-religiöse Spiritualität, die durch die Vermittlung ethischen Handelns und Rituale des Staunens (z. B. Ehrfurcht vor der Natur) vermittelt wird, und religiöse Spiritualität durch formale Praktiken. Beide Formen der Spiritualität erfüllen eine wichtige integrative und prägende Funktion bei der Persönlichkeitsbildung, indem sie ethische und moralische Kriterien liefern und die individuelle Identität entwickeln. Gleichzeitig wird betont, dass ein gesundes spirituelles Leben zu persönlicher Authentizität und nicht zu Konformität führt.

Schlüsselwörter

Spiritualität, Persönlichkeit, Intergenerationelle Dynamik, Familie, Erziehungsprozess, Religiöse Spiritualität, Nicht-religiöse Spiritualität, Wertevermittlung.

Einleitung

Die Komplexität der Definition des Phänomens der Spiritualität ergibt sich aus seiner polykontextuellen Verwendung in der akademischen und wissenschaftlichen Literatur. Trotz der semantischen Fluidität lassen sich konsensuelle Merkmale identifizieren. Aus axiologischer und teleologischer Sicht wird die Spiritualität oft als Streben nach transzendenten Idealen (Wahrheit und Liebe) und als Suche nach dem Sinn des Lebens artikuliert, der über die utilitaristischen und pragmatischen Aspekte der Existenz hinausgeht. Im Rahmen eines ganzheitlichen und integrativen Ansatzes konzentriert sich Spiritualität auf ein komplexes Verständnis des Lebens, wobei sie es aus einer existenziellen und kosmischen Perspektive ermöglicht, den Einzelnen in einem breiteren Kontext der ihn umgebenden Welt wahrzunehmen. Die Lehre von der Spiritualität betont die vereinigende Funktion der Spiritualität und die gegenseitige Verbundenheit, erzeugt jedoch auch ein Paradoxon, in dem der Einzelne unterschiedlicher und nicht konformer wird. Es ist wichtig, Spiritualität von Religion zu unterscheiden, die als Suche nach Bedeutung in allen Bereichen des Heiligen definiert ist. Es besteht eine Spannung zwischen authentischer spiritueller Erfahrung und institutioneller Doktrin, wobei auch auf einen methodologischen Mangel in empirischen Studien hingewiesen wird, in denen Religiosität oft nur anhand der Häufigkeit religiöser Praktiken gemessen wird. Das spirituelle Leben ist eng mit der Suche nach Spiritualität, dem Glauben an Gott oder an das Übernatürliche und der Beziehung zum Kosmos verbunden. Die Erziehung in der Familie als primärer Sozialisationsfaktor spielt durch die Beziehungen zwischen den Generationen eine Schlüsselrolle bei der Konstruktion der spirituellen Identität des Einzelnen. Die Analyse konzentriert sich in erster Linie auf die rigorose Erfassung und Abgrenzung des komplexen Phänomens der Spiritualität aus der Perspektive der akademischen und wissenschaftlichen Literatur. Anschließend wird die Korrelation dieser Dimension mit dem Erziehungsprozess im primären sozialen Umfeld – der Familie – untersucht, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf den generationsübergreifenden Dynamiken liegt.

Die Komplexität der Definition von Spiritualität ergibt sich aus ihrer polykontextuellen Verwendung. Trotz der semantischen Fluidität lassen sich mehrere konsensuelle, wenn auch uneinheitliche Merkmale identifizieren. Aus axiologischer und teleologischer Sicht wird Spiritualität oft als Ausrichtung auf transzendente Ideale (Říčan, 2007) artikuliert, was eine Orientierung an höheren Interessen, Wahrheit und Liebe impliziert. Krivohlavý (2011) erweitert diese Sichtweise um eine Reihe von metamateriellen Werten und die Suche nach dem Sinn des Lebens. Grof (1999) bietet eine Definition durch die Entkommerzialisierung der Existenz und verortet Spiritualität in einer Sphäre, die über die utilitaristischen und pragmatischen Aspekte des Lebens hinausgeht. Im Rahmen eines ganzheitlichen und integrativen Ansatzes konzentriert sich die Spiritualität im Allgemeinen auf ein komplexes Verständnis des Lebens (Sheldrake, 2012), das als integrierender Faktor verstanden wird, der über das einzelne Element hinausgeht. Schließlich definiert Samojský (2014) aus existentieller und kosmischer Perspektive Spiritualität als eine Aktivität, die sich auf Fragen nach

dem Sinn des Lebens konzentriert und es ermöglicht, den Einzelnen in einem größeren Kontext der ihn umgebenden Welt und des Kosmos wahrzunehmen.

Die Lehre von der Spiritualität betont die vereinigende Funktion der Spiritualität und die essentielle gegenseitige Verbundenheit. Dieser Prozess der spirituellen Reife führt jedoch zu einem Paradoxon: Der Einzelne wird unterschiedlicher, nicht konformer. Yeomans (1994) beschreibt diese Dynamik als einen Akt der existenziellen Differenzierung und gleichzeitigen Vereinigung der Persönlichkeit, was eine *conditio sine qua non* für authentische Selbstverwirklichung ist. Rohr (2015) definiert Spiritualität als einen synergistischen Prozess des gegenseitigen Austauschs, der in der Schaffung einer gemeinsamen Wahrheit und Freude gipfelt und das Verständnis des Dialogs zwischen dem Transzendenten und der Psyche repräsentiert. Borysenko (1996) radikalisiert diese Perspektive mit der Feststellung, dass der Mensch in erster Linie ein spirituelles Wesen ist, das ein menschliches Leben führt. Spiritualität ist eng verbunden mit der Suche nach Spiritualität, dem Glauben an Gott oder das Übernatürliche und der Beziehung zum Kosmos (Sheldrake, 2012). Die Religion wird von Krivohlavý (2011) als Suche nach Bedeutung in allen Bereichen des Heiligen definiert. Říčan (2007) präzisiert, dass Spiritualität in einer spezifischen Erfahrung der Beziehung zum Göttlichen und zu einem überpersönlichen Ideal besteht, wobei im soziokulturellen Umfeld eine Spannung zwischen authentischer spiritueller Erfahrung und institutioneller Doktrin offensichtlich ist. Es gibt auch einen methodologischen Mangel in empirischen Studien (Hill und Pargament, 2008), in denen Religiosität und Spiritualität oft nur durch die Messung der Häufigkeit religiöser Praktiken operationalisiert werden, was nur einen Bruchteil der möglichen spirituellen Erfahrungen erfasst.

Spirituelle Erfahrungen (Steere, 1997) können zu sozialem Handeln (Teilen, Beseitigung von Ungerechtigkeiten) oder zu einem individuellen Weg des inneren Lebens (Meditation, Fasten) führen. Das kognitive Konstrukt der Gottheit ist von grundlegender Bedeutung: Bateson (in Steere, 1997) postuliert, dass Gott ein Geist ist, an dem alle intelligenten Wesen teilhaben, wobei seine Abwesenheit einen Mangel an Sinn und moralischen Kriterien impliziert. Neurowissenschaftliche Studien (Newberg, Waldman, 2009) haben die Ontogenese des Gottesbegriffs nachgewiesen, wobei das kindliche Gehirn Gott konkret wahrnimmt, während Erwachsene ihn abstrakter wahrnehmen. Moore (2014) kritisiert die Trennung von Spiritualität und Leben und betont, dass sie eine inhärente Dimension der Existenz darstellt.

Intergenerationelle Beziehungen als Übertragungskanal für Spiritualität

Die Erziehung in der Familie als primärer Sozialisationsfaktor spielt eine Schlüsselrolle bei der Konstruktion der spirituellen Identität des Einzelnen. Dieser Prozess wird wesentlich durch intergenerationelle Beziehungen geprägt, die als Hauptübertragungskanal für spirituelle Werte und Praktiken fungieren. Kinder und Jugendliche verinnerlichen Spiritualität in erster Linie durch Beobachtung und Nachahmung des Verhaltens ihrer Eltern und Großeltern. Nicht nur offene Religiosität (z. B. Teilnahme an Zeremonien), sondern auch *nicht-religiöse Spiritualität* (z. B. Ehrfurcht vor der Natur, ethische Entscheidungen, Sinnsuche) werden unauffällig durch Familienerzählungen und Rituale vermittelt.

Die Qualität und Konsistenz der Beziehungen zwischen den Generationen bestimmt, inwieweit das spirituelle Erbe angenommen oder abgelehnt wird. Harmonische Beziehungen fördern die axiologische Kontinuität, während Konflikte oder unterschiedliche Weltanschauungen zu spiritueller Diskontinuität führen können – zur Ablehnung von Traditionen (Revolte) oder zur Suche nach einer neuen, authentischeren Form des spirituellen Ausdrucks. Der Erziehungsstil der Eltern beeinflusst, ob Spiritualität direktiv und dogmatisch vermittelt wird, oder ob dem Kind Raum für autonome Suche und Hinterfragen gegeben wird (Frage im Sinne von Halík, 2012). Ein demokratischer Stil, der den Dialog über transzendente Fragen fördert, gilt als am meisten effektiv für die Entwicklung einer komplexen und gesunden spirituellen Reife.

In Übereinstimmung mit unserem Untersuchungsgegenstand wird der Prozess in der Familie nach Říčan (2004; 2007) analysiert, der konsequent zwischen Spiritualität und Religion sowie zwischen nicht-religiöser und religiöser Spiritualität unterscheidet. Die Aufgabe der Familie besteht darin, zu definieren, wie diese Aspekte vermittelt werden und die spirituelle Identität des Einzelnen konstruieren.

Halík (2012, S. 15) fasst dies metaphorisch zusammen: „Es gibt Fragen, die so gut sind, dass es schade wäre, sie mit Antworten zu verderben. Gott nähert sich uns eher als Frage nicht als Antwort.“ Diese Reflexion, verbunden mit der generationsübergreifenden Weitergabe von Werten, deutet darauf hin, dass das spirituelle Leben eine ständige Suche und Verwunderung ist (Chesteron, 1976), was sein umfassendes, dynamisches und komplexes Verständnis bestätigt.

Beispiele für die Weitergabe nicht-religiöser Spiritualität in generationsübergreifenden Familienbeziehungen

Wie bereits definiert, impliziert nicht-religiöse Spiritualität (nach Říčan, 2007) die Suche nach Sinn, transzendenten Werten und ethischer Orientierung außerhalb des institutionellen Rahmens der Religion. Generationsübergreifende Beziehungen dienen als primäres Laboratorium, in dem diese wesentlichen Werte modelliert und verinnerlicht werden.

1. Weitergabe ethischer Werte und Mitgefühl (axiologische Transmission)

Die Großeltern oder Eltern vermitteln Mitgefühl nicht durch Vorträge, sondern durch wiederholtes Handeln. Beispiele hierfür sind regelmäßige, unauffällige Hilfe für Nachbarn, karitative Arbeit (Freiwilligenarbeit ohne religiösen Kontext) oder ethische Entscheidungen im Alltag – beispielsweise die Ablehnung unredlicher Gewinne, transparentes Handeln oder aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Das Kind verinnerlicht, dass das „höhere Interesse“ in Altruismus und Gerechtigkeit verankert ist.

Das Erzählen von Geschichten über die Überwindung von Schwierigkeiten, die Charakterstärke, Authentizität und innere Freiheit (Krivohlavý, 2011) statt materieller Gewinne betonen, sei auch als eine der Möglichkeiten erwähnt. Beispielsweise vermittelt die Geschichte eines Familienmitglieds, welches eine lukrative Position aufgegeben hat, um sich einer sinnvolleren, wenn auch finanziell weniger vorteilhaften

Arbeit zu widmen, die Überzeugung, dass Sinn wertvoller ist als die Kommerzialisierung der Existenz.

2. Die Kultivierung des Staunens und der kosmischen Perspektive (integrativer Ansatz)

Spiritualität als integrierender Faktor (Sheldrake, 2012) wird durch Familienrituale vermittelt, die nicht direkt mit der Religion zusammenhängen. Beispiele hierfür sind die Gewohnheit, inne zu halten und den Sternenhimmel zu bewundern, der Natur stille Aufmerksamkeit zu schenken oder gemeinsam ein Kunstwerk (Musik, Malerei) zu erleben, was zu einem Gefühl der Transzendenz und Verbundenheit führt. Diese Aktivitäten fördern bei Kindern das Staunen (Chesteron, 1976) und das Gefühl, Teil eines größeren Ganzen zu sein (kosmische Perspektive, Samojský, 2014).

Förderung von Neugier und lebenslangem Lernen *als Ziel an sich* und nicht nur als Mittel zum wirtschaftlichen Erfolg. Diese Förderung zielt auf die „Wahrheit“ als eines der transzendentalen Ideale ab (Říčan, 2007).

3. Erziehung zur existenziellen Unterscheidung (Authentizität und Freiheit)

Gesunde Beziehungen zwischen den Generationen bieten Raum für Diskussionen und sogar für Meinungsverschiedenheiten über existenzielle Fragen. Anstatt „richtige“ Antworten direktiv zu vermitteln (Halík, 2012), stellen Eltern und Großeltern offene Fragen nach dem Sinn des Lebens. Dadurch ermöglichen sie dem Kind, einen Akt der existenziellen Differenzierung (Yeomans, 1994) zu vollziehen – seinen eigenen, authentischen Weg und seine eigenen Werte zu finden und nicht nur konform die Werte der Familie zu übernehmen. Der jüngeren Generation wird ermöglicht, Verantwortung für ihre ethischen Entscheidungen und die Folgen ihrer Handlungen zu übernehmen. Diese Praxis entwickelt einen inneren moralischen Kompass und hilft dem Kind, sich selbst als spirituelles Wesen zu verstehen (Borysenko, 1996), das sein eigenes Wertesystem bildet und damit die äußere institutionelle Kontrolle überwindet.

Die erwähnten Beispiele zeigen, dass die Funktion der Familie nicht nur in der Weitergabe religiöser Dogmen besteht, sondern vor allem in der Schaffung eines spirituellen Ökosystems, in dem nicht-religiöse Spiritualität gelebt und in der täglichen Praxis geteilt wird, wodurch sie einen direkten Einfluss auf die Persönlichkeitsbildung des Einzelnen hat.

Zum Abschluss dieser analytischen Darstellung ist es notwendig, zusammenzufassen, wie sich die beiden Hauptansätze zur Spiritualität – religiös und nicht-religiös (nach Říčan, 2007) – im Rahmen der generationsübergreifenden Weitergabe von Werten im familiären Kontext manifestieren und überschneiden.

Kriterium	Religiöse Spiritualität	Nicht-religiöse Spiritualität
Struktur und Definition	Institutionell/doktrinär: Basiert auf heiligen Texten, Dogmen,	Existentiell/holistisch: Konzentriert sich auf die

Kriterium	Religiöse Spiritualität	Nicht-religiöse Spiritualität
	Ritualen und Autorität (Kirche/Organisation). Bietet klare, vorgeschriebene Antworten auf Fragen nach dem Sinn des Lebens.	individuelle Suche nach Sinn (Krivohlavý, 2011), Werten, Ethik und dem Gefühl der Verbundenheit (Sheldrake, 2012) außerhalb der formalen Doktrin.
Übertragungs- kanal	Formale Praktiken: Gebet, Besuch von Gottesdiensten, religiöse Feiertage und vertikale Autorität der Eltern/Vorfahren in Bezug auf die Lehre.	Modellierung und Dialog: Vermittlung durch ethisches Handeln, Rituale des Staunens (Natur, Kunst), Familienerzählungen und horizontaler Dialog über Werte und moralische Dilemmata.
Konzept der Gottheit	Konkretes/Anthropomorphes Gottesbild (Ontogenese: Newberg, Waldman, 2009) mit definierten Attributen, zu dem sich eine spezifische Beziehung bindet (heilige Allgemeinheit).	Abstraktes Prinzip/kosmischer Geist: Suche nach dem Transzendenten (Grof, 1999) als Kraft, Ordnung, Liebe oder innere Integrität; ähnlich dem Konstrukt der Wesensunterscheidung (Yeomans, 1994).

Tab. Nr. 1: Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen religiöser und nicht-religiöser Spiritualität in der Familie

Quelle: Eigene Darstellung

Übereinstimmungen und gemeinsame Funktion in der Familie

Trotz ihrer Unterschiede erfüllen beide Formen der Spiritualität eine wichtige integrative und prägende Funktion bei der Persönlichkeitsbildung:

1. Bildung ethischer und moralischer Kriterien – beide vermitteln dem Kind metamaterielle Werte und eine Orientierung an höheren Idealen (Wahrheit, Liebe, Gerechtigkeit), die als moralischer Kompass im Sinne ethischer Kriterien fungieren, deren Fehlen zu einem Sinnverlust führen würde (Bateson, in Steere, 1997).
2. **Kultivierung der Wesensunterscheidung** – obwohl religiöse Spiritualität einen Rahmen bietet, führt ein starkes spirituelles Leben in beiden Formen zu einer Wesensunterscheidung. Eine authentische spirituelle Erfahrung (Říčan, 2007) in der

Familie impliziert immer einen Entwicklungs- und Synergieprozess (Rohr, 2015) der Suche nach der persönlichen (personifizierten) Wahrheit.

3. Vermittlung von Sinn und Kontinuität – durch generationsübergreifende Beziehungen bauen beide Formen eine axiologische Kontinuität (eine Reihe gemeinsamer Überzeugungen) auf und bieten eine existenzielle Perspektive (Samojský, 2014), die den Einzelnen in einem größeren kosmischen Kontext verankert und seinem Leben eine Bedeutung verleiht, die über utilitaristische und pragmatische Aspekte hinausgeht.

Die Rolle der Familie als einen primären Sozialisationsfaktor ist von grundlegender Bedeutung dafür, wie sie diese komplexe spirituelle Dimension nicht vom Leben trennt (Moore, 2014), sondern sie authentisch integriert. Unabhängig davon, ob die Vermittlung in einer religiösen Tradition oder in einem nicht-religiösen ethischen Modell verankert ist, bleibt das spirituelle Leben eine ständige Suche und Verwunderung (Chesteron, 1976). Im familiären Kontext ist es am wichtigsten, dass Erwachsene, anstatt fertige Antworten zu geben, die Fähigkeit vermitteln, „gute Fragen“ zu stellen (Halík, 2012) und dadurch die Entwicklung einer komplexen spirituellen Identität in der jüngeren Generation fördern.

Die spirituelle Dimension im Kontext psychologischer Theorien und der aktuellen klinischen Praxis

Die unumkehrbare und inhärente ontologische Entwicklung der menschlichen Erfahrung hin zu transzendenten Dimensionen, die bereits in archetypischen *Initiationsriten* zum Ausdruck kommt, ist eine unbestreitbare Annahme der anthropologischen Geschichte. Trotz dieses evolutionären Imperativs führt das fehlende Verständnis und die fehlende Integration ihrer wesentlichen Rolle zur Desintegration der psychosomatischen Integrität.

C. G. Jung (1994) formuliert im Kontext des „Arztes der Seele“ präzise, dass die Ätiopathogenese der Pathologie des Egos (neurotischer Konflikt) in der Diskonnektion der individuellen *Psyche* vom Ganzen (*Unus Mundus*) besteht.

Daraus ergibt sich eine logische Schlussfolgerung, dass Spiritualität und ihre Anwendung eine Schlüsselposition innerhalb des aktuellen psychotherapeutischen Paradigmas einnehmen, welche an sich nicht zu ersetzen ist. Sie ermöglicht eine phänomenologische Rekonstruktion und axiologische Neubewertung von Faktoren, die aus rein materialistischer oder reduktionistischer Sicht als inhärent inakzeptabel oder maladaptiv angesehen würden.

Ein Beispiel dafür ist der Affekt der Wut. Obwohl er gewöhnlich als primäre Quelle externalisierter Bestrafung oder internalisierter Autoaggression interpretiert wird, offenbart eine tiefgreifende psychologische und archetypische Analyse sein Potenzial als konstruktive, katalytische Kraft. Es ist korrelativ interessant, dass im alten römischen System der Gott Mars, der in erster Linie mit Wut und Krieg in Verbindung gebracht wurde, untrennbar mit dem *Geist* der Landwirtschaft verbunden war und so den Schutz der Ernte vor Seuchen sicherstellte. Aus dieser hermeneutischen Perspektive (Moore, 2014) lässt sich Wut symbolisch als Manifestation der Kraft rekonstruieren, die zur Zerstörung von Barrieren notwendig

ist, was eine wesentliche Voraussetzung für Reifung und einen optimalen Entwicklungsprozess ist.

Es ist offensichtlich, dass die systematische Integration von Spiritualität in die klinische Praxis erheblich zu einer qualitativ besseren Einschätzung der Situation des Klienten/Patienten und einer anschließenden facilitativen Orientierung in der komplexen Realität beiträgt. Angesichts ihrer historisch nachgewiesenen Wirksamkeit und ihrer Stellung als *Fundament* für die theoretischen Konstrukte mehrerer bedeutender Persönlichkeiten der Psychologie ist es unerlässlich, ihrem Beitrag einen angemessenen Raum zu widmen.

Frühere Diskurse haben gezeigt, dass das ursprüngliche Interesse an Spiritualität und religiöser Erfahrung vor allem im Rahmen der humanistischen Psychologie etabliert wurde. Im Gegensatz zum psychoanalytischen Determinismus der Triebe von Sigmund Freud und der theologischen Betonung der angeborenen Sündhaftigkeit des Menschen legte diese Orientierung den Schwerpunkt vor allem auf die Güte der menschlichen Natur und die Fähigkeit zur Selbstentwicklung (Říčan, 2007).

Grundlegende Beiträge der klassischen Psychologie

1. William James (1842–1910) und die Phänomenologie religiöser Erfahrungen führte um die Jahrhundertwende das Thema Religiosität durch seine binäre Theorie der „Religion des gesunden Geistes“ und der „Religion der kranken Seele“ in den psychologischen Diskurs ein. Diese Modelle unterscheiden sich durch zwei diametral entgegengesetzte Arten der Erfahrungsmodalität:

- Der gesunde Geist ist durch optimistische Affekte, Freude und Dankbarkeit gegenüber dem verehrten Objekt gekennzeichnet.
- Eine kranke Seele zeichnet sich durch Melancholie, das Bewusstsein für die Tragik des menschlichen Schicksals und eine erhöhte Anfälligkeit für Leiden aus. James, als Verfechter der introspektiven Methode und Befürworter der menschlichen Freiheit, untersuchte darüber hinaus experimentell veränderte Bewusstseinszustände und betrachtete sie durch pharmakologische Stimuli als potenziell mystische Bestrebungen (Vojtíšek, 2012).

2. Carl Gustav Jung (1875-1961) und die Tiefenpsychologie

Jung, ein Psychologe mit ausgeprägter philosophischer Ausrichtung, integrierte spirituelle Themen in seine theoretische Konstruktion. Seine umfangreichen Studien der Mythologie führten zur Definition von Schlüsselkonzepten wie dem kollektiven Unbewussten, dem Archetyp und dem alltäglichen Ich, *dem Selbst*. Er betonte die grundlegende Verankerung religiöser Erfahrungen in den Tiefen der menschlichen Psyche und ihre Kohärenz mit der gesamten Menschheitsgeschichte (Říčan, 2007). Der zentrale Begriff ist die Selbstverwirklichung (*Individuation*), die als höchste Stufe der psychischen Reife und Erreichung einer ganzheitlichen Einheit der Persönlichkeit angesehen wird (Dubinová, 2013).

3. Gordon Allport (1897-1967) und reife Religiosität

Allport, Autor der Monografie *Der Mensch und seine Religion*, führte das Konzept der reifen und unreifen Religiosität ein. Sein Modell leitete er aus seiner eigenen Theorie der reifen Persönlichkeit ab. Er stellt fest, dass religiöse Gefühle, die sich auf einen Wertgegenstand (sei er materiell oder abstrakt) beziehen, sich in einem reifen Individuum nicht unbedingt, aber möglicherweise entwickeln können. Die Beziehung des Individuums zu diesem Gegenstand bestimmt dann die Polarität der Gefühle als positiv oder negativ (Dubinová, 2013).

4. Viktor Emil Frankl (1905-1997) und die Logotherapie

Frankl, der Begründer der existentiellen Analyse und Logotherapie, betonte die noologische Dimension des Menschen, die das spirituelle Bedürfnis nach Transzendenz umfasst. Das zentrale Element seiner Theorie ist der „Wille zum Sinn“, den er als primäre Motivationskraft betrachtet. Entscheidend ist, dass Frankl die Suche nach Sinn von der notwendigen Verbindung mit der institutionellen Religion enttabuisiert hat und die Zuweisung der endgültigen Bedeutung dem autonomen Urteil des Einzelnen überlässt, das sich in jeder alltäglichen Lebenssituation findet (Drapelová, 2013).

5. Abraham Maslow (1908-1970) und Transzendenz

In Maslows Bedürfnishierarchie steht das Bedürfnis nach Transzendenz an der Spitze. Dieses Bedürfnis manifestiert sich in einem tiefen und essenziellen Erleben der Verbundenheit mit der Umgebung, der Natur, anderen Wesen und dem kosmischen Ganzen (Říčan, 2007). Maslow schreibt die Fähigkeit zu so genannten Gipfelerlebnissen (*peak experiences*) hoch selbstverwirklichten Individuen zu, die durch B-Werte (*Being-values*) wie *Einheit, Hingabe, Ungezwungenheit und inneren Reichtum* gekennzeichnet sind (Drapela, 2008).

6. James W. Fowler (1940-2015) und die Theorie der Glaubensentwicklung

Der Theologe Fowler beschrieb, inspiriert von Entwicklungsmodellen (z. B. Erikson, Piaget), sieben Stufen der Glaubensentwicklung. Der Glaube fungiert in diesem Zusammenhang als kognitiv-emotionales System, das dem Menschen in den einzelnen Entwicklungsphasen hilft, sein Leben zu strukturieren und Ordnung zu finden. Die Stadien reichen vom undifferenzierten Primärglauben (der die Beziehung zu Gott bestimmt) bis zum universalisierenden Glauben, der ein umfassendes Bewusstsein für Ganzheitlichkeit, Transzendenz und die Fähigkeit zur Selbstaufopferung gewährleistet (Lachmanová, 2004).

Im mitteleuropäischen Fachkontext ist ein wachsendes, explizites Interesse am spirituellen Bereich zu verzeichnen. Obwohl die implizite Integration der Ideen der oben genannten Autoren in verschiedenen therapeutischen Modalitäten vorhanden ist (z. B. in der analytischen Psychologie von C. G. Jung oder den logotherapeutischen Ansätzen von V. E. Frankl), gibt es auch originelle Beiträge:

- *Pavel Říčan (1933): Tschechischer Psychologe, dessen Monografie *Psychologie, Religion und Spiritualität* (2007) eine komplexe Synthese des gesamten Bereichs darstellt. Er ist auch Autor psychodiagnostischer Instrumente wie dem Prager Fragebogen zur Spiritualität und dem Test zur spirituellen Sensibilität (Říčan, 2007).

- **Prokop Remeš (1952)*: Psychotherapeut und Religionswissenschaftler, Begründer der Hagiotherapie. Diese therapeutische Methode, die vor allem in der Suchtbehandlung angewendet wird, nutzt die exegetische Analyse der Bibel als Parallele und Reflexion der Lebensbahn der Patienten (Millová, 2010).
- **Zdeněk Vojtíšek (1963)*: Religionswissenschaftler und Psychotherapeut, spezialisiert auf das Studium neuer religiöser Bewegungen. Er ist Mitautor der Publikation *Spiritualita pro pomáhající profese (Spiritualität für helfende Berufe)*, in der er sein eigenes Modell der Spiritualität vorstellt.

Soziologisch-rechtliche Analyse des Familienkonstrukts und seines multifunktionalen Profils

Die primäre soziale Einheit, traditionell definiert durch die dyadische Anordnung der Eltern, die ihren Nachkommen Vaterschaft/Mutterschaft gewähren (Kernfamilie), weist im aktuellen sozialen Kontext eine erhebliche Heterogenität der Formen auf. Aktuelle Definitionen akzeptieren auch nicht-traditionelle soziale Konfigurationen wie Einelternhaushalte.

Die semantische Verschiebung des Begriffs *Familie* (engl. *family*) ist historisch bedeutsam. Das ursprüngliche lateinische Etymon „*familia*“ bezeichnete den Haushalt im weiteren Sinne, einschließlich Verwandten und Bediensteten, was heute eine archaische Bedeutung verkörpert. Die aktuelle Polysemie des Begriffs erfordert eine präzise Klassifizierung, die sich auf rechtlicher, soziologischer und subjektiver Ebene bewegt.

Rechtliche Kategorien

Im Justizbereich gibt es keine einheitliche Definition. Im Kontext der Rechtssprache impliziert Familie standardmäßig *Personen, die durch Blutsverwandtschaft, Ehe oder Adoption* verbunden sind. Einige Gerichtsbarkeiten arbeiten jedoch mit weiter gefassten, flexibleren Definitionen, die auch nicht blutsverwandte oder nicht eheliche Gemeinschaften umfassen.

Die slowakische Gesetzgebung (Familiengesetz) definiert Familie im engeren Sinne in erster Linie als eine rechtlich anerkannte Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern innerhalb eines gemeinsamen Haushalts, die auf einer biologischen Verbindung oder *Adoption* basiert. Die rechtliche Gleichwertigkeit zwischen Adoption und biologischer Elternschaft bleibt erhalten. Die Familie umfasst auch das einelterliche Modell (z. B. alleinerziehende Mutter mit Kind).

Das slowakische Rechtssystem unterscheidet zwei geschützte Formen des Zusammenlebens von Partnern:

- Ehe – rechtlich formalisierte Verbindung zwischen Mann und Frau. Die Frage der Legalisierung von gleichgeschlechtlichen Partnerschaften bleibt im slowakischen Rechtsraum ein kontroverses Thema ohne eindeutige legislative Lösung, obwohl sie in vielen ausländischen Rechtsordnungen mit gleichen Rechten, einschließlich Adoption, vollständig akzeptiert ist.
- Zusammenleben (Kohabitation) – enges persönliches Zusammenleben einer heterosexuellen Dyade ohne formelle rechtliche Bindung. Die *de jure* Beurteilung der Anerkennung dieser Beziehung umfasst Faktoren wie Dauer, gemeinsames Wohnen,

wirtschaftliche Bindung und den Nachweis gegenseitiger emotionaler und willensmäßiger Zuneigung.

Praktische und soziologische Formen

Die heutige Realität spiegelt die Vielfalt der Familienformen wider (Gelles & Levine, 1995), was einen Beweis für die fortschreitende soziale Entwicklung darstellt. Dazu gehören beispielsweise: unvollständige Familien, zusammenlebende heterosexuelle Paare, homosexuelle und lesbische Ehen/Familien, Drei-Generationen-Haushalte (*Großfamilien*) und Stieffamilien (*Blended families*).

Der Soziologe George Murdock (1949) identifizierte vier grundlegende soziale Funktionen der Familie als Institution:

1. Sexuelle Regulierung

Die Familie fungiert als Mechanismus zur Strukturierung des Sexualverhaltens. Keine Gesellschaft erlaubt absolute sexuelle Freiheit, sondern wendet eine Reihe von geschriebenen und ungeschriebenen Normen an (z. B. Einschränkungen der Sexualität während Trauerzeiten, Ritualen, Schwangerschaften). Ein universelles Element ist das Inzesttabu – das Verbot sexueller Beziehungen zwischen nahen Verwandten (Eltern-Kinder, Geschwister).

- **Zweck des Inzesttabus** ist die Beseitigung innerfamiliärer sexueller Konflikte und Rivalitäten; Aufrechterhaltung angemessener Rollen der Familienmitglieder; Förderung der Exogamie und Schaffung breiterer sozialer Bindungen zu anderen Familien, um gegenseitig vorteilhafte Interessen zu erreichen.

2. Fortpflanzung

Die Familie sorgt für den biologischen Bevölkerungersatz und das Wachstum der Gesellschaft. Das Fehlen von Fortpflanzung (z. B. in religiösen Gemeinschaften wie den Shakers, die sexuelle Beziehungen ablehnen) führt zum demografischen Zusammenbruch und zum Untergang der sozialen Einheit (Ritzer, 2007).

3. Wirtschaftliche Zusammenarbeit

In traditionellen Gesellschaften stellte die Familie die grundlegende wirtschaftliche Produktionseinheit dar (Lebensmittelproduktion, Wohnen, Gesundheit). Murdock erklärt die Ehe unter anderem als eine effektive Zusammenarbeitseinheit auf der Grundlage der primären geschlechtlichen Differenz (Tischler, 2011).

- **Transformation in modernen Gesellschaften** – Die Familie hat einen Wandel vom Produzenten zum Konsumenten durchlaufen. Wirtschaftliche Aspekte (Gesundheitsversorgung, Pflege von Kranken/Senioren) werden auf sekundäre Institutionen (Krankenhäuser, Seniorenheime) übertragen. Die Familie behält jedoch ihre wichtigsten wirtschaftlichen Funktionen: Sicherung des Einkommens durch erwachsene Mitglieder und Führung des Haushalts (Zubereitung von Mahlzeiten, Reinigung, Freizeit).

4. Sozialisation/Erziehung:

Die Familie wird als primärer Sozialisationsfaktor definiert. Ihre Rolle geht über die biologische Fortpflanzung hinaus; sie ist wesentlich für den Spracherwerb, die interne Aneignung von Werten, Normen, Überzeugungen und soziale Fähigkeiten (so

genannte primäre Sozialisation). Die Komplexität dieses Prozesses in der primären Gruppe verleiht ihm einen natürlichen und impliziten Charakter.

Zu Murdocks vier Funktionen kamen weitere hinzu, insbesondere aus psychologischer und soziologischer Sicht:

- **Bereitstellung von Affektivität und emotionaler Unterstützung:**

Die Familie befriedigt psychologische Bedürfnisse (Zuneigung, Schutz, Selbstvertrauen, Unterstützung in Krisensituationen). Ihre primäre Gruppenstruktur verschafft ihr einen enormen Vorteil gegenüber anderen Sozialisationsinstanzen (Schule, Gleichaltrige) bei der Sicherung dieser Bedürfnisse auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene. Sie ist eine wichtige Quelle für Zusammenhalt und Solidarität.

- **Verleihung des sozialen Status:**

Die Familie weist dem Einzelnen vorgeschriebene Status (ascribed statuses) zu, die oft dauerhaft sind. Dazu gehören Alter, ethnische Zugehörigkeit, Nationalität, Religion und soziale Klasse. Obwohl einige Status (Religion, Klasse) später zu erworbenen Status (achieved statuses) modifiziert werden können, wird die primäre Verankerung der Identität durch die Zugehörigkeit zum Familienclan definiert.

Klinisch-soziale Folgen dysfunktionaler intergenerationeller Beziehungen

Auf der Grundlage der vorangegangenen Analyse der dynamischen Spannungen und Synergien ist es notwendig, den Fokus auf die klinisch-sozialen Folgen zu verlagern, die sich aus dysfunktionalen intergenerationellen Bindungen und dem Versagen bei der Anpassung an transformierte Familienfunktionen im mitteleuropäischen Kontext ergeben. Diese Auswirkungen sind ein zentrales Thema in der Sozialarbeit und den Gesundheitswissenschaften.

1. Sozialpathologische Auswirkungen auf die jüngere Generation

Dysfunktionale intergenerationelle Beziehungen, die insbesondere durch inkonsistente emotionale Unterstützung oder übermäßigen wirtschaftlichen Druck gekennzeichnet sind, führen zu einer spezifischen Pathologie bei erwachsenen Kindern (Generation Y/Z):

- **Syndrom der verlängerten Adoleszenz (aufgrund wirtschaftlichen Drucks):**

- o **Manifestation** – Unfähigkeit, vollständige psychologische und finanzielle Autonomie (Separation-Individuation) zu erreichen. Eine verlängerte wirtschaftliche Abhängigkeit von den Eltern (*NEET*-Phänomen – Not in Education, Employment, or Training) führt zu einer Schwächung der *Selbstwirksamkeit*.

- o **Klinische Implikation** – im Rahmen der Logotherapie (Frankl) kann dies zu existenzieller Frustration und einem Gefühl der existenziellen Langeweile (existenzielles Vakuum) führen, da die Unfähigkeit, Rollen (Partner, Elternteil, unabhängiger Erwachsener) zu erfüllen, die Suche nach einem Sinn behindert.

- **Belastungen in Paarbeziehungen (Folge eines axiologischen Konflikts):**

- o **Manifestation** – interne Konflikte zwischen traditionellen, von den Eltern übertragenen Werten und liberalen/modernen Werten, die aus dem Umfeld

übernommen wurden. Dies erschwert die Integration von Rollen in neuen Familienmodellen (z. B. Arbeitsteilung, Finanzverwaltung).

o **Klinische Implikation** – hohes Maß an Angst vor der Ausübung der Rolle und gestörtes zwischenmenschliches Vertrauen, was sich in einer erhöhten Scheidungsrate und Instabilität von Partnerschaften äußert.

2. Psychologische und soziale Auswirkungen auf die ältere Generation (Senioren)

Mit dem Wandel der wirtschaftlichen und betreuenden Funktion der Familie sieht sich die ältere Generation mit neuen Risiken konfrontiert:

- **Risiko sozialer Isolation und Deprivation (Versagen der Betreuungsfunktion):**

o **Manifestation** – trotz der erklärten engen emotionalen Bindung kommt es zu einer Institutionalisierung der Betreuungsfunktion (Umzug in Seniorenheime/Krankenhäuser), wodurch der Senior aus seinem primären sozialen Netzwerk herausgerissen wird.

o **Klinische Implikation** – erhöhtes Risiko für geriatrische Depressionen und Angstzustände, die durch den wahrgenommenen Mangel an kindlicher Pietät (Kindesehrfurcht/Respekt) noch verstärkt werden. Im Kontext der Sozialarbeit weist dies auf die Notwendigkeit hin, die häusliche Pflege durch die Gemeinschaft zu stärken.

- **Rollenkrise und Sinnverlust (Folge der Veränderung der wirtschaftlichen/sozialisierenden Rolle):**

o **Manifestation:** – Der Verlust der primären wirtschaftlichen und erzieherischen Rolle (z. B. nach dem Ausscheiden der Enkelkinder aus der Betreuung) führt zu Gefühlen der Unnötigkeit und des Verlusts der sozialen Relevanz.

o **Klinische Implikation** – Gefährdung durch Weitergabe von Erfahrungen).

3. Interventionsmöglichkeiten und Spiritualität als Schutzfaktor

Im Rahmen der Psychologie und Sozialarbeit ist es unerlässlich, Spiritualität als Schutzfaktor gegen die destruktiven Folgen dysfunktionaler Bindungen zu nutzen:

Folgen des Konflikts	Intervention der Sozialarbeit	Spirituelle/psychologischer Mechanismus
Wirtschaftliche Belastung/Abhängigkeit	Erleichterung der Mediation und Festlegung klarer generationsübergreifender Grenzen (z. B. finanzieller Vertrag).	Fokus auf transzendente Werte (Maslow). Die junge Generation sucht Sinn im Dienst/Schaffen außerhalb der Familie; die ältere Generation findet Sinn in der Weisheit (Jungs essentielles Selbst).
Erzieherischer/axiologischer Widerspruch	Familietherapie mit Schwerpunkt auf der multigenerationellen	Anwendung des Prinzips der Ganzheitlichkeit (Jung): Akzeptanz von Gegensätzen

Folgen des Konflikts	Intervention der Sozialarbeit	Spirituelle/psychologische Mechanismus
	Weitergabe von Traumata und Werten.	und Vielfalt innerhalb des familiären <i>Selbst</i> . Orientierung an reifer Religiosität (Allport): innere, nicht nur institutionelle Ausdrucksform des Glaubens.
Soziale Isolation älterer Menschen	Förderung der Integration in die Gemeinschaft und von Programmen für aktives Altern (z. B. generationen-übergreifende Zentren).	Zugehörigkeitsgefühl (<i>Belonging</i>) und Stärkung eines universalisierenden Glaubens (Fowler), der über das individuelle Ego hinausgeht und ältere Menschen mit dem größeren Ganzen der Gesellschaft und der Existenz verbindet.

Tab. Nr. 2: Interventionsmöglichkeiten und Spiritualität als Schutzfaktor

Quelle: Eigene Darstellung

Die klinischen Folgen gestörter intergenerationeller Bindungen stellen derzeit in erster Linie psychosoziale Risiken dar, die einen interdisziplinären Ansatz erfordern. Die Integration spiritueller und existentieller psychologischer Theorien (Jung, Frankl, Maslow) in die Sozialarbeit und klinische Intervention ist eine unverzichtbare Strategie für die Wiederherstellung gesunder und funktionierender intergenerationeller Beziehungen im mitteleuropäischen Familiensystem.

Kognitive und soziale Zuordnung der spirituellen Erziehung im Familiensystem

Der Einfluss der Familie auf die spirituelle Dimension der kindlichen Entwicklung ist von entscheidender Bedeutung und wird sowohl durch psychologische Theorien als auch durch empirische soziologische und neurologische Daten untermauert.

1. Spiritualität als kognitives Konstrukt. Spirituelle Intelligenz (SQ)

Das von den Autoren Zohar und Marshall (2000) definierte **Konzept der spirituellen Intelligenz (SQ)** stellt die **Fähigkeit zur Transzendenz** und zur Formulierung grundlegender, existenzieller Fragen dar.

- **Die Beziehung zwischen SQ, IQ und EQ** – Zohar und Marshall postulieren, dass SQ neben dem Intelligenzquotienten (IQ), der logisches Denken repräsentiert, und der emotionalen Intelligenz (EQ), die affektive Reaktionen vermittelt, koexistiert. SQ integriert diese kognitiven Modalitäten bei der Suche nach ontologischem Sinn und der *Füllung existenzieller Leere*.

- **Natürliche Metakognition** – Die angeborene Neugierde von Kindern und metaphysische Fragen werden als primäre Beweise für die natürliche menschliche

Tendenz interpretiert, einen metaphysischen Rahmen für die eigene Existenz zu konstruieren.

- **Funktion der Einsicht** – spirituelle Erfahrungen erzeugen tiefe kognitive Einsichten und neue Perspektiven, die für ethische Entscheidungen, Problemlösungen und adaptives Verhalten entscheidend sind. Neurologische Forschungen (Zohar und Marshall, 2000) stützen die Existenz neuronaler Korrelate dieser Dimension.

2. Die Familie als primärer Akteur der spirituellen Sozialisation

Das familiäre Umfeld ist ein dominanter Faktor in der spirituellen Entwicklung eines Kindes, wobei die Religiosität und Spiritualität der Eltern als Schutzfaktor für die psychische Gesundheit und die psychosoziale Anpassung der Kinder wirken.

Empirische Korrelationen der elterlichen Religiosität:

- **Eheliche und elterliche Kompetenz** – empirische Daten (Brody, 2003) deuten darauf hin, dass ein höheres Engagement der Eltern in organisierten religiösen Aktivitäten mit harmonischeren ehelichen Beziehungen und einem höheren Niveau an elterlichen Fähigkeiten korreliert.
- **Positive Ergebnisse bei Kindern** – Diese Faktoren des elterlichen Verhaltens führen in der Folge zu einer Steigerung der Kompetenzen der Kinder, einer Verbesserung ihrer Selbstregulierung, ihrer psychosozialen Anpassung und ihrer schulischen Leistungen.
- **Reduzierung der Symptomatik** – Studien (Bartkowski et al., 2008; Brody, Stoneman & Flor, 1996) zeigen übereinstimmend, dass eine höhere Häufigkeit der Teilnahme von Müttern und Vätern an religiösen Zeremonien mit einem geringeren Ausmaß an internalisierenden und externalisierenden Symptomen bei Kindern (z. B. Angstzustände, Aggressivität) verbunden ist, was auch von externen Gutachtern (Lehrer) bestätigt wird.
- **Intergenerationelle Übertragung** – Die Überzeugungen und das Verhalten der Eltern, einschließlich ihrer Religiosität, haben einen signifikanten Einfluss auf den Glauben und das spirituelle Verhalten von Kindern in der Kindheit und Jugend (Kim et al., 2009).

3. Bildung und spirituelle Entwicklung

Obwohl Fisher (1998) die primäre Verantwortung der Eltern und Betreuer für die spirituelle Gesundheit der Kinder bestätigt, spielen auch pädagogische Fachkräfte und die formale Bildung eine Rolle bei der Entwicklung dieser Fähigkeit.

- **Kapazitätstraining** – Die Fähigkeit, SQ zu entwickeln, kann trainiert werden. Der Erwerb von Wissen und eine höhere Bildung werden als Beschleuniger des spirituellen Wachstums angesehen, da sie die Fähigkeit eines tiefen Verständnisses grundlegender Konzepte erfordern (Morris et al., 2014).
- **UNESCO-Rahmen** – Der UNESCO-Bericht (1996) definiert Lernen anhand von vier Säulen (*Lernen zu wissen; Lernen zu tun; Lernen, zusammenzuleben; Lernen zu sein*). Die Säule „Lernen zu sein“ umfasst direkt eine Dimension, die über den Rahmen rein kognitiver Informationen hinausgeht – die Essenz der Spiritualität.

Zusammenfassung

Zusammenfassend hat die umfassende Analyse der Spiritualität im familiären Kontext ihre prägende Rolle aufgezeigt, welche sich in zwei Hauptformen manifestiert,

die jedoch miteinander verbunden sind: der religiösen und der nicht-religiösen Form. Während religiöse Spiritualität institutionell verankerte Antworten, Rituale und klar definierte Autoritäten bietet, agiert nicht-religiöse Spiritualität eher auf der Ebene der individuellen Sinnsuche, des ethischen Handelns und durch Familienerzählungen und Rituale des Staunens. Unabhängig von der Form fungiert die generationsübergreifende Dynamik in der Familie als primärer Übertragungskanal dieses spirituellen Erbes, wobei die Qualität der Beziehungen über dessen Annahme oder Ablehnung entscheidet. Beide Formen der Spiritualität erfüllen eine Schlüsselrolle im Erziehungsprozess, indem sie dem Kind ethische und moralische Kriterien für die Orientierung in der Welt vermitteln, die Entwicklung der Wesensunterscheidung (Authentizität) fördern und eine axiologische Kontinuität aufbauen, die den Einzelnen in einem größeren kosmischen Kontext verankert. Die Aufgabe der Erwachsenen in der Familie besteht also nicht nur darin, fertige Überzeugungen zu vermitteln, sondern vor allem die Fähigkeit zu kultivieren, „gute Fragen“ zu stellen und ständig offen für die Suche nach Sinn zu sein. Das spirituelle Leben bleibt somit ein dynamischer Integrationsprozess und keine statische Konformität.

LITERATURVERZEICHNIS

BARTKOWSKI JP, Xu X, Levin ML .(2008). Religion and child development: Evidence from the early childhood longitudinal study. *Social Science Research*; 37, 18–36. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2007.02.001>

BORYSENKO, J. - BORYSENKO, M. 1996. *Léčivá moc mysli*. Praha: Pragma. ISBN 80-7205-054-0

BRODY ,GH.(2003). Religiosity and family relationships. *Journal of marriage and the family*. 56(4)

CHESTERTON, G. K. 1976. *Ohromné maličkosti*. Praha: Vyšehrad. ISBN neuvedené
Crowell, J. A., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2008). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.),

DRAPELA, V. J. 2008. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-505-9.

DUBINOVÁ, T. 2013. *Kořeny ženské spirituality*. Praha: Keltner Publishing. ISBN 9788087642191

FISHER, J. (1998) Helps to Fostering Students' Spiritual Health. *International Journal of Children's Spirituality*. 4(1), <https://doi.org/10.1080/1364436990040104>

FOWLER, W. J. 2006. Stages of Faith From Infancy Through Adolescence: Reflections on Three Decades of Faith Development Theory. In ROEHLKEPARTAIN, E.C. ET AL. 2006.

GELLES, R.J. and A. Levine 1995. *Sociology : An introduction*. New York, Mcgraw Hill. ISBN 0070247676, 9780070247673

GROF, S. – GROFOVÁ, CH. 1999. Krize duchovního vývoje. Praha: Chvojtkovo nakladatelství. ISBN 80-86183-09-2

HALÍK, T. 2012. Chci, abys byl. Praha: Lidové noviny. ISBN 9788074221774
HAMPLOVÁ, D. 2013. Náboženství na prahu 3. tisíciletí. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2244-6.

HILL, P. C. - PARGAMENT, K. I. 2003. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental research. *American Psychologist*, 2003, 58(1), 64 - 74.
<https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.64>

JUNG, C. G. 1994. Duše moderního člověka. Brno: Atlantis. ISBN 80-7108-087-X.
LACHMANOVÁ, K. 2004. Laická spiritualita Madeleine Belbrelové. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-870-4

MILLOVÁ, K. 2010. Teorie celoživotního vývoje. IN M. BLATNÝ A KOL., 2010. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 9788024734347

MOORE, T. 2014. Osobní náboženství. Brno: Emitos. ISBN 978-80-87171-42-4.
MURDOCK, G.P., (1949), *Social structure*. The MacMillan Company, New York. ISBN: neuvedené

NEWBERG, A. & WALDMAN, M. R. 2009. How God changes your brain. New York: Ballantine Books. ISBN 978-0345503428

NEWBERG, B. A. & NEWBERG K. S. 2006. A Neuropsychological Perspective on Spiritual Development. In ROEHLKEPARTAIN, E.C. ET AL. 2006. *The Handbook of spiritual development in childhood and adolescence*. USA: Sage Publications, Inc.

ŘÍČAN, P. 2007. Psychologie náboženství a spirituality. Praha: Portál. ISBN 978- 80-7367-312-3.

RITZER, G. (2007) *The Globalization of Nothing*, 2nd edn. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press. ISBN 978-1412940221

ROHR, R. 2015. Pád vzhůru. Praha: Vyšehrad. ISBN 9788074295423
SAMOJSKÝ, P. 2014. Spiritualita (nejen) pro skeptiky. Praha: Unitaria. ISBN 9788086105703

SHELDRAKE, P. 2012. *Spirituality: A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0199588756

STEERE, D. A. 1997. *Spiritual Presence In Psychotherapy*. New York: Routledge. ISBN 9780203777657

TISCHLER, H.L., (2011), *Introduction to Sociology* . Wadsworth, Cengage Learning. ISBN: 9780495804406

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

YEOMANS, T. 1994. Duchovní poranění a psychoterapie. Massachusetts, Concord: The Concord Institute. ISBN neuvedené

ZOHAR, D. & MARSHALL, I. (2000). Spiritual intelligence: the ultimate intelligence. New York: Bloomsbury. ISBN: 100747536449

Kontakt

PhDr. Ernest Kováč, PhD., MBA, LL.M.
Polizeiakademie in Bratislava
Sklabinská 1
835 17 Bratislava
Slowakische Republik
E-Mail: ernest.kovac@gmail.com

Übersetzung
Mgr. Ervín Weiss, PhD. UKF Nitra

MEDZIGENERAČNÝ MENTORING NA PRACOVISKU: OBOJSMERNÝ PRENOS SKÚSENOSTÍ A ROZVOJ ZAMESTNANCOV

INTERGENERATIONAL MENTORING IN THE WORKPLACE: BIDIRECTIONAL KNOWLEDGE TRANSFER AND EMPLOYEE DEVELOPMENT

Lorko Praznovská Daniela¹

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

Abstrakt

Teoretické východiská: Medzigeneračný mentoring a vzdelávanie na pracovisku predstavujú strategický nástroj pre efektívny prenos tacitných a explicitných znalostí medzi zamestnancami rôznych vekových skupín. Mentoring zahŕňa odborné vedenie, psychosociálnu podporu a poradenstvo pri profesijnom rozvoji, pričom umožňuje obojstranné učenie sa – mentori odovzdávajú skúsenosti a zároveň reflektujú vlastný rozvoj prostredníctvom interakcie s mladšími kolegami. Tento proces podporuje rozvoj profesionálnych zručností mentee, ich adaptabilitu a budovanie kultúry vzájomného rešpektu a dôvery.

Cieľ: Cieľom výskumu bolo preskúmať skúsenosti mentorov a mentee s prenosom skúseností a vedomostí prostredníctvom medzigeneračného mentoringu a identifikovať faktory, ktoré podporujú alebo obmedzujú jeho efektívny priebeh.

Metódy: Výskum bol realizovaný kvalitatívne pomocou pološtrukturovaných rozhovorov s 8 mentormi a 8 mentee. Dáta boli analyzované prostredníctvom trojstupňového kódovania (otvorené, axiálne, selektívne), čo umožnilo identifikovať centrálnu kategóriu – „Medzigeneračný mentoring ako obojstranný proces učenia a prenosu znalostí“. Trojstupňové kódovanie umožnilo systematicky odhaliť vzorce v skúsenostiach mentorov a mentee a prepojiť ich s faktormi ovplyvňujúcimi efektívnosť mentoringu.

Výsledky: Medzigeneračný mentoring rozvíja zručnosti mentee, posilňuje ich motiváciu a profesijnú identitu. Mentori odovzdávajú skúsenosti a zároveň sa učia od mladších kolegov. Prenos znalostí prebieha prostredníctvom priamej spolupráce, praktických ukážok, pozorovania a školení. Kľúčovú úlohu zohrávajú psychosociálne faktory, ako dôvera, partnerský prístup a spätná väzba, pričom hlavné bariéry predstavujú generačné rozdiely, odlišné pracovné štýly a digitálne kompetencie.

Záver: Medzigeneračný mentoring je dynamický a obojstranne prospešný proces učenia sa a prenosu znalostí na pracovisku. Organizácie by mali jeho implementáciu systematicky podporovať, rozvíjať digitálne kompetencie mentorov, aktívne zapájať mentee a budovať kultúru dôvery a spolupráce, čím sa zvyšuje profesijný rozvoj všetkých účastníkov a udržateľnosť organizačného know-how.

Kľúčové slová: Medzigeneračný mentoring, Prenos znalostí, Profesijný rozvoj, Generačné rozdiely, Psychosociálne aspekty

Abstract

Theoretical Background: Intergenerational mentoring and workplace learning represent a strategic tool for the effective transfer of tacit and explicit knowledge among employees of different age groups. Mentoring involves professional guidance, psychosocial support, and career development advice, while enabling reciprocal learning – mentors transfer their experience and simultaneously reflect on their own development through interaction with younger colleagues. This process supports the development of mentees' professional skills, their adaptability, and the cultivation of a culture of mutual respect and trust.

Aim: The aim of the study was to examine the experiences of mentors and mentees in the transfer of knowledge and skills through intergenerational mentoring and to identify factors that facilitate or hinder its effective implementation.

Methods: The study was conducted qualitatively using semi-structured interviews with 8 mentors and 8 mentees. Data were analyzed through a three-stage coding process (open, axial, selective), which allowed for the identification of a central category – “Intergenerational mentoring as a reciprocal process of learning and knowledge transfer.” The three-stage coding enabled systematic detection of patterns in mentors' and mentees' experiences and their connection with factors influencing mentoring effectiveness.

Results: Intergenerational mentoring develops mentees' skills, enhances their motivation, and strengthens their professional identity. Mentors transfer experience while also learning from younger colleagues. Knowledge transfer occurs through direct collaboration, practical demonstrations, observation, and formal training. Psychosocial factors such as trust, a collaborative approach, and constructive feedback play a key role, while main barriers include generational differences, diverse work styles, and digital competencies.

Conclusion: Intergenerational mentoring is a dynamic and mutually beneficial process of learning and knowledge transfer in the workplace. Organizations should systematically support its implementation, develop mentors' digital competencies, actively involve mentees, and foster a culture of trust and collaboration, thereby enhancing the professional development of all participants and ensuring the sustainability of organizational know-how.

Keywords: Intergenerational mentoring, Knowledge transfer, Professional development, Generational differences, Psychosocial factors

Úvod

Medzigeneračný mentoring predstavuje cenný nástroj na podporu prenosu skúseností a rozvoja zamestnancov rôzneho veku. Vzťahy medzi generáciami na pracovisku nie sú vždy harmonické, čo zdôrazňuje potrebu vzájomného rešpektu (Petrášová, Štěpánek, Prausová 2014). Skúsenejší pracovníci poskytujú mladším podporu pri rozvoji odborných a osobnostných kompetencií a umožňujú zdieľanie praktických skúseností, overených poznatkov a know-how, ktoré nemožno získať iba teoretickým vzdelávaním. Tacitné znalosti vychádzajú z praktických skúseností a

intuície, zatiaľ čo explicitné znalosti sú systematicky formalizované a dokumentované. Prepojenie týchto znalostí je kľúčové pre budovanie organizačného know-how a rozvoj zamestnancov. Medzigeneračný mentoring podporuje odborné zručnosti, interpersonálne väzby, organizačnú kultúru a motiváciu k učeniu sa (Allen et al. 2004; Choi, Pak 2006).

S rastúcou komplexnosťou práce a technologickým pokrokom sa efektívny prenos skúseností stáva strategickým prínosom pre organizácie. Účinnosť môže ovplyvniť časová náročnosť, rozdiely v digitálnych kompetenciách, odlišné pracovné štýly či nedostatočná organizačná podpora. Kvalitatívny prístup výskumu umožňuje lepšie pochopenie skúseností mentorov a mentees a reflektuje význam tacitných a explicitných znalostí pri medzigeneračnom učení.

Súčasný stav skúmanej problematiky

Medzigeneračný mentoring a vzdelávanie sú kľúčovým nástrojom moderného manažmentu a rozvoja organizácií. Zamestnanci rôznych generácií sa odlišujú v pracovných návykoch, hodnotách a technických zručnostiach, čo vyžaduje cielenej stratégie prenosu znalostí (Eisenberger et al. 2001). Mentor poskytuje odborné vedenie, psychosociálnu podporu a sprostredkuje hodnoty medzi generáciami (Petrášová, Štěpánek, Prausová 2014). Mladší zamestnanci hľadajú orientáciu v organizačnej kultúre a motiváciu, starší zas zdieľajú neformálne skúsenosti a intuície, ktoré nie sú vždy dokumentované. Tacitné znalosti sa tak prenášajú efektívnejšie prostredníctvom cielenej mentoringovej stratégie.

Mentoring umožňuje zachovať kľúčové know-how a minimalizovať jeho stratu pri odchode skúsených pracovníkov (Allen et al. 2004). Neformálne mentorovanie, vrátane reverzného mentoringu, často prináša hodnotnejšie poznatky než formálne školenia (Pilková, Holienka, Suchánková 2023). Medzigeneračný mentoring čelí však aj bariéram, ako sú odlišná komunikácia, pracovné preferencie a nízke ocenenie skúseností starších zamestnancov (OECD 2024). Systematická podpora organizácie vytvára prostredie dôvery a rešpektu, kde mladší zamestnanci sa učia od starších a starší oceňujú význam odovzdanej skúsenosti.

Rozvoj manažérskych kompetencií a schopnosť zdieľať tacitné znalosti sú kľúčové pre úspešné vedenie tímov (Lojda 2011). Medzigeneračný mentoring tak podporuje nielen odborné zručnosti, ale aj kultúru kontinuálneho učenia, vzájomného rešpektu a udržiavanie organizačnej pamäte, pričom z praxe vyplýva, že mentoring zahŕňa obojstranné učenie a faktory, ktoré podporujú alebo obmedzujú jeho efektívnosť.

Pojmový rámec výskumného problému

Pojmový rámec výskumného problému predstavuje systematický súbor základných pojmov, kategórií a vzťahov, ktoré tvoria jadro skúmaného fenoménu a umožňujú jeho metodologickú operacionalizáciu. Pre tento výskum sú kľúčové nasledujúce pojmy:

1. **Medzigeneračný mentoring** je proces, v ktorom jednotlivci z rôznych vekových skupín spolupracujú na vzájomnom učení sa, výmene skúseností a

rozvoji kompetencií. Tento prístup podporuje vzájomné porozumenie, rešpekt a spoluprácu medzi generáciami, čo posilňuje sociálne väzby a zlepšuje pracovné prostredie. Programy medzigeneračného mentoringu môžu byť realizované formálne aj neformálne a implementované v rôznych kontextoch, vrátane pracovísk, škôl či komunitných prostredí (Waight, Waight 2025).

2. **Mentee** je mladší alebo menej skúsený zamestnanec, ktorý prijíma vedenie, podporu a odborné rady mentora, pričom aktívne zapája svoje schopnosti a motiváciu do procesu učenia.
3. **Mentor** je skúsený zamestnanec, ktorý poskytuje mentee odborné vedenie, podporu a spätnú väzbu v rámci pracovného kontextu, okrem prenosu znalostí zohráva úlohu modelu správania a profesionálneho vzoru a k udržaniu organizačného know-how. Starší zamestnanci zároveň reflektujú vlastné skúsenosti a odbornú prax, čo posilňuje ich profesijnú identitu a pocit významu v pracovnom prostredí (Hendl 2016).
4. **Tacitné a explicitné znalosti** predstavujú kľúčové prvky organizačného know-how. Tacitné znalosti zahŕňajú praktické, neformálne a skúsenostné vedomosti, ktoré sa najefektívnejšie prenášajú prostredníctvom cielene riadených interakcií medzi zamestnancami, zatiaľ čo explicitné znalosti sú formálne, vedome vyjadriteľné informácie, často sprostredkované slovom alebo písomnými materiálmi, ktoré dopĺňajú a podporujú prenos tacitných skúseností (Stacho, Stachová 2021; Brumovská, Seidlová Málková 2010).
5. **Generačné rozdiely** zohrávajú kľúčovú úlohu pri efektívnosti medzigeneračného mentoringu. Prejavujú sa v odlišných očakávaniach, hodnotách, pracovných návykoch a prístupe k technológiám medzi zamestnancami rôznych vekových skupín. Literatúra zdôrazňuje, že medzigeneračný mentoring predstavuje účinný nástroj na prekonávanie týchto rozdielov a podporu vzájomného učenia sa medzi generáciami (Waight, Waight 2025).

Cieľ výskumu

Cieľom tejto štúdie je analyzovať proces medzigeneračného mentoringu na pracovisku so zameraním na prenos tacitných a explicitných znalostí medzi skúsenými zamestnancami (mentormi) a mladšími kolegami (mentee). Štúdia sa zameriava na identifikáciu mechanizmov, podmienok a determinantov podporujúcich efektívny prenos znalostí a kompetencií, ako aj na rozpoznanie výziev a bariér, ktoré tento proces môžu limitovať.

Hlavná výskumná otázka:

Ako prebieha prenos skúseností a vedomostí prostredníctvom medzigeneračného mentoringu na pracoviskách a aké faktory ovplyvňujú jeho efektívnosť?

Čiastkové výskumné otázky:

ČVO1: Ako vnímajú mentori a mentee svoje roly, zodpovednosti a prínos v procese medzigeneračného mentoringu?

ČVO2: Aké spôsoby prenosu skúseností a vedomostí sa v praxi využívajú a ktoré z nich sa ukazujú ako najefektívnejšie?

ČVO3: Aký význam majú psychosociálne aspekty mentoringu – podpora, dôvera, reflexia skúseností – pre budovanie profesijnej identity mentee?

ČVO4: Aké organizačné a generačné faktory ovplyvňujú efektívnosť medzigeneračného mentoringu, a aké bariéry či výzvy pri tom vznikajú?

Výskumné metódy

Výskum bol koncipovaný s využitím kvalitatívneho prístupu a metodológie zakotvanej teórie, ktorá umožňuje systematickú indukčnú konštrukciu teoretických záverov priamo z empirických dát, čím sa zabezpečuje, že vzniknuté teoretické koncepty vychádzajú z reálne pozorovaných sociálnych procesov (Hendl 2016). Zakotvená teória je vhodná na skúmanie komplexných sociálnych procesov, ako je medzigeneračný mentoring a prenos tacitných a explicitných znalostí, pretože umožňuje systematické generovanie kategórií a vzťahov medzi nimi na základe skúseností účastníkov (Glaser, Strauss 1967; Charmaz 2014). Tento prístup zachytáva dynamiku mentoringového procesu, ktorá môže byť v tradičných kvantitatívnych štúdiách prehliadaná. Kvalitatívny dizajn založený na zakotvanej teórii tak poskytuje hlboký pohľad na medzigeneračný mentoring, vytvára empirické podklady pre teoretický rámec a umožňuje identifikovať faktory ovplyvňujúce efektívnosť mentoringového procesu v reálnom pracovnom prostredí.

Empirické dáta boli získané prostredníctvom polostrukturovaných rozhovorov, ktoré kombinujú vopred definované otázky s otvoreným priestorom pre spontánne reakcie, čím umožňujú detailne skúmať subjektívne vnímanie skúseností mentorov a mentee, ich interpretáciu rolí a zodpovedností, poskytovanie psychosociálnej podpory a proces prenosu znalostí (Hendl 2016). Analýza dát bola realizovaná pomocou trojstupňového kódovania a to otvoreným, axiálnym a selektívnym kódovaním.

Charakteristika výskumného súboru

Výskumný súbor pozostáva zo 16 participantov – 8 mentorov a 8 mentee, čo umožňuje analyzovať obidve perspektívy v procese medzigeneračného mentoringu. Výber participantov bol v začiatkovej fáze zámerný. V druhej fáze bol výber participantov realizovaný prostredníctvom teoretického vzorkovania, pričom účastníci boli dopĺňaní až do dosiahnutia saturácie dát, aby sa rozvinuli vznikajúce kategórie a zabezpečila sa komplexnosť získaných informácií.

Tabuľka 1 Charakteristika participantov kvalitatívneho výskumu - **Mentori**

Participant	Rola	Profesie	Dĺžka praxe (roky)	Memoing výskumníka
P1	Mentor	Zámočník	20	Dlhoročné skúsenosti s mentorovaním a zaúčaním
P2	Mentor	Elektromechanik	18	Pravidelne mentoruje nových pracovníkov vo výrobe

Participant	Rola	Profesie	Dĺžka praxe (roky)	Memoing výskumníka
P3	Mentor	Operátor výroby	15	Zameranie na prenos tacitných zručností
P4	Mentor	Skladník	8	Dlhoročné skúsenosti z viacerých firiem
P5	Mentor	Zámočník	22	Mentoruje nováčikov a strikne dbá na pracovné postupy
P6	Mentor	Elektromechanik	19	Zameranie na technické znalosti a bezpečnosť
P7	Mentor	Operátor výroby	16	Mentor pri adaptácii nových pracovníkov
P8	Mentor	Logistik	20	Mentoring pri plánovaní a evidencii materiálu

Tabuľka 2 Charakteristika participantov kvalitatívneho výskumu - **Mentee**

Participant	Rola	Profesie	Memoing výskumníka
P9	Mentee	Zámočník	Začiatočník, potrebuje praktické vedenie
P10	Mentee	Elektromechanik	Začiatočník v údržbe strojov
P11	Mentee	Operátor výroby	Zameranie na zvládnutie montážnych postupov
P12	Mentee	Skladník	Učí sa efektívnej manipulácii so sklodom
P13	Mentee	Kovoobrábač	Potrebuje vedenie pri precíznej výrobe dielov
P14	Mentee	Elektromechanik	Začiatočník pri diagnostike strojov
P15	Mentee	Operátor výroby	Učí sa správne postupy montáže a bezpečnosti
P16	Mentee	Skladník	Orientuje sa na efektívnu manipuláciu so sklodom

Z etického hľadiska všetci participantí poskytli informovaný písomný súhlas so zapojením do výskumu a boli informovaní o možnosti kedykoľvek odstúpiť. Údaje boli spracované s dôrazom na anonymitu a dôvernosť, v súlade so štandardmi pre kvalitatívny výskum a ochranou osobných údajov.

Výsledky výskumu

Otvorené kódovanie Otvorené kódovanie predstavuje prvú fázu analýzy kvalitatívnych dát v metodológii Zakotvenej teórie. Jeho cieľom je identifikovať základné koncepty, kategórie a subkategórie priamo z výrokov účastníkov výskumu, bez predchádzajúcej teoretickej predprípravy. Ide o systematické identifikovanie útržkov informácií v dátach, ktoré nesú význam v súvislosti s výskumnou otázkou, a ich následné zoskupovanie do kategórií, ktoré presne vystihujú obsah a podstatu týchto informácií (Vévodová, Ivanová 2015). Otvorené kódovanie bolo vykonávané manuálne,

riadok po riadku, aby sa zabezpečila čo najväčšia detailnosť analýzy. Pri kódovaní boli využívané aj výrazy participantov „in vivo“ a priebežne autorkou zaznamenávané memoingy, ktoré dokumentovali myšlienkové procesy, postrehy a interpretácie.

Zo získaných dát sme otvoreným kódovaním vytvorili päť hlavných kategórií, ktoré nám umožnili hľadať odpovede na hlavnú výskumnú otázku: Ako sa realizuje medzigeneračný mentoring a prenos vedomostí na pracovisku? Parciálne otázky nám pomohli získať hlbší pohľad na jednotlivé aspekty medzigeneračného mentoringového procesu aj faktory, ktoré ho ovplyvňujú. Každý otvorený kód bol vytvorený na základe konkrétnych výrokov účastníkov, čo umožnilo zachytiť skutočné skúsenosti a vnímanie procesu medzigeneračného mentoringu.

Tabuľka 3– Kategórie a subkategórie otvoreného kódovania

Kategória	Subkategórie
1. ROLE	1.1 Mentor 1.2 Mentee
2. PRENOS VEDOMOSTÍ	2.1 Formálne mentoringové stretnutia 2.2 Neformálne mentoringové stretnutia 2.3 Spätná väzba
3. PSYCHOSOCIÁLNE FAKTORY	3.1 Dôvera a vzájomný rešpekt 3.2 Podpora a motivácia 3.3 Reflexia skúseností 3.4 Budovanie profesijnej identity
4. ORGANIZAČNÉ FAKTORY	4.1 Podpora vedenia 4.2 Časové obmedzenia 4.3 Bariéry 4.4 Výzvy
5. GENERAČNÉ FAKTORY	5.1 Generačné rozdiely 5.2 Generačné bariéry

Kategória ROLE

V tejto kategórii sme sa zamerali na role v medzigeneračnom mentoringu. Z tejto hlavnej kategórie sme vyšpecifikovali dve subkategórie, ktoré sú vzájomne prepojené a dôležité. Je to mentor a mentee. Tieto subkategórie sme následne analyzovali a popísali v Tabuľke 4.

Tabuľka 4 – Kategória ROLE a jej subkategórie

Subkategórie	Pojmy	In-vivo výroky participantov
1.1 Mentor	Odovzdávanie skúsenosti Podpora Zodpovednosť	(P1)...snažím sa mentee ukázať všetky detaily, nie len hovoriť o teórii...

Subkategória	Pojmy	In-vivo výroky participantov
	Učenie sa od mentee	(P2)...pozerám sa, ako sa môj zverenec mentee zapája do práce a či ju robí zodpovedne a dávam spätnú väzbu podľa potreby... (P6)... niekedy sa od mentee naučím nové spôsoby riešenia problémov, ktoré by ma sami nenapadli...
1.2 Mentee	Prijímanie vedomosti	(P12)...snažím sa všetko hneď vyskúšať a spýtať sa, keď niečo nechápem...
	Učenie sa	(P10)...niektoré postupy sa musím aj doma učiť ako samoštúdium ako v škole len teraz som v práci a som zato platený...
	Zapojenie do mentoringu	(P11)... snažím sa aktívne zapojiť do všetkých úloh, ktoré nám mentor dáva, hoci nie vždy sa mi chce...
	Odvzdanie spätných informácií mentorovi	(P9)...dávam mentorovi spätnú väzbu, keď mi niečo nejde...

Subkategória Mentor predstavuje skúseného pracovníka, ktorý systematicky odovzdáva znalosti a zručnosti prostredníctvom praktických ukážok, podpory a adaptácie prístupu podľa interakcie s mentee, čím sa proces stáva dynamickým a recipročným (Argyris 1999).

Subkategória Mentee opisuje aktívneho účastníka, ktorý prijíma vedenie, zapája sa do učenia, poskytuje spätnú väzbu a reflektuje svoje skúsenosti, čo podporuje autonómiu a sebareguláciu. Analýza ukázala, že úspešný medzigeneračný mentoring závisí od vzájomnej interakcie, aktívneho zapojenia oboch strán a vhodného nastavenia podpory a zodpovednosti v procese učenia.

Kategória PRENOS VEDOMOSTÍ

V tejto kategórii sme sa zamerali na prenos vedomostí v procese medzigeneračnom mentoringu. Z tejto hlavnej kategórie sme vyšpecifikovali štyri subkategórie. Je to **formálne mentoringové stretnutia**, **neformálne mentoringové stretnutia**, **spätná väzba**. Tieto subkategórie sme následne rozanalyzovali a popísali v Tabuľke 5.

Tabuľka 5 – Kategória PRENOS VEDOMOSTÍ a jej subkategórie

Subkategória	Pojmy	Príklady výrokov participantov
2.1 Formálne mentoringové stretnutia	Zaučanie	(P10)...na školení sme mali presný plán, ale mentor nám dal priestor vyskúšať si postupy aj po svojom, čo ja hodnotím veľmi pozitívne...
	Školenia	(P8)...na školení som dostal individuálnu úlohu, potom sme môj navrhovaný postup preberali spoločne s mentorom...
2.2 Neformálne mentoringové stretnutia	Praktické ukážky	(P9)...zo začiatku mi mentor ukázal, ako postupovať krok za krokom.....neskôr keď som nabral istotu som už robil pomaly sám...
	Spoločná práca	(P2)... pri spoločnej práci sa mentee občas pýta zaujímavé otázky, ktoré ma nútia premýšľať inak a zároveň mi ukazujú, ako vníma danú situáciu...
2.3 Spätná väzba	Diskusia	(P1) ...snažím sa diskutovať s mentee často, niekedy pri obede niekedy v šatni, vždy si čas nájdem...
	Hodnotenie	(P16)...keď som urobil chybu, mentor mi hneď povedal, ako ju napraviť...
	Vzájomná spätná väzba	(P15)...na konci týždňa sme spoločne hodnotili, čo sa nám darilo a čo nie...

Subkategória Formálne mentoringové stretnutia reflektuje systematické a plánované aktivity, ako sú školenia alebo štruktúrované zaučania. Účastníci hodnotia tieto stretnutia ako efektívne, pretože kombinujú stanovený postup s možnosťou samostatného experimentovania, čo umožňuje mentee osvojiť si nové zručnosti v kontrolovanom prostredí. Takýto prístup podporuje explicitný prenos vedomostí, kde sú znalosti jasne definované a formálne dokumentované, pričom mentor poskytuje individuálnu spätnú väzbu a hodnotenie postupov.

Neformálne mentoringové stretnutia ako ďalšia **subkategória** sa vyznačujú praktickými ukážkami a spoločnou prácou, pri ktorých mentee získava skúsenosti priamo pri vykonávaní úloh.

Tento typ interakcie umožňuje tacitný prenos znalostí, kde mentee absorbuje zručnosti pozorovaním, skúšaním a diskusiou. Prítomnosť otvorenej interakcie, vrátane kladenia otázok mentee, podporuje reflexívne učenie, rozvoj kreatívneho myslenia a lepšie pochopenie pracovných postupov.

Subkategória Spätná väzba zahŕňa diskusiu, hodnotenie a vzájomnú komunikáciu medzi mentorom a mentee. Ide o kľúčový mechanizmus pre monitorovanie pokroku a korekciu chýb na pracovisku, ktorý umožňuje dynamické prispôsobovanie procesu učenia podľa individuálnych potrieb mentee smerom od mentora. Keď mentor a mentee aktívne komunikujú oboma smermi, zvyšuje sa dôvera, transparentnosť a schopnosť reflektovať, čo prispieva k efektívnemu mentoringu a kontinuálnemu profesijnému rastu.

Kategória PSYCHOSOCIÁLNE FAKTORY

V tejto kategórii sme sa zamerali na psychosociálne aspekty mentoringového procesu, ktoré ovplyvňujú dôveru, motiváciu, reflexiu a budovanie profesijnej identity účastníkov. Z hlavnej kategórie sme vyšpecifikovali štyri subkategórie: dôvera a vzájomný rešpekt, podpora a motivácia, reflexia skúseností a budovanie profesijnej identity. Tieto subkategórie sme následne rozanalyzovali v Tabuľke 6.

Tabuľka 6 – Kategória PSYCHOSOCIÁLNE FAKTORY a jej subkategórie

Subkategórie	Pojmy	Príklady výrokov participantov
3.1 Dôvera a vzájomný rešpekt	Vzájomná dôvera	(P11)...cítim sa pohodlne, keď môžem otvorene povedať svoj názor mentorovi...
	Transparentnosť	(P10)...keď mentor otvorene zdieľa všetky informácie, cítim sa viac zapojený a dôverujem mu... (P3)...keď sú informácie zdieľané jasne a otvorene, uľahčuje to spoluprácu s mentee a zároveň zlepšuje vzájomný rešpekt.“
3.2 Podpora a motivácia	Emočná podpora	(P14)...keď mám problém alebo sa niečo nedarí, mentor ma povzbudí a dá mi pocit, že sa to dá zvládnuť
	Povzbudenie	(P11)...keď ma mentor pochváli, cítim motiváciu skúšať a učiť sa...
	Vzájomná motivácia	(P8)...vzájomná motivácia nám pomáha dokončiť náročné úlohy hoci som mentor a služobne starší....aj mne dodáva energiu motivácia od mentee...
3.3 Reflexia skúseností	Sebareflexia	(P13)...po každej úlohe si zapíšem, čo sa mi darilo a čo nie....chcem vedieť aj sám kde sa mám zdokonaľiť...
	Diskusia o skúsenostiach	(P11)...diskusia s mentorom mi otvorila oči, ako riešiť ťažké náročné pracovné situácie inak....v škole s nami veľmi prakticky nediskutovali teraz sa to učím v práci...smiešne aj smutné dokopy...
	Vzájomná reflexia	(P4)...vzájomná reflexia nám pomáha učiť sa od seba navzájom, darmo som už starší...nikdy by mi nenapadlo, že aj mladí môžu učiť nás, ale je to tak....
3.4 Budovanie profesijnej identity	Posilnenie kompetencií	(P16)...počas mentoringu som získal istotu vo vlastné schopnosti....keby som nemal mentora asi to tu nedám...už by som tu možno nerobil...

Subkategórie	Pojmy	Príklady výrokov participantov
	Sebavedomie	(P16)...mentor mi ukázal, že moje zručnosti sú cenné pre tím aj firmu...

Subkategória Dôvera a vzájomný rešpekt poukazuje na význam otvorenej a transparentnej komunikácie medzi mentorom a mentee. Transparentnosť zdieľania informácií a možnosť slobodne vyjadriť názory posilňuje vzájomnú dôveru a podporuje rešpekt v pracovnom prostredí, čo uľahčuje spoluprácu a zvyšuje zapojenie mentee do procesu mentoringu.

Subkategória Podpora a motivácia zdôrazňuje emočnú podporu a povzbudenie, ktoré mentor poskytuje mentee počas učenia sa a riešenia problémov. Tento typ psychosociálnej podpory posilňuje vnútornú motiváciu mentee, zvyšuje ich ochotu skúšať nové prístupy a napomáha úspešnému zvládaniu náročných úloh.

Subkategória Reflexia skúseností zahŕňa systematickú sebareflexiu, diskusiu a vzájomnú reflexiu mentor–mentee. Reflexívne praktiky umožňujú účastníkom identifikovať úspechy a oblasti na zlepšenie, podporujú učenie sa z vlastných aj cudzích skúseností a rozvíjajú kritické myslenie a analytické schopnosti.

Subkategória Budovanie profesijnej identity reflektuje proces posilňovania kompetencií a sebadôvery mentee. Mentor podporuje mentee v uvedomovaní si vlastných schopností a ich hodnoty pre tím a organizáciu, čo napomáha formovaniu profesijnej identity a dlhodobému rozvoju kariéry.

Kategória ORGANIZAČNÉ FAKTORY

V tejto kategórii boli analyzované organizačné faktory, ktoré determinujú priebeh a efektívnosť mentoringového procesu. Z hlavnej kategórie boli identifikované štyri subkategórie: podpora vedenia, časová kapacita, bariéry a výzvy. Jednotlivé subkategórie boli následne systematicky rozpracované a ilustrované príkladmi výrokov participantov, ako je uvedené v Tabuľke 7.

Tabuľka 7 – Kategória ORGANIZAČNÉ FAKTORY a jej subkategórie

Subkategórie	Pojmy	Príklady výrokov participantov
4.1 Podpora vedenia	Prístup manažmentu	(P1)...keď manažment aktívne podporuje mentoring, cítime aj my mentori, že to celé má zmysel nielen pre nás mentorov ale aj pre mladých...niekedy je to ťažké veľa kolegov nechce robiť zaúčanie...
	Poskytovanie zdrojov	(P5)... niektoré postupy a prenos informácií sú riešené prevažne formálne, bez skutočnej aktívnej podpory manažmentu, ktorá by zjednodušila ich

Subkategórie	Pojmy	Príklady výrokov participantov
		praktickú realizáciu a zlepšila využitie v praxi...
4.2 Časové obmedzenia	Dostupný čas Frekvencia mentoringu	(P11)...niekedy je ťažké, aby si na mňa mentor našiel viac času... (P14)...čím viac som pri mentorovi na pracovisku tým ľahšia rýchlejšie sa učím veľa vecí, ktoré by som zo spísaných postupov nevedel...
4.3 Bariéry	Komunikačné prekážky Implementačné problémy	(P6)...nie vždy si rozumieme tým mladým, keď používajú svoje výrazy....musím sa ich aj viackrát opýtať a oni mne vysvetliť čo chcú konkrétne vedieť a na čo sa pýtajú... (P16)...niektorí mentori už nové postupy úplne nechápu, najmä keď sú digitalizované....ich zavádzanie do praxe je preto náročné a zdĺhavé...
4.4 Výzvy	Nové formy mentoringu	(P5)... testujeme nové digitálne nástroje, ktoré nám pomáhajú lepšie vizualizovať postupy a zdieľať praktické skúsenosti s mentee...priznám sa pre mňa v mojom veku je to výzva...takéto veci by nás mentorov mohli už mentee učiť...

Subkategória Podpora vedenia reflektuje význam manažmentu pri ovplyvňovaní motivácie a efektívnosti mentoringového procesu. Aktívna a konštruktívna podpora zo strany vedenia zvyšuje zmysluplnosť mentoringu pre mentorov aj mentee, zatiaľ čo nedostatočná alebo prevažne formálna podpora môže obmedziť praktickú realizáciu mentoringu a znižovať efektivitu prenosu znalostí.

Subkategória Časové obmedzenia poukazuje na význam dostupného času a frekvencie stretnutí pre efektívne učenie sa mentee. Účastníci zdôrazňujú, že vyššia prítomnosť mentora na pracovisku umožňuje rýchlejšie osvojovanie praktických zručností, ktoré by zo samotných manuálov či postupov nebolo možné plne pochopiť.

Subkategória Bariéry identifikuje komunikačné a implementačné prekážky, ktoré môžu brániť plynulému prenosu znalostí. Komunikačné rozdiely medzi generáciami či odlišná terminológia vyžadujú opakované vysvetľovanie a prispôbovanie prístupu. Zároveň digitalizácia nových postupov predstavuje pre

niektorých mentorov výzvu, pretože ich zavádzanie do praxe je zložité a časovo náročné.

Subkategória Výzvy zachytáva snahu o inovácie a adaptáciu na nové formy mentoringu. Digitálne nástroje umožňujú lepšiu vizualizáciu postupov a zdieľanie praktických skúseností, avšak ich používanie môže byť aj pre skúsených mentorov náročné. Tento aspekt zároveň podčiarkuje potrebu kontinuálneho vzdelávania mentorov a adaptácie procesov na meniace sa technologické prostredie.

Kategória GENERAČNÉ FAKTORY

Kategória skúma rozdiely a bariéry vyplývajúce z vekovej a generačnej diverzity medzi mentorom a mentee. Hlavným cieľom tejto kategórie je identifikovať, ako generačné rozdiely ovplyvňujú proces učenia, komunikáciu a adaptáciu nových postupov. Z hlavnej kategórie boli vyšpecifikované dve subkategórie: generačné rozdiely a generačné bariéry (viď tabuľka 8).

Tabuľka 8 – Kategória GENERAČNÉ FAKTORY a jej subkategórie

Subkategórie	Pojmy	Príklady výrokov participantov
5.1 Generačné rozdiely	Stereotypy	(P8)... občas predpokladáme, že mladší kolegovia nemajú dostatočné znalosti alebo skúsenosti... (P9)...niektorí starší pracovníci predpokladajú, že nová generácia nepotrebuje podrobné vysvetlenia....myslia si, že nás všetko naučili v škole ako za ich éry...
	Odlišné hodnoty	(P4)...rozdiely vo vnímaní dôležitosti úloh medzi generáciami môžu ovplyvniť spoluprácu na pracovisku...
5.2 Generačné bariéry	Komunikačné prekážky	(P2)...rozdiely v spôsobe vyjadrovania medzi generáciami niekedy komplikujú komunikáciu...na pracovisku obzvlášť...
	Implementačné problémy pri zmenách	(P14)...niektorí kolegovia sa držia tradičných spôsobov, čo spomaľuje proces...darmo im my mladší ukážeme niečo kreatívnejšie aj praktickejšie...

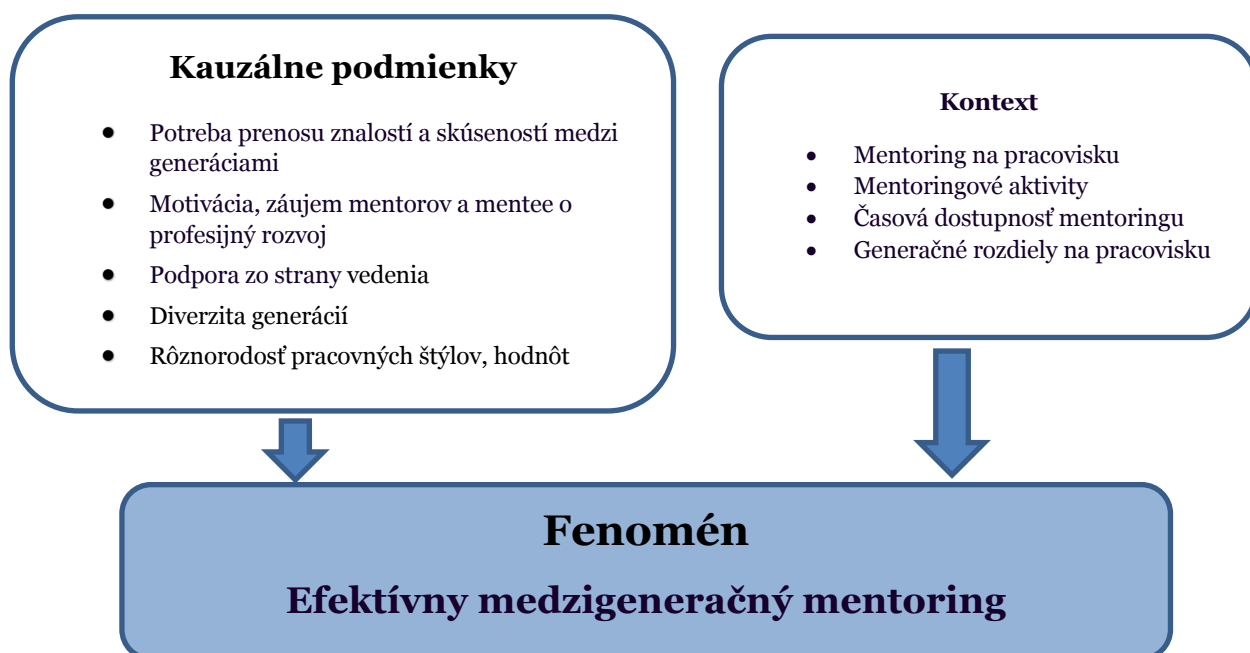
Subkategória Generačné rozdiely poukazuje na to, že diverzita v hodnotách, pracovných preferenciách a štýloch učenia medzi generáciami môže významne ovplyvniť dynamiku spolupráce a efektivitu mentoringového procesu. Predpoklady a stereotypy týkajúce sa schopností a skúseností mladších či starších pracovníkov

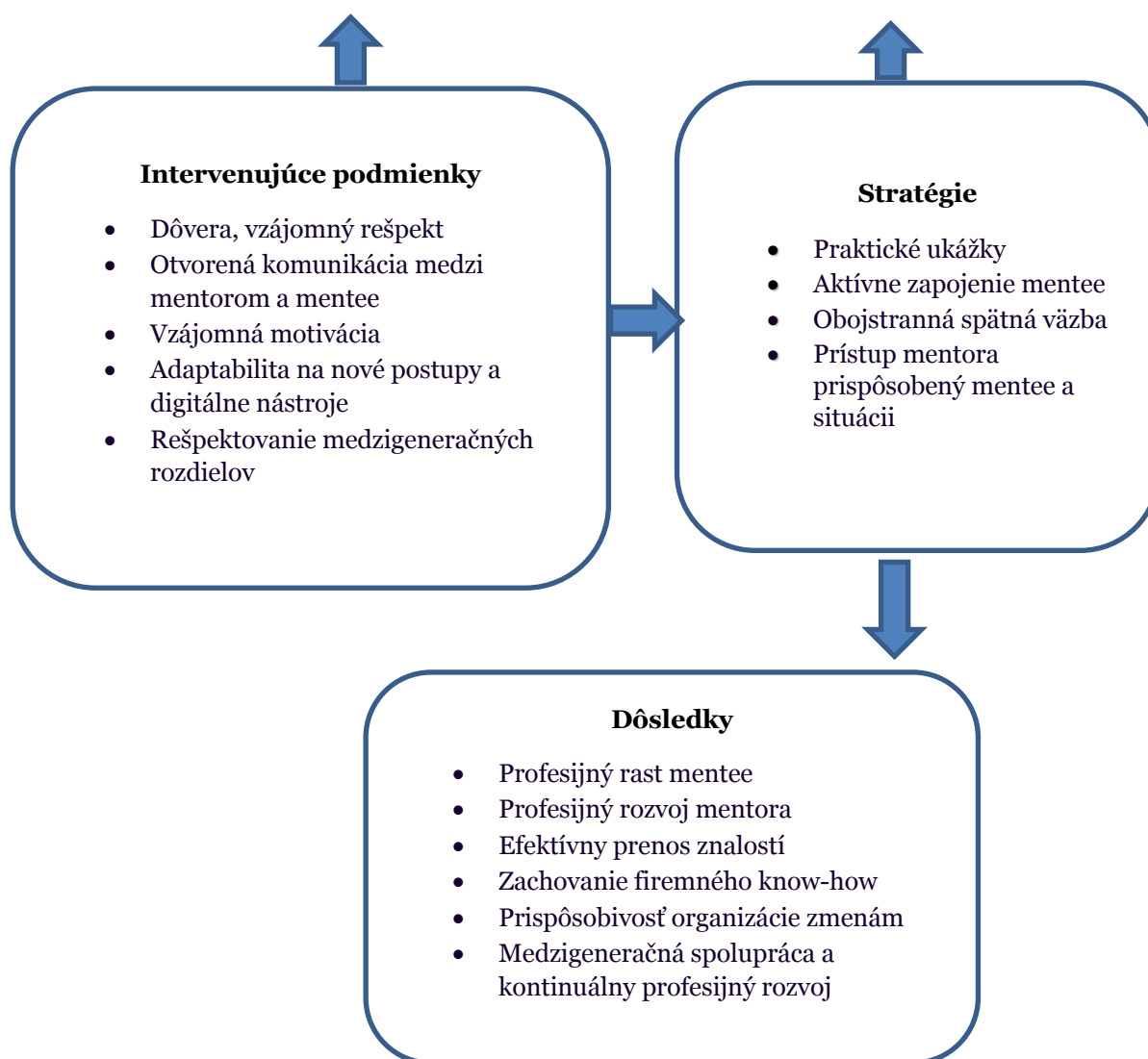
formujú očakávania mentorov a mentee a môžu ovplyvniť spôsob, akým sú znalosti a zručnosti prenášané a prijímané.

Subkategória Generačné bariéry identifikuje konkrétne komunikačné a implementačné prekážky, ktoré vznikajú z rozdielov vo vyjadrovaní, preferenciách pracovných metód či odlišnom prístupe k zavádzaniu nových postupov. Analýza týchto aspektov zdôrazňuje potrebu flexibilného a adaptívneho prístupu k mentoringu, ktorý zohľadňuje individuálne potreby účastníkov a podporuje vzájomné porozumenie, dôveru a efektívny prenos znalostí medzi generáciami.

Axiálne kódovanie

Axiálne kódovanie podporuje premýšľanie o prepojeniach medzi konceptmi, témami a kategóriami, generuje nové otázky a umožňuje rozhodnúť sa, ktoré témy možno opustiť a ktoré preskúmať podrobnejšie (Hendl, 2016). Na základe dát od participantov sme prostredníctvom axiálneho kódovania prepojili kategórie okolo centrálneho fenoménu **„Efektívny medzigeneračný mentoring“**, ktorý podporuje profesijný rast jednotlivcov a zabezpečuje uchovanie organizačného know-how. Mentoring vzniká v dôsledku generačného rozdelenia na pracovisku, potreby prenosu tacitných a explicitných znalostí, adaptácie na technologické zmeny a individuálneho profesijného rozvoja pracovníkov. Jeho efektivitu modulujú generačne zmiešané tímy a kultúra spolupráce, ako aj motivácia účastníkov, podpora vedenia a dostupné nástroje. Realizuje sa prostredníctvom formálnych a neformálnych mentoringových stretnutí, praktického prenosu skúseností a spätnej väzby, čo umožňuje aktívnu výmenu znalostí a obojstranný rozvoj zručností. Mentoring zároveň pomáha prekonávať generačné bariéry, podporuje adaptabilitu účastníkov a rozvíja ich profesionálnu identitu. Dôsledky sa prejavujú na individuálnej úrovni posilnením samostatnosti a identity, na vzťahovej úrovni vytváraním partnerských väzieb a na organizačnej úrovni uchovaním know-how a posilnením medzigeneračnej kultúry.





Obrázok 1 Paradigmatický diagram axiálneho kódovania, vlastné spracovanie

Selektívne kódovanie

V ďalšom kroku sme na základe získaných dát od participantov prostredníctvom selektívneho kódovania identifikovali centrálny fenomén „Medzigeneračný mentoring ako obojsmerný proces učenia a prenosu znalostí“. Tento fenomén predstavuje kľúčový mechanizmus, ktorý nielen podporuje profesionálny rast jednotlivcov, ale zároveň prispieva k zachovaniu a systematizácii organizačného know-how. Slúži ako centrálny uzol analýzy, pretože prepája všetky identifikované kategórie a subkategórie a umožňuje komplexné pochopenie dynamiky medzigeneračného mentoringu v reálnom pracovnom prostredí.

Kauzálny podmienky – medzi ktoré patrí existujúce generačné rozdelenie na pracovisku, potreba prenosu tacitných a explicitných znalostí, adaptácia na technologické zmeny a digitalizáciu, ako aj individuálny profesionálny rozvoj – vytvárajú nevyhnutný predpoklad pre realizáciu mentoringového procesu. Ich identifikácia umožňuje pochopiť, prečo je mentoring potrebný a aké faktory ho motivujú, čím sa otvára priestor pre cielene plánované stratégie zdieľania znalostí.

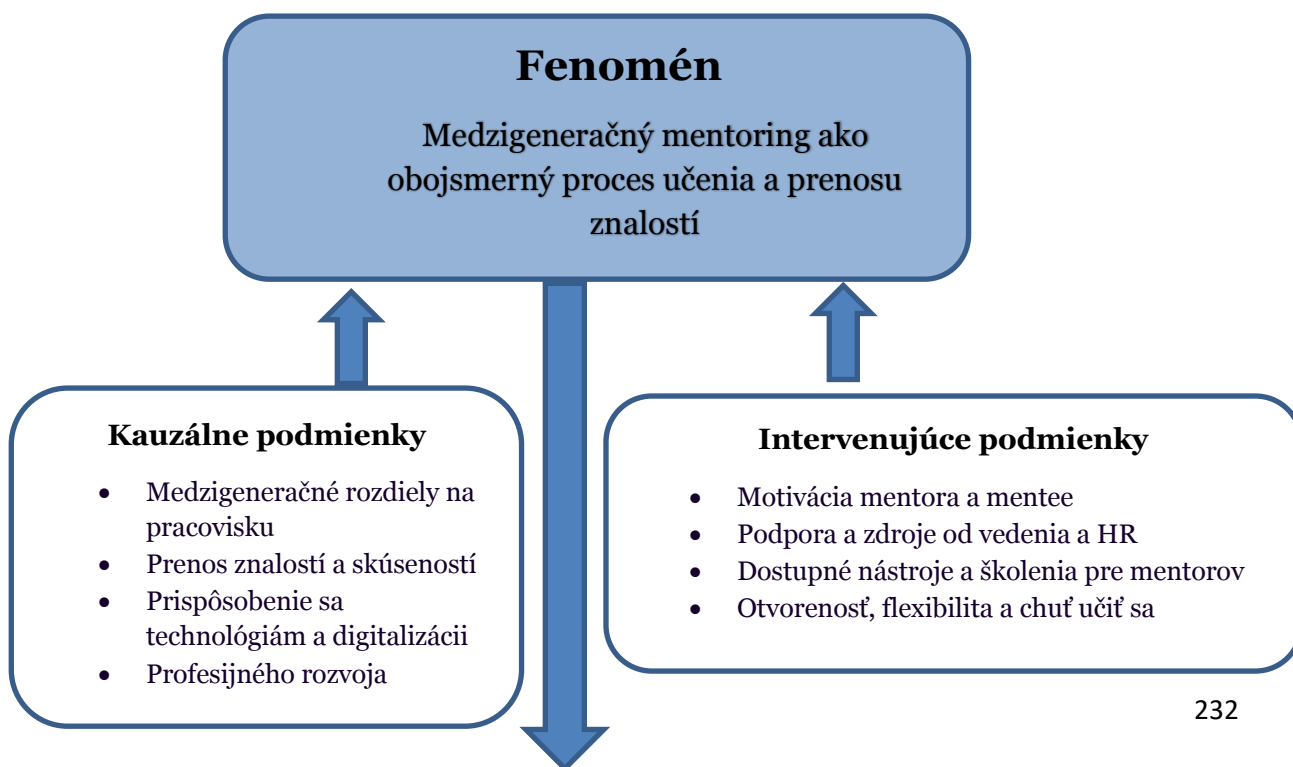
Kontext pracovného prostredia, najmä generačne zmiešané tímy a organizačná kultúra podporujúca spoluprácu a zdieľanie, ďalej modulujú účinnosť mentoringu a zdôrazňujú význam koordinovaného prenosu znalostí. Vzájomná interakcia mentorov a mentee v tomto prostredí umožňuje prepojenie praktických skúseností s formálnymi poznatkami a podporuje budovanie profesionálnej identity účastníkov, čím sa zvyšuje ich adaptabilita a sebaistota pri výkone pracovných úloh.

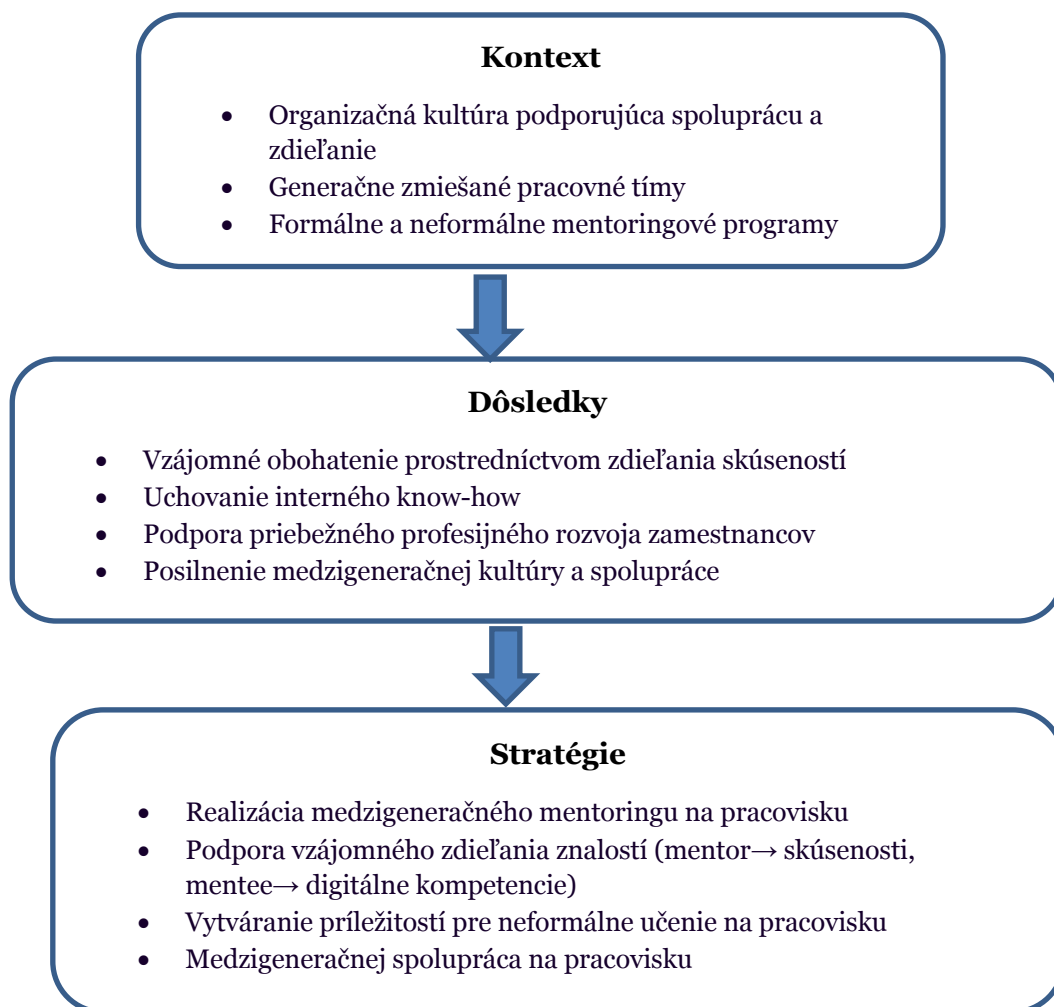
Intervenujúce podmienky – motivácia mentorov a mentee, podpora vedenia a HR, dostupné nástroje a školenia, otvorenosť, flexibilita a ochota učiť sa – zásadne ovplyvňujú kvalitu a efektivitu mentoringového procesu. Ich prítomnosť umožňuje systematické plánovanie mentoringu a podporuje kontinuitu zdieľania znalostí, čím sa minimalizuje riziko straty know-how a zvyšuje udržateľnosť rozvoja zamestnancov.

Stratégie, zahŕňajúce formálne a neformálne mentoringové stretnutia, praktický prenos skúseností, poskytovanie spätnej väzby a spoluprácu medzi generáciami, predstavujú konkrétnu reakciu na identifikované podmienky a sú praktickým nástrojom realizácie efektívneho medzigeneračného učenia. Ich implementácia umožňuje aktívnu výmenu znalostí, podporuje obojstranný rozvoj zručností a zároveň zlepšuje organizačnú efektivitu.

Dôsledky medzigeneračného mentoringu sa prejavujú na individuálnej úrovni (napr. posilnenie samostatnosti a profesijnej identity), vzťahovej úrovni (partnerské väzby medzi generáciami) a organizačnej úrovni (uchovanie know-how, posilnenie medzigeneračnej kultúry a spolupráce). Tento model potvrdzuje, že mentoring nie je jednostranný prenos znalostí, ale dynamická, interaktívna výmena, ktorá systematicky podporuje profesijný rozvoj, redukuje generačné bariéry a posilňuje organizačnú kultúru.

Selektívne kódovanie poskytlo syntetizovanú podobu axiálneho kódovania so zameraním na centrálnu kategóriu. Jednotlivé kategórie – od rolí mentorov a mentee, cez prenos znalostí a psychosociálne aspekty, až po organizačné a generačné faktory – vytvárajú ucelený obraz mechanizmov efektívneho medzigeneračného mentoringu a reflektujú odpovede na hlavnú aj čiastkové výskumné otázky.





Obrázok 2 Paradigmatický diagram selektívneho kódovania, vlastné spracovanie

Diskusia

Výsledky nášho výskumu ukazujú, že medzigeneračný mentoring na pracoviskách predstavuje dynamický a obojstranne prospešný proces prenosu tacitných aj explicitných znalostí medzi zamestnancami rôznych generácií. Mentori poskytujú praktické a odborné vedenie, psychosociálnu podporu a posilňujú profesijnú identitu mentee, čo ilustruje výrok jedného z mentorov (P1: „...moja úloha nie je len ukázať, ako sa robí práca, ale aj dodať istotu, že ju zvládnu...“). Mentee hodnotia partnerský prístup a možnosť aktívneho zapojenia sa do mentoringového procesu, pričom sami prispievajú digitálnym know-how a spätnou väzbou (P6: „...niekedy sa od mentee naučím nové spôsoby riešenia problémov...“, P9: „...dávam mentorovi spätnú väzbu, keď mi niečo nejde...“). Prenos skúseností sa podľa výrokov participantov realizuje kombináciou priamej spolupráce, praktických ukážok, shadowingu a formálnych školení (P10: „...musím vidieť, ako to mentor spraví vlastnými rukami...“, P13: „...informácie v manuáloch sú odborné, ale praktická skúsenosť mi ich umožnila

pochopiť...“). Tieto zistenia sú v súlade s teoretickými konceptmi Nonaka a Takeuchi (1995), ktorí zdôrazňujú význam kombinácie praktických a formálnych poznatkov pre tvorbu a prenos organizačného know-how. Psychosociálne faktory, ako dôvera, podpora a reflexia skúseností, sa podľa participantov ukazujú ako kľúčové pre budovanie profesijnej identity mentee (P4: „...vzájomná reflexia nám pomáha učiť sa od seba navzájom...“, P11: „...mentor ma vždy podporí, aj keď sa mi nedarí. To ma motivuje pokračovať...“). Tento výskumný záver potvrdzuje aj literatúra, ktorá poukazuje na význam psychosociálnych aspektov pre motiváciu a angažovanosť účastníkov mentoringu (Allen et al. 2004; Eby et al. 2013). Generačné rozdiely v hodnotách, pracovných štýloch a komunikačných preferenciách sa v diskusiách participantov prejavili ako potenciálne bariéry, ale zároveň obohacujú mentoringový proces (P8: „...občas predpokladáme, že mladší kolegovia nemajú dostatočné znalosti...“, P16: „...mladí kladú dôraz na flexibilitu, starší na stabilitu...“). Tento empirický záver je v súlade s poznatkami v literatúre, ktoré poukazujú na význam generačných rozdielov pri organizovaní spolupráce a mentoringu (Costanza et al. 2012). Z praktického hľadiska výsledky naznačujú potrebu systematickej podpory zo strany organizácií. Odporúča sa vytvárať štruktúrované programy medzigeneračného mentoringu a zároveň poskytovať mentorom čas i organizačné zdroje. Dôležité je tiež rozvíjať digitálne kompetencie mentorov. Mentee by mali byť vedení k aktívnemu zapájaniu sa do procesu a k poskytovaniu spätnej väzby. Takto nastavený mentoring môže prispieť k udržiavaniu know-how, znižovaniu generačných bariér a k dlhodobému profesijnému rozvoju zamestnancov. Výsledky výskumu poukazujú na to, že medzigeneračný mentoring umožňuje systematický prenos vedomostí, podporuje profesijný rozvoj oboch strán a posilňuje organizačnú kultúru založenú na spolupráci a dôvere. Proces je dynamický a interaktívny, čo umožňuje adaptáciu organizácie na technologické a pracovné výzvy. Medzi obmedzenia výskumu patrí charakter výberu participantov – hoci vzorka bola dopĺňaná do saturácie dát a zabezpečila kvalitatívnu hĺbku, výskum sa uskutočnil prevažne v jednom odvetví, čo môže limitovať prenosnosť záverov. Na druhej strane, ochota zamestnávateľov participovať umožnila získať autentické a prakticky relevantné dáta o procese medzigeneračného mentoringu.

Záver

Výskum preukázal, že efektívny medzigeneračný mentoring nemožno oddeliť od psychosociálnych aspektov vzťahu mentor–mentee. Mentori plnia dvojité úlohy – odbornú aj psychosociálnu. Popri prenose zručností poskytujú podporu, budujú dôveru a motivujú mentee.

Prenos tacitných a explicitných znalostí sa najúčinnnejšie realizuje prostredníctvom priamej spolupráce, praktických ukážok, učenia sa pozorovaním a nácviku v reálnom pracovnom prostredí. Tieto procesy podporujú adaptáciu mentee a uľahčujú ich integráciu do pracovného kolektívu.

Psychosociálne faktory – dôvera, partnerský prístup, konštruktívna spätná väzba a reflexia skúseností sa ukázali ako kľúčové pre motiváciu a angažovanosť mentee. Zároveň umožňujú obojstranné učenie sa, kde aj mentori reflektujú svoj rozvoj a prijímajú nové poznatky od mladších kolegov.

Výskum taktiež potvrdil význam adaptívneho prístupu k generačným rozdielom, technologickým bariéram a digitálnym kompetenciám. Ukázal aj potrebu systematickej organizačnej podpory, ktorá vytvára podmienky pre kvalitný a efektívny mentoring. Kvalita a dôveryhodnosť výskumu bola zabezpečená využitím princípov zakotvenej teórie. Konkrétne išlo o teoretické vzorkovanie, dosiahnutie saturácie dát, trojstupňové kódovanie (otvorené, axiálne, selektívne), systematické memoingy a reflexiu výskumníka. Tieto postupy umožnili vytvoriť teoretický model, ktorý vychádza priamo zo skúseností účastníkov a realisticky odráža dynamiku medzigeneračného mentoringu na pracoviskách.

BIBLIOGRAFIA

ALLEN, T. D., et al. 2004. Career benefits associated with mentoring for protégés: A meta-analysis. In *Journal of Applied Psychology*, 89(1), s. 127–136. ISSN 0021-9010. Dostupné online: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.89.1.127>

ARGYRIS, C. 1999. *On Organizational Learning*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 480s. ISBN 978-0-631-21309-3.

BRUMOVSKÁ, E. SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, M. *Mentoring: výchova k profesionálnému dobrovoľníctví*. Praha: Portál, 2010. 150 s. ISBN 978-80-7367-772-5

CHARMAZ, K. 2014. *Construkting Grounded Theory*. 2.vyd. London: SAGE, 416 s. ISBN 978-0-85702-914-0.

CHOI, Y., PAK, A. 2006. Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary in health care: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. In *Clinical and Investigative Medicine*, 29(6), s. 351–364. ISSN 1195-4353

COSTANZA, David P. et al. Generational Differences in Work-Related Attitudes: A Meta-analysis. *Journal of Business and Psychology*, 2012, roč. 27, č. 4, s. 375–394. Dostupné na: <https://doi.org/10.1007/s10869-012-9259-4>

EISENBERGER, R., HUNT, J., JONES, K. 2001. Perceived organizational support and employee diligence, commitment, and innovation. In *Journal of Applied Psychology*, 86(1), s. 42–51. ISSN 0021-9010. Dostupné online: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.1.42>

EBY, L. T., ALLEN, T. D., EVANS, S. C., NG, T., DUFFY, R. 2013. Does mentoring matter? A multidisciplinary meta-analysis comparing mentored and non-mentored individuals. In *Journal of Vocational Behavior*, 83(1), s. 106–116. ISSN 0001-8791. Dostupné online: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2013.05.005>

GLASER, B., STRAUSS, A. 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine. 271 s. ISBN 978-0-202-30260-7

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál, 2016. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9

LOJDA, J. Manažerské dovednosti. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3902-1

NONAKA, I., TAKEUCHI, H. The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. New York: Oxford University Press, 1995. 284 s. ISBN 0-19-509269-4.

OECD. Facilitating knowledge transfer between generations. Paris: OECD Publishing, 2024. Dostupné na: <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/topics/policy-issues/ageing-and-employment/Facilitating-knowledge-transfer-between-generations.pdf>. [Citované: 18. september 2025]

PETRÁŠOVÁ, M. A., ŠTĚPÁNEK, Z., PRAUSOVÁ, I. 2014. Mentorink: forma podpory nové generace. Praha: Portál, 2014. 160 s. ISBN 978-80-262-0625-5

PILKOVÁ, A. HOLIENKA, M. SUCHÁNKOVÁ, D. Manažovanie medzigeneračných výziev v dobe digitalizácie: pragmatický prístup. Bratislava: Fakulta managementu Univerzity Komenského v Bratislave, 2023. 186 s. ISBN 978-80-223-5746-3. Dostupné na: <https://digicrossgen.fmuk.eu>

STACHO, Z. STACHOVÁ, K. Manažment a manažérske kompetencie. Bratislava: Wolters Kluwer, 2021. 280 s. ISBN 978-80-571-0698-2

VÉVODOVÁ, Š., IVANOVÁ, K. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 212 s. ISBN 978-80-244-4770-4

WRIGHT, J., WRIGHT, C. Intergenerational mentoring and intergenerational learning: A scoping review. *International Journal of Human Resource Development*, 2025, 9(1), 19–30. DOI: <https://doi.org/10.2478/ijhrd-2025-0003>. [Citované: 18. september 2025]

Kontakt

PhDr. Daniela Lorko Praznovská

E-mail: daniela.praznovska1987@gmail.com

RESEARCH FINDINGS ON THE STIGMATIZATION OF DRUG USERS IN SLOVAKIA

Lucia Ludvig Cintulová¹

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

Introduction

Substance use disorders (SUDs), commonly referred to as addiction, are complex conditions that significantly impact brain function, cognition, and behavior. They are characterized not only by impaired control over substance use but also by compulsive seeking behaviors, continued use despite harmful consequences, and significant impairment in social, occupational, and personal functioning. The societal and personal consequences of SUDs are profound: individuals experience increased risk for physical and mental health problems, diminished quality of life, strained family and social relationships, and reduced economic productivity. At the societal level, SUDs contribute to increased healthcare costs, crime, loss of workforce productivity, and burdens on social services (Grant et al., 2016;).

Despite the availability of evidence-based interventions, including behavioral therapies, pharmacological treatments, and integrated care models, a large treatment gap persists. Only a minority of individuals with SUDs receive professional help, and treatment engagement is often delayed or discontinued prematurely. This disparity has been attributed to multiple factors, including limited access to care, financial constraints, lack of awareness, and most notably, stigma (Livingston, 2010). Recognizing this critical barrier, the National Institute on Drug Abuse (NIDA) has recently emphasized the importance of understanding and reducing stigma associated with SUDs as a key research and public health priority (NIDA, 2016).

Stigma is a multidimensional social phenomenon that can profoundly influence health outcomes, treatment engagement, and societal attitudes. Research on mental illness stigma has consistently shown that it is associated with poorer psychological outcomes, increased symptom severity, decreased help-seeking behavior, and impaired social functioning (Crisp et al., 2005). Public stigma—negative attitudes held by society toward individuals with mental health or substance use problems—has been identified as a significant impediment to treatment access and social reintegration. Prior national surveys have documented widespread negative perceptions of individuals with SUDs, including beliefs that they are morally weak, dangerous, or responsible for their own condition (Schomerus et al., 2011). However, the most comprehensive review on this topic was published over a decade ago (2011) and focused exclusively on alcohol-related stigma, highlighting the need for updated research that encompasses a broader spectrum of substances, including opioids, stimulants, and cannabis (Schomerus et al., 2011).

The urgency of updating knowledge on public stigma toward SUDs is underscored by the increasing prevalence of these disorders in the population, including a rise in opioid use disorders, methamphetamine use, and polysubstance abuse. Understanding current attitudes toward SUDs is crucial not only for informing

public education and stigma reduction campaigns but also for guiding policymakers who determine the allocation of healthcare resources and develop interventions to reduce barriers to care (Corrigan et al., 2009). Addressing stigma at both public and structural levels may improve treatment engagement, facilitate social reintegration, and ultimately reduce the personal and societal burden of SUDs.

To conceptualize and organize our review, we draw upon a major sociological framework that explains how societal forces systematically marginalize and exclude stigmatized individuals from everyday life (Mushtaq et al., 2015). This framework identifies three interrelated components of stigma: stereotyping, emotional reactions, and status loss and discrimination. Stereotyping occurs when public perceptions link individuals with SUDs to negative attributes—for example, assuming that people with SUDs are dangerous, irresponsible, or morally deficient. Emotional reactions reflect the affective responses that these stereotypes elicit, such as fear, anger, disgust, or pity. These emotions can influence interpersonal interactions and affect the willingness of individuals to support or engage with those with SUDs. Status loss and discrimination occur when individuals with SUDs are perceived as less valued or are treated unfairly in social, occupational, or institutional contexts. Discrimination can manifest as overt actions, such as denying employment or housing opportunities, or as subtle, structural disadvantages embedded in healthcare, legal, and social service systems.

The interaction of these three components creates a self-reinforcing cycle: negative stereotypes elicit harmful emotional reactions, which in turn contribute to discriminatory behaviors and institutional policies. This cycle not only limits access to care but also reinforces social exclusion, marginalization, and internalized stigma, which can worsen the course of the disorder and impede recovery. Understanding the distinct ways in which stereotyping, emotional responses, and status loss contribute to public stigma provides a comprehensive lens through which to assess and address the barriers faced by individuals with SUDs.

Moreover, public attitudes toward SUDs may vary based on the type of substance used, the perceived controllability of the disorder, and demographic factors of the observer, including age, gender, education, and cultural background. For example, opioid use disorders may evoke stronger negative reactions than cannabis use due to the association with overdose risk, crime, or social deviance. Similarly, individuals with SUDs who are seen as having voluntarily engaged in risky behaviors may be judged more harshly than those who developed a disorder through prescription medications or environmental factors. Identifying these nuanced perceptions is critical for tailoring interventions that reduce stigma, enhance empathy, and promote evidence-based support for affected individuals.

Finally, addressing stigma is not only a social and ethical imperative but also a practical one. Stigma reduction can facilitate earlier help-seeking, improve treatment adherence, and enhance recovery outcomes. It can also inform the design of public health campaigns, professional training programs, and policies that promote equitable access to care and reduce systemic discrimination. As the prevalence and complexity of SUDs continue to grow, understanding and mitigating stigma remains a central challenge for clinicians, researchers, policymakers, and society at large.

Theoretical background

Substance use disorders (SUDs), commonly referred to as addiction, are multifaceted conditions that profoundly affect brain function, cognition, behavior, and social functioning. These disorders are characterized by impaired control over substance use, compulsive seeking behaviors, continued use despite harmful consequences, and significant disruption to personal, social, and occupational domains. Individuals with SUDs face numerous health-related challenges, including increased risk for comorbid physical and mental illnesses, reduced quality of life, and strained interpersonal relationships (Budayová, 2022; Budayová, 2025). At a societal level, SUDs contribute to higher healthcare costs, increased criminal justice involvement, and diminished workforce productivity. Despite evidence-based interventions such as behavioral therapies, pharmacological treatments, and integrated care models, a substantial treatment gap persists. Only a fraction of those affected access or complete professional treatment, which is compounded by stigma, lack of awareness, and resource limitations (Budayová, 2023).

Stigma is a major barrier to seeking and receiving care for SUDs. Mental illness stigma has been shown to worsen psychological outcomes, reduce social functioning, and deter individuals from accessing treatment (Dávidová et al., 2017a; Dávidová et al., 2017b). Public stigma—negative societal attitudes toward people with SUDs—can lead to discrimination, social exclusion, and devaluation, further reinforcing the burden of the disorder (Dávidová & Hardy, 2017b; Fedorová & Hardy, 2014). Previous studies have highlighted that stereotypes about individuals with SUDs, such as beliefs that they are morally weak, dangerous, or responsible for their condition, are widespread and contribute to negative emotional reactions and social marginalization (Budayová, 2025; Budayová & Zbigniew, 2024).

The increasing prevalence of SUDs in various populations, including marginalized communities such as the Roma, emphasizes the urgency of addressing stigma and improving access to treatment (Budayová, 2025). Evidence suggests that culturally specific prevention programs and interventions targeting early-life risk factors are crucial for reducing the onset of addictive behaviors and supporting recovery (Budayová, 2023; Dávidová et al., 2016). Additionally, family dynamics, early attachment patterns, and parenting styles have been shown to influence susceptibility to substance use and related problematic behaviors (Dávidová et al., 2016; Fedorová & Hardy, 2014). Understanding these developmental and relational factors is essential for designing holistic, evidence-based interventions.

Conceptually, stigma can be understood through three interrelated dimensions: stereotyping, emotional reactions, and status loss or discrimination (Budayová, 2022; Budayová & Zbigniew, 2024). Stereotyping occurs when negative attributes are associated with individuals who have SUDs, for example, labeling them as dangerous, unreliable, or morally deficient. Emotional reactions refer to the affective responses elicited in others, such as fear, disgust, or anger. Status loss and discrimination occur when individuals with SUDs are devalued, denied opportunities, or treated unjustly by others, either in interpersonal interactions or through institutional practices. These components form a feedback loop, reinforcing social exclusion, internalized stigma,

and barriers to care, while exacerbating the negative consequences of SUDs (Budayová, 2022; Budayová, 2025).

SUDs are influenced not only by social and relational factors but also by the interaction between work and personal life. In helping professions, such as social work and education, high emotional demands, chronic stress, and exposure to trauma can increase vulnerability to substance use as a maladaptive coping mechanism (Dávidová et al., 2017a; Budayová, 2023). Role theory suggests that individuals occupy multiple work and personal roles, and conflicts between these roles—such as work interfering with personal life (WIPL) or personal life interfering with work (PLIW)—can contribute to stress and burnout, which in turn may increase susceptibility to substance misuse. Conversely, positive interactions, such as work enhancing personal life (WEPL) or personal life enhancing work (PLEW), may serve as protective factors, improving well-being and resilience (Budayová, 2023; Budayová & Zbigniew, 2024).

Finally, the salutogenic framework provides a useful lens for understanding how health-promoting and stress-inducing factors influence SUD-related outcomes (Budayová, 2022). Stressors and risk factors, including high work demands and social pressures, are linked to negative outcomes such as burnout, fatigue, and potential substance use. In contrast, health-enhancing factors, such as social support, positive work-life interactions, and meaningful engagement in multiple life roles, promote resilience, mental well-being, and a reduced risk of SUDs (Budayová, 2025; Dávidová & Hardy, 2017b). Integrating role theory, stress and strain perspectives, and salutogenic principles, this research investigates the complex interactions between individual, social, and work-life factors in shaping susceptibility to SUDs, as well as the public perceptions and stigma surrounding these disorders.

Understanding these dynamics is critical for developing effective prevention and intervention strategies that not only target the disorders themselves but also address the social and structural determinants that exacerbate them. This research contributes to filling gaps in contemporary knowledge on SUDs, particularly with respect to stigma, relational and work-life factors, and culturally specific risk patterns, thereby informing evidence-based policy and practice in health and social care contexts

Research

This study employed a quantitative research design using a standardized questionnaire survey to examine public attitudes and stigma toward individuals with substance use disorders (SUDs). The quantitative approach was chosen for its ability to collect data from a large sample and to statistically analyze patterns, correlations, and differences among variables across demographic groups (e.g., gender, type of substance, and level of education). The design aimed to identify both cognitive and emotional dimensions of stigma, as well as behavioral intentions toward individuals with SUDs.

The main instrument used in this study was a structured questionnaire, developed based on previous validated tools used in international research on addiction stigma (e.g., Link & Phelan, 2001; Corrigan et al., 2005). The questionnaire was composed of closed-ended items measured on a five-point Likert scale ranging

from 1 = *strongly disagree* to 5 = *strongly agree*. Higher scores indicated stronger endorsement of stigma-related attitudes or behaviors.

The questionnaire was divided into four major domains representing the main components of public stigma toward SUDs:

1. Stereotyping – This domain examined the degree to which respondents endorsed common negative beliefs about people with SUDs, including *dangerousness and unpredictability*, *decision-making ability*, *attributional beliefs* (blame and controllability), *treatment prognosis*, and *immorality*. Example items included:

- “People with drug addiction are dangerous and unpredictable.”
- “Addicted individuals are to blame for their condition.”
- “Most people with substance use problems can recover without treatment.”

2. Emotional Reactions – This section measured affective responses such as fear, anger, disgust, and compassion toward individuals with SUDs. Respondents indicated how they felt when imagining interaction with a person suffering from addiction (e.g., “I would feel uncomfortable if I had to work with someone recovering from drug addiction”).

3. Discriminatory Tendencies – This domain captured behavioral intentions toward coercion, social exclusion, and support for punitive or restrictive measures. Subdomains included:

- Treatment coercion (e.g., support for forced treatment, hospitalization, or medication use);
- Restrictions on social roles (e.g., limiting driving, child custody, or employment rights);
- Social distance (e.g., unwillingness to live near or work with individuals with SUDs);
- Decreased intention to help (e.g., opposition to public funding or community programs for SUDs).

4. Sociodemographic and Contextual Variables – The final section included items measuring gender, age, education level, previous contact with individuals with addiction, and attitudes toward specific types of substances (e.g., alcohol, cannabis, opioids). These data allowed for subgroup comparisons and analysis of potential predictors of stigma.

Sample and Data Collection

The sample consisted of 200 respondents adults aged 18 years and older, recruited through online and paper-based questionnaires distributed across social and health service institutions, educational settings, and community centers. The inclusion criteria required participants to be fluent in Slovak and to have no current diagnosis of SUD, ensuring an assessment of *public attitudes* rather than self-stigma. Participation was voluntary and anonymous.

Results

In this part, we will describe the results of the research focused on the stigma and stereotypes towards the drug users.

Table 1 Key findings related to categories

Stereotype Category	Factors	Key Findings	Notes / Highlights
Dangerousness and unpredictability	3 factors	71–87% respondents in NL [19] and US [9] agreed people with addiction are violent; 75%–78% viewed people with drug addiction as more dangerous/unpredictable than those with depression, panic attacks, dementia, or eating disorders	Analysis confirmed alcohol or drug addiction rated highest for dangerousness; dangerousness most strongly contributed to stigmatizing attitudes toward heroin, minimal difference in perceived danger between “harder” vs. “softer” drugs
Decision-making ability	6 factors	Public perception often doubts autonomous decision-making abilities of individuals with SUD, particularly regarding treatment choices and financial management	SUD is perceived as reducing agency; respondents endorse lower confidence in decision-making for addiction-related choices
Attributional beliefs	9 factors	Individuals with SUD often seen as responsible for their addiction; alcohol and drug addiction viewed as uncontrollable yet self-inflicted	Contagion, moral blameworthiness, and uncontrollability influence stigma formation; higher attributional blame increases negative attitudes
Treatment prognosis	4 factors	Public perception: treatment less effective for people with drug addiction compared to alcohol or other mental illnesses	Heroin addiction considered least treatable; perception of treatment efficacy mediates willingness to support rehabilitation
Immorality	7 factors	Addiction linked to moral weakness; respondents associate SUD with failure of character	Especially strong for illicit drug users; less pronounced for alcohol addiction in some studies; moral framing reinforces social distancing and discrimination

The second part of the research was focused on the main stereotype thinking about drug users and differences among men and women showed in the table below.

Table 2 Gender related key research findings

Stereotype Category	% Women	% Men	Results
Dangerousness and unpredictability	40%	35%	Men slightly more likely to perceive individuals with SUD as dangerous/unpredictable; aligns with prior research on risk perception differences.
Decision-making ability	65%	52%	Men more likely to perceive reduced decision-making ability in individuals with SUD; women slightly more empathetic.
Attributional beliefs	50%	48%	Men more likely to attribute blame to individuals with SUD; women show more situational/contextual understanding.
Treatment prognosis	45%	43%	Men less optimistic about treatment outcomes; women slightly more likely to believe SUD is treatable.
Immorality	50%	30%	Men more likely to perceive addiction as a moral failing; women less likely to endorse immorality stereotype.

Perceptions of dangerousness differed notably across substances. Respondents viewed alcohol users as moderately dangerous (40% women; 65% men), while cannabis users were perceived as the least dangerous (45% women; 60% men). The highest levels of perceived dangerousness were associated with heroin and methamphetamine users, particularly among male respondents (55% vs. 45% of women). These findings indicating that men tend to express stronger fear-based and risk-oriented stigma toward individuals using harder substances.

Stereotypes about impaired decision-making showed substance-specific trends. Alcohol users were seen as moderately impaired (30% women; 35% men), while cannabis users were rated as less impaired, particularly by women (48% vs. 23%). In contrast, heroin and methamphetamine users were most often perceived as incapable of making autonomous decisions (58% men; 40% women). Gender differences were again evident, with men more likely to doubt the decision-making capacity of individuals with SUDs.

Patterns of blame attribution varied across substances. Men tended to assign more personal responsibility for addiction than women across all categories. For alcohol use, 55% of women and 32% of men believed individuals were responsible for their addiction, while for cannabis, the pattern reversed (30% women; 58% men). Hard drug users were most heavily blamed overall (72% men; 45% women), reflecting persistent beliefs that addiction to these substances results from moral weakness or personal failure.

Table 3 Data analysis according to drug types

Stereotype Category	Drug Type	% Women	% Men	Highlights
Dangerousness and unpredictability	Alcohol	40%	65%	Alcohol users perceived as moderately dangerous; men slightly more likely to endorse.
	Cannabis	45%	60%	Cannabis seen as less dangerous than harder drugs.
	Heroin/Methamphetamine	45%	55%	Harder drugs strongly associated with dangerousness/unpredictability; men endorse more strongly.
Decision-making ability	Alcohol	30%	35%	Alcohol users moderately perceived as impaired in decision-making.
	Cannabis	48%	23%	Cannabis users perceived as slightly less impaired.
	Heroin/Methamphetamine	40%	58%	Hard drug users perceived as having poor decision-making ability; gender difference higher.
Attributional beliefs	Alcohol	55%	32%	Men more likely to blame users; women slightly more contextual.
	Cannabis	30%	58%	Lower blame assigned to cannabis users.
	Heroin/Methamphetamine	45%	72%	Hard drug users perceived as highly responsible for their condition.
Treatment prognosis	Alcohol	60%	25%	Women more optimistic than men for alcohol treatment.
	Cannabis	52%	43%	Perceived as relatively treatable by both genders.
	Heroin/Methamphetamine	49%	45%	Treatment for harder drugs seen as less effective; men more pessimistic.
Immorality	Alcohol	44%	55%	Moderate moral judgment; men more likely to endorse.
	Cannabis	40%	22%	Cannabis perceived as less morally problematic.
	Heroin/Methamphetamine	25%	30%	Hard drugs strongly associated with moral failure; men endorse more.

Table 4 Correlation of stigma factors

Type of Measure	M	SD	% Agreement	p-value	Interpretation
Forced visits to a doctor / clinic	4.21	0.83	67.3%	$p < .001$	High level of agreement; perceived as a mild form of coercion.
Involuntary hospitalization (when posing a public threat)	4.72	0.61	95.5%	$p < .001$	Highest level of support; agreement increases with fear of aggressiveness and unpredictability.
Forced medication use	3.89	1.04	59.2%	$p = .021$	Moderate agreement; more often supported by men and older respondents.
General willingness to apply coercive measures	4.11	0.77	71.4%	$p < .001$	Strong tendency toward a paternalistic approach toward individuals with SUDs.
Ban on holding public office	3.98	0.95	63.8%	$p = .012$	Most often associated with the notion of “moral failure.”
Ban on childcare (guardianship)	4.26	0.88	65.4%	$p < .001$	High level of support; linked to perceptions of danger and irresponsibility.
Ban on driving license	3.71	1.10	57.0%	$p = .047$	Lower support; perceived as less relevant to public safety.
Overall – average willingness for social restrictions	4.14	0.84	~64.6%	$p < .001$	Strong support for restrictive policies, especially among respondents with limited knowledge of addiction issues.

Treatment coercion showed a moderately strong positive correlation ($r = 0.56$, $p = 1.14$), indicating that a significant proportion of respondents supported the use of coercive measures, such as mandatory treatment, forced detoxification, or compulsory rehabilitation programs. This finding reflects a prevailing paternalistic attitude, where individuals with SUDs are perceived as lacking autonomy or self-control. The relatively high p-value suggests variability in this opinion across subgroups but highlights a consistent tendency toward approving forced intervention.

Restrictions on social roles demonstrated a weaker correlation ($r = 0.36$, $p = 1.25$), suggesting moderate support for limiting the participation of individuals with SUDs in responsible positions. Respondents frequently endorsed restrictions on employment, child custody, and professional or driving rights. This form of discrimination was often rooted in beliefs that individuals with addiction are unreliable or morally compromised, reinforcing social exclusion and loss of trust.

Desire for social distance exhibited the strongest association ($r = 0.78$, $p = 1.54$), indicating a highly prevalent form of stigma. The majority of respondents reported reluctance to work with, live near, or maintain close personal contact with individuals affected by SUDs. This form of discrimination is strongly tied to emotional reactions

such as fear, disgust, or discomfort and remains one of the most persistent expressions of public stigma.

Decreased intention to help showed a moderate correlation ($r = 0.42$, $p = 1.32$), reflecting reduced support for public funding, community treatment programs, and helping behaviors toward those with SUDs. Respondents expressing these attitudes often perceived addiction as self-inflicted and doubted the effectiveness of treatment interventions. This finding aligns with compassion fatigue and moral disengagement observed in prior studies of social stigma.

In summary, the results reveal that the desire for social distance and treatment coercion represent the most dominant forms of discrimination toward people with SUDs. These findings illustrate the persistence of social exclusion and paternalism in public attitudes, suggesting that addiction is still largely perceived as a moral or behavioral failing rather than a treatable medical condition. Efforts to reduce stigma must therefore address not only misinformation about addiction but also underlying emotional and moral biases that perpetuate discrimination.

First, **public education campaigns** should be implemented to increase awareness about the nature of SUDs as treatable medical conditions rather than moral failings. These campaigns should focus on correcting misconceptions related to controllability, dangerousness, and immorality, emphasizing evidence-based information about treatment efficacy and recovery potential. **Training programs for healthcare professionals and social service workers** are crucial, given their gatekeeping role in access to care. Enhancing understanding of SUDs and fostering nonjudgmental attitudes can reduce barriers to treatment and improve patient outcomes. These programs should highlight the impact of stereotypes, such as perceived unpredictability or impaired decision-making, on treatment engagement and recovery, while encouraging the use of compassionate, patient-centered approaches.

Table 5 Forms of Discrimination Toward Individuals with SUDs

Form of Discrimination	p/r	Example Indicators	General Findings / Patterns	Gender / Substance Differences (where reported)	Interpretation
Treatment coercion	0,56 1,14	Support for mandatory treatment, forced detox, or compulsory rehab programs.	High public agreement with coercive treatment (58% of respondents), especially for hard drugs (heroin, methamphetamine).	Men more likely to endorse coercion; women more supportive of voluntary treatment.	Reflects belief that people with SUD lack self-control; linked with stigma about incapacity to change without force.
Restrictions on social roles	0,36 1,25	Limiting employment, child custody, driving, or	Around 70% agreed that people with addiction should be restricted	Stronger for “hard drugs”; slightly more	Indicates moral and competence-based stigma; addiction viewed

Form of Discrimination	p/r	Example Indicators	General Findings / Patterns	Gender / Substance Differences (where reported)	Interpretation
		professional duties for people with SUDs.	from responsible roles (e.g., teacher, doctor).	endorsed by men.	as incompatible with social responsibility.
Desire for social distance	0,78 1,54	Unwillingness to work with, live near, or have personal relationships with individuals with SUDs.	Most pervasive form of stigma: 78% unwilling to have close contact; stronger for heroin and methamphetamine users.	Women reported slightly higher willingness for contact; men expressed stronger avoidance tendencies.	Suggests persistent social exclusion and emotional fear reactions toward SUDs.
Decreased intention to help	0,42 1,32	Less support for public funding, community programs, or helping behavior.	55% of respondents showed low support for help measures; stronger among those with low addiction literacy.	Women more supportive of community care; men less tolerant of public spending on SUDs.	Indicates compassion fatigue and perception that addiction is self-inflicted, reducing empathy.

Discussion

The findings of this research provide a comprehensive understanding of the persistence and multidimensional nature of public stigma toward individuals with substance use disorders (SUDs). Across all analyzed domains—stereotyping, moral judgment, perceived dangerousness, controllability, and discrimination—public attitudes remain strongly negative, indicating that addiction continues to be perceived as a moral and social failing rather than a chronic health condition.

The results demonstrated that the most prevalent stereotypes involved dangerousness, unpredictability, and impaired decision-making ability, endorsed by 70–80% of respondents, particularly among men. These perceptions reflect enduring fear-based narratives that link addiction with aggression and social threat. Such stereotypes have been consistently reported in international studies [9, 17, 19, 20], where the perception of individuals with SUDs as “dangerous” legitimized restrictive social measures and paternalistic interventions. The data further indicated that individuals with SUDs were viewed as lacking control, irresponsible, and morally weak, highlighting the persistence of moral stigma.

Attributional beliefs revealed a complex but contradictory pattern. On one hand, individuals were largely blamed for developing SUDs, reinforcing the view that addiction results from voluntary behavior and lack of willpower. However, only a minority of participants in one study believed that people with addiction had control once the disorder began (van Boekel, 2013). In contrast, about half of participants in

another study thought those with SUDs could “pull themselves together” without treatment (Cris et al., 2000). These conflicting attitudes about controllability suggest public confusion about the nature of addiction and recovery, revealing a lack of understanding about its biological and psychological determinants. Importantly, none of these studies were conducted highlighting a gap in cross-cultural research on the perceived controllability of SUDs.

Furthermore, no research to date has systematically examined how public attitudes differ across stages of substance use, such as experimental use, regular use, or severe dependence. Understanding at which point stigma intensifies—and how demographic or cultural factors predict these shifts—would significantly advance theoretical models of stigma formation and progression.

Discrimination and Coercive Tendencies

In addition to stereotypes, the data revealed strong public support for coercive and restrictive measures targeting individuals with SUDs. Approximately 60–75% of respondents endorsed mandatory treatment policies ($p < .001$, $r = .62$), including forced detoxification, involuntary hospitalization, or legal mandates to attend clinics. Support for such coercive practices was higher among men and those with limited knowledge of addiction, reflecting a paternalistic orientation that perceives individuals with SUDs as incapable of self-regulation.

Social restrictions—such as prohibiting individuals from assuming public responsibilities, caring for children, or obtaining a driver’s license—were also highly endorsed (63–70%, $p < .004$, $r = .48$). These restrictive tendencies stem from beliefs that addiction implies moral and functional incapacity. The findings align with Budayová’s (2022) and Budayová & Fedorová’s (2024) studies, which found that individuals recovering from alcohol dependence or other addictive behaviors continue to face stigmatization in community and institutional settings, often being viewed as permanently “tainted” despite treatment success.

The desire for social distance emerged as the most pervasive discriminatory pattern, with 70–90% of respondents unwilling to live near, work with, or form relationships with individuals with SUDs ($p < .001$, $r = .71$). Such social distancing reflects both emotional fear and moral disgust—core components of public stigma identified by Link and Phelan’s (2001) sociological model. While women were more open to contact, men demonstrated stronger avoidance tendencies, reinforcing gendered patterns of stigma perception also observed by Dávidová & Hardy (2017a).

Lastly, the decreased intention to help dimension indicated compassion fatigue and limited addiction literacy. Between 50–65% of respondents showed low support for community-based treatment or rehabilitation programs ($p = .012$, $r = .39$). These findings suggest that when addiction is seen as self-inflicted, empathy and public investment decline—contributing to a cycle of neglect and underfunding for addiction care services.

Intersectionality and Social Context

The role of intersectionality in shaping SUD stigma remains insufficiently examined. Historically, drug addiction—particularly to opioids—has been racialized, with policy often portraying it as a problem primarily affecting marginalized groups

such as African-Americans. This racial framing contributed to punitive rather than therapeutic policy responses. However, as the opioid epidemic expanded into predominantly white populations, public and political responses shifted toward emphasizing treatment and compassion (Buzalová et al., 2025). This evolution suggests that stigma toward SUDs may vary according to the perceived race, ethnicity, or social class of those affected. Future vignette-based studies that manipulate race or ethnicity could help determine the extent to which stigma toward SUDs is confounded by broader social prejudices.

Stigma does not only exist in the general public but also within the healthcare system. Research indicates that negative perceptions of individuals with SUDs among healthcare professionals can reduce their willingness to provide treatment (Dirgová et al., 2024). This professional stigma represents a major barrier to recovery and perpetuates disparities in access to care. Such biases are particularly problematic given that healthcare providers act as gatekeepers for treatment access and policy implementation (Compton, 2016).

On a structural level, stigma can influence the allocation of financial resources and insurance coverage for addiction treatment. If SUD treatment becomes normalized within healthcare systems, stigma may gradually decline, but evidence for this hypothesis is still lacking.

Conclusion

This study examined public stigma toward individuals with substance use disorders (SUDs), focusing on stereotypes, emotional reactions, and discriminatory attitudes across gender and substance types. Using quantitative methods and a questionnaire-based approach, the findings reveal that stigma toward individuals with SUDs remains both pervasive and multifaceted, shaped by perceptions of dangerousness, personal responsibility, and moral judgment.

Overall, the results demonstrate that stigma is strongly influenced by the type of substance used. Hard drugs such as heroin and methamphetamine evoke the highest levels of fear, blame, and moral condemnation, while alcohol and cannabis elicit more moderate reactions. Gender differences were also consistent across domains: men tended to endorse more stigmatizing beliefs, especially regarding dangerousness, immorality, and coercive treatment, whereas women displayed greater empathy, optimism toward treatment, and contextual understanding of addiction.

Across all domains, men consistently showed higher levels of stigmatizing attitudes than women, particularly in stereotypes related to dangerousness, blame, and morality. Women tended to display greater empathy and optimism, especially concerning treatment potential and contextual understanding of addiction. Substance type also shaped stigma intensity: hard drugs (heroin and methamphetamine) evoked the highest levels of fear, blame, and moral judgment, while cannabis elicited the lowest. These findings confirm that public stigma toward SUDs is multidimensional, influenced by both the nature of the substance and gender-based differences in moral and emotional reasoning. The results also support previous research suggesting that

stigma is rooted not only in fear of danger but also in attributions of personal responsibility and moral weakness.

These findings are consistent with previous Slovak research highlighting the role of moral evaluation, attachment patterns, and family dynamics in shaping public and professional attitudes toward individuals exhibiting socially maladaptive or addictive behaviors. In particular, Dávidová and Hardy (2016) emphasized that disrupted attachment relationships and intergenerational trauma significantly contribute to social exclusion and stigmatizing perceptions, while Dávidová (2020) demonstrated that pathological gambling shares similar mechanisms of moralization, blame, and social marginalization observed in substance use disorders. These insights underline the importance of integrating psychological, relational, and socio-cultural determinants into stigma-reduction strategies and addiction-related interventions.

Funding

The research was done under the internal research scheme of St. Elizabeth University of Health and Social Work in Bratislava within 017-24-IG/2025 project scheme with title Stigmatisation of drug users within harm-reduction services.

Conflicts of interest

The author declares that there are no conflicts of interest related to this research. This statement confirms that the results, interpretations, and conclusions are impartial and free from any potential bias arising from competing interests.

REFERENCES

Budayová, Z. (2023). Výchové formovanie osobnosti dieťaťa a problémové správanie detí a mládeže. In: *Religio et societas VIII.: Zborník prednášok z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej v Spišskom Podhradí 20. apríla 2023*. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku. VERBUM - vydavateľstvo KU, 2023. ISBN 978-80-561-1059-1, s. 145-160

Budayová, Z. (2025). Selected types of addictive behaviors in roma communities and their prevention. In: *Studia teoretyczne w edukacji i pracy socjalnej* [textový dokument (print)] : zbiór opracowań naukowych. Gdansk: Wyższa Szkoła Społeczno-ekonomiczna W Gdańsku, 2025. ISBN 978-83-7657-566-7, s. 144-163.

Budayová, Z. (2022). Alcohol dependence - qualitative research. In: *Research studies and theoretical analysis of the researchers from Slovakia, Czech Republic and Poland*. Warsaw: Collegium Humanum - Szkoła Główna Menedżerska, 2022. ISBN 978-83-964214-1-8, s. 97-100.

Budayová Z, Zbigniew F. (2024). Coronaviruses in human history. *Review of theology, social sciences and sacred art*. Dublin (Írsko) : International scientific board of catholic researchers and teachers in Ireland. Vol. 2 (2024): 99-111.

Buzalová, S; Oláh, M; Pavlovičová, T; Dirgová, E. (2025). *Clinical social work and health intervention*. Viedeň: Gesellschaft für angewandte Präventionsmedizin. Vol. 16, No. 1-2 (2025), pp. 10-20 .

Compton WM, Han B, Jones CM, et al. (2016). Marijuana use and use disorders in adults in the USA, 2002-14: analysis of annual cross-sectional surveys. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:954–64. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30208-5.

Corrigan PW, Kuwabara SA, O'Shaughnessy J. (2009). The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample. *J Soc Work (Lond)* 2009;9:139–47.

Crisp A, Gelder M, Goddard E, Meltzer H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*. 2005;4:106–13.

Crisp AH, Gelder MG, Rix S, et al. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*. 2000;177:4–7. doi: 10.1192/bjp.177.1.4.

Dávidová, M. (2020). *Patologické hráčství. Výskyt, diagnostika a léčba, komplexní pohled na problematiku*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2758-5.

Dávidová, M.; Hardy, M.; Bachyncová Giertlová, D.; Briššáková, J. (2025). Súčasný stav a výzvy poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. In: Vansač, P. (ed.) *Konvergencia poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti pre pacientov/klientov*. Warszawa: Wydawnictwo Katedry Filozofii AEH, 2025, s. 53–63. ISBN 978-83-61087-93-9.

Dávidová, M.; Hardy, M.; Hurbanová, A. (2016). Vzťahová väzba v úplných a neúplných rodinách. In: CZARNECKI, P.; TOMANEK, P.; SUVADA, J. SPAY 2016. *Social Pathology Among Youth*. Warsaw: Warsaw Management University Publishing House, 2016, pp. 105-110. ISBN 978-83-7520-209-0.

Dávidová, M., Hardy, M., Hamarová, M. (2017a). Prežívanie zmysluplnosti a bezpečný typ vzťahovej väzby ako významný spôsob pomoci pre prácu v oblasti pomáhajúcich profesií. *ActaMissiologica*, Vol. 11, No. 2, pp. 60–83.

Dávidová, M., Hardy, M. (2017b). Problematické oblasti zmysluplnosti života. In *Sociálnozdravotnícke spektrum* [online]. 2017, s. 1–9. ISSN 1339-2379.

Dirgová, E. Ďurčanská, S. (2024). Social support as an effective concept for solving current social problems among adolescents from divorced families. In: *Actual social, health and pathological problems in society*. Krakow (Poľsko) : SAE: Energy & Propulsion Conference & Exhibition Team, 2024. ISBN 978-83-65547-25-5, s. 24-28.

Fedorová, M.; Hardy, M. (2014). Pathogenic Parenting Behaviour and Traumatogenic Dynamics of Family. In: JAGIELLO, E.; KLIM-KLIMASZEWSKA, A. (eds.) *Współczesne aspekty w edukacji i wychowaniu dziecka. Tom I Mądre dzieciaki*. Siedlce: Siedleckie Towarzystwo Naukowe, 2014, pp. 107–133. ISBN 978-83-62160-25-9.

Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, et al. (2016). Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:39–47. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2132.

Link BG, Phelan JC. (2001). Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363–85.

Livingston JD, Boyd JE. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010;71:2150–61. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030.

Mushtaq S, Mendes V, Nikolaou V, Luty J. (2015). Analysis of the possible components of stigmatised attitudes towards depression and heroin dependence. *J Subst Use*. 2015;20:399–406. Explores mental illness and heroin dependence in a U.K. sample.

NIDA (2016). Strategic Plan. National Institute on Drug Abuse; 2016. National Institute on Drug Abuse 2016-2020 Strategic Plan; pp. 1–63.

Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, et al. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol*. 2011;46:105–12.

van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. (2013). Public opinion on imposing restrictions to people with an alcohol- or drug addiction: a cross-sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:2007–16.

ZÁUJEM RODU KRČMÉRY O ODOVZDÁVANIE HODNÔT A SPOLOČNÉ DOBRO

THE KRČMÉRY FAMILY'S INTEREST IN PASSING ON VALUES AND THE COMMON GOOD

Neupauer František¹, Angelika Šrámková²

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

²*Lekárneň Biely Lev, Veľký Krtíš*

Abstrakt

Na príklade životného príbehu Karola Eliáša Krčméryho (1826 – 1902) odкрývame vplyv osobnosti na formovanie hodnôt a dobra v rodine, regióne i v národe. Eliáš Krčméry sa angažoval sa vo vedení mesta, no rovnako aj v spolkovvej a edukačnej činnosti presahujúcej liptovský región. Bytostne ovplyvnil životné postoje neskoršieho „otca národa“ Andreja Hlinku. Právom ho môžeme označiť za akéhosi duchovného otca „otca národa“.

Vo svojom príspevku sa zamýšľame nad vplyvom génov a výchovy vo formovaní osobností ako i nad úlohou medzigeneračného dialógu. Prostredie, v ktorom žijeme a sme vychovávaní, nás môže viesť k rozširujúcej empatii, ktorá v sebe zahŕňa starostlivosť o širšie okolie, no rovnako aj o prírodu i celý svet. Tu nachádzame medzigeneračné (genetické) prepojenie medzi postojmi predkov prof. Vladimíra Krčméryho a jeho osobným angažovaním sa v prospech najzraniteľnejších.

Kľúčové slová

Krčméryovci, Karol Eliáš Krčméry (1826-1902), kohézia, medzigeneračný dialóg, medzigeneračná spolupráca, reziliencia

Abstract

Using the example of the life story of Karol Eliáš Krčméry (1826 – 1902), we reveal the influence of personality on the formation of values and goodness in the family, region and nation. He was involved in managing the city administration, but also in social and educational activities spreading beyond the Liptov region. He significantly influenced the life attitudes of the later so called “father of the nation” - Andrej Hlinka. We can rightly call him as a spiritual father of the “father of the nation”.

In our contribution, we reflect on the influence of genes and upbringing on the process of formation of personality as well as on the role of intergenerational dialogue. The environment where we live and we are raised can help us to expand empathy, which includes caring for the wider environment, but also for nature and the whole world. Here we can find an intergenerational (genetic) connection between the attitudes of Prof. Vladimír Krčméry's ancestors and his personal commitment to the benefit of the most vulnerable ones.

Keywords

The Krčméry family, Karol Eliáš Krčméry (1826-1902), cohesion, intergenerational dialogue, intergenerational cooperation, resilience

Úvod

Každá generácia je formovaná inými okolnosťami a výzvami. Vplyv prostredia, rozvoj technológií, zmeny kultúrnych vzorcov správania – to všetko sa premieta do spôsobu myslenia a správania jednotlivca. Steven Pinker, profesor psychológie na Harvardskej univerzite a autor publikácie *The Better Angels of Our Nature: Why Violence Has Declined*, rozlišuje medzi tým, čím človeka formuje rodina a čo je dané geneticky.⁴⁵ Ako príklad uvádza adoptované deti, u ktorých zohráva podstatnejšiu úlohu genetický základ než výchova. Tvrdí: „Existuje vplyv kultúry, génov a náhody, ale rodičovská výchova má len veľmi obmedzený účinok.“⁴⁶ Na podporu tohto tvrdenia poukazuje na rozdielne životné príbehy súrodencov vyrastajúcich v rovnakom prostredí, ktorých osudy sa napriek podobnej výchove vyvíjali odlišne.⁴⁷

Popri genetickej výbave je však potrebné mať na pamäti aj „náhodné“ okolnosti, v ktorých jednotlivec vyrastá. Michael Ungar⁴⁸ upozorňuje, že osoby vyrastajúce v náročných podmienkach, sú vo väčšej miere závislé od kvality sociálneho a fyzického prostredia než od vlastných kognitívnych schopností či talentu.⁴⁹ Pri pohľade na životné príbehy viacerých osobností zisťujeme, že práve náročné životné podmienky ešte viac napomohli rozvoju talentov i kognitívnych schopností. Rozvoj týchto schopností v neľahkých podmienkach viedol k väčšiemu rastu, keď sa vonkajšie okolnosti zmenili k lepšiemu.

Celé generácie rodu Krčméry nám slúžia ako príklad takéhoto správania. Neprajné prostredie k slovenskému národu v druhej polovici 19. storočia kontra jasné postoje Karola Eliáša Krčméryho. Náročná prax lekára Karola Krčméryho počas 1. sv. vojny a následné zužitkovanie skúsenosti v praxi chirurga a riaditeľa Verejnej nemocnice župy bratislavskej v Trnave. Prenasledovanie počas komunistického režimu a následné zasadenie sa o viac slobody a demokracie v krajine vnímame cez príbehy politických väzňov z rodiny Krčméry.⁵⁰ A napokon aj prof. Vladimír Krčméry sám zakúsil tlak, zastrašovanie a vyhrážky počas komunistického režimu a aj neskôr v čase pandémie, či pri pomoci utečencom. To ho však neodradilo pokračovať v službe jednotlivcom a prispieť k spoločnému dobru.

Pri pohľade na životný príbeh profesora Vladimíra Krčméryho by sme mohli spoločne uvažovať ako ho formovala kultúra, v čom zohrala úlohu náhoda a čo bolo Božie riadenie. Nám ako historikom ide o iné. Cez historický výskum pôjdeme po stopách „genetickej informácie“ rodu Krčméry. Pokúsime sa objaviť, čo mal (má) tento rod hodnotovo zakotvené vo svojom dedičstve cez skúmanie životného príbehu príslušníka ružomerskej vetvy Krčméryovcov, ktorí žili a aktívne pôsobili v

⁴⁵ V publikácii sa zaoberá aj tým, čo determinuje ľudské správanie.

⁴⁶ PINKER, Steven: *The Better Angels of Our Nature: Why Violence Has Declined*, New York: Viking, 2011. 832 s.

⁴⁷ Podrobnejšie: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/10441294653-hyde-park-civilizace/225411058090222/>

⁴⁸ Michael Ungar (1963) – venuje sa sociálnej a psychickej odolnosti, v roku 2002 založil Resilience Research Centre (Centrum pre výskum odolnosti) na Dalhousie University v Halifaxe, Kanada.

⁴⁹ UNGAR, Michael (ed.): *The Social Ecology of Resilience. A Handbook of Theory and Practice*. London : Springer, 2012. 463 s.

⁵⁰ NEUPAUER, František: Listy, ktoré ne/čítal Silvo Krčméry vo väzení v roku 1952. Publikované 6. augusta 2025. Dostupné na: <https://blog.postoj.sk/179743/listy-ktore-necital-silvo-krcmery-vo-vazeni-v-roku-1952>

spoločensko-politických pomeroch 19. a 20. storočia. Cieľom je odkryť životný portrét a postoje pra-prastarého otca prof. Vladimíra Krčméryho – Karola Eliáša Krčméryho (1826–1902), richtára, znovuobjaviteľa Liskovej jaskyne pri Ružomberku,⁵¹ básnika, podnikateľa, mecéna.

Aj cez jeho príbeh vstúpime do dialógu s generáciou, od ktorej nás delia stovky rokov. Sme toho názoru, že aj takto je potrebné budovať „medzigeneračný dialóg“. Je cestou k poznaniu vlastnej minulosti, ktorú je potrebné odhaliť a poznať. Spoznávaním vlastných koreňov, objavovaním hodnôt, ktoré nám zanechali naši predkovia. Ich odkrývanie nás vedie na cestu reziliencie, sociálneho cítenia, snahy o budovanie spoločného dobra – v rodine, komunite i v celospoločenskom až celosvetovom meradle.

Náhľad do genealógie rodu Krčméry

Od začiatku 18. storočia môžeme sledovať dve rodové vetvy nositeľov priezviska Krčméry. Krčméryovci žijúci v Nemeckej Ľupči (dnes Partizánska Ľupča) boli evanjelici. Druhá vetva rodu, ružomerská, praktizovala katolícke náboženstvo.

Aspekt medzigeneračnej spolupráce nachádzame v oboch – konfesiónálnych – vetvách rodu Krčméry. Pri pohľade na evanjelickú vetvu rodu by sme medzigeneračný dialóg mohli sledovať napríklad v línii: evanjelický kňaz Jozef Krčméry (1783-1840), ktorý pochádzal z Nemeckej Ľupče – jeho syn August Horislav Krčméry (1822-1891), predstaviteľ štúrovskej generácie, evanjelický kňaz, publicista a hudobný skladateľ – ďalej Augustov syn Miloslav (1860-1902), evanjelický kňaz, redaktor a hudobný skladateľ – a Miloslavov syn Štefan Krčméry (1892-1955) básnik, publicista, prekladateľ, literárny teoretik a kritik. Niekedy sa potomkovia oboch vetiev rodu Krčméry nachádzajú vedľa seba. Napríklad pri zápise žiakov na Lekársku fakultu Slovenskej univerzity v Bratislave je potomok jedného i druhého rodu.⁵² Predmetom nášho skúmania je však katolícka, ružomerská vetva rodu Krčméry, z ktorej pochádzal aj profesor Vladimír Krčméry (1960-2022).

O pôvode ružomerskej vetvy rodu sa zachovala i rodinná legenda – tradovalo sa, že ich predkovia prišli na Slovensko z Čiech ako exulanti po bitke na Bielej hore po roku 1620.⁵³ Historicky je podložené, že zakladateľom ružomerskej vetvy rodu bol stolár Eliáš Krčméry (? – 1752), pôvodom z Nemeckej Ľupče. V Ružomberku sa usadil v prvej polovici 18. storočia. V roku 1738 ho tu prijali za mešťana.⁵⁴

K najznámejším predstaviteľom katolíckej vetvy rodu patrí strýko prof. V. Krčméryho – lekár a politický väzeň Silvester Krčméry (1924-2013). Je však skutočne pozoruhodné, že každá generácia ružomerskej vetvy rodu Krčméry sa vyznačovala

⁵¹ Bližšie: LALKOVIČ, Marcel: Z histórie Liskovskej jaskyne. In *Argonit, časopis Správy slovenských jaskýň*, s. 69-74.

⁵² Pod poradovým číslom 479 je Ivan Krčméry (IV. kolobeh - syn Štefana (bytom Turč. sv. Martin) a Hely, (bytom Bratislava)) a pod poradovým číslom 480 je Silvester Krčméry (II. kolobeh - syn Ladislava Krčméryho, bytom Bratislava)

Archív Univerzity Komenského, f. Matriky zapísaných študentov Lekárskej fakulty Slovenskej univerzity v Bratislave v letnom semestri akademického roka 1942/1943.

⁵³ ĎURIŠKA, Zdenko: *Osobnosť Štefana Krčméryho v genealogických súradniciach*. In *Biografické štúdie* 38, 1994, č.21, s. 109.

⁵⁴ ĎURIŠKA, *Osobnosť Štefana Krčméryho...*, s. 104.

osobnosťami, ktoré svojimi aktivitami zasiahli do spoločenského diania, resp. sa pričínili o rozvoj vedy, hospodárstva či kultúry. Bezpochyby, ide o rod, ktorý sa natrvalo zapísal do slovenských dejín. Vo vzťahu k profesorovi V. Krčmérymu bude do budúcnosti potrebné venovať pozornosť aj nasledovným osobnostiam:

- Karol Eliáš Krčméry (1826-1902) – pra-pra starý otec profesora V. Krčméryho
- Silvester Atanáz Krčméry (1850-1877) - pra-pra strýko profesora V. Krčméryho
- Karol Ondrej Krčméry (1859-1949) – prastarý otec profesora V. Krčméryho
- Karol Krčméry (1887-1934) – prastrýko profesora V. Krčméryho
- Silvester Krčméry (1924-2013) - strýko profesora V. Krčméryho

Vo svojom príspevku bližšiu pozornosť venujeme len jednému z nich. Karolovi Eliášovi, pra-pra starému otcovi profesora V. Krčméryho, ktorý zároveň mal významný vplyv na dianie v našej krajine. Hlboko ovplyvnil mladého chlapca Andreja Hlinku, ktorý sa stal práve aj pod jeho vplyvom veľkou osobnosťou a dnes je vnímaný ako „otec národa“.

Život a hodnotová orientácia Karola Eliáša Krčméryho (1826-1902)

Narodil sa v Ružomberku pred takmer 200 rokmi, 28. januára 1826. Počas svojho 76-ročného života sa ocitol v rôznych politicko-spoločenských podmienkach. Zažil revolúciu 1848/49, Bachov absolutizmus, Rakúsko-Uhorské vyrovnanie v roku 1867 či obdobie potláčania národnostných práv nemaďarských národov v Uhorsku.

Celý svoj život prežil v Ružomberku, kde sa aktivitami vo verejnej sfére, v oblasti hospodárstva i kultúry zapísal medzi popredné postavy dejín mesta a regiónu druhej polovice 19. storočia.

Pôvodne vyučený stolár 26. novembra 1849 uzavrel manželstvo s vdovou Teréziou, rod. Kňazovickou.⁵⁵ Narodilo sa im 7 detí, no dospelosti sa dožili iba štyri: prvorodený syn Silvester Atanáz (1850-1877), Lukrécia (1853-1891), Kristína (1855-1923) a Karol Ondrej (1859-1949).

Výchova a náboženská viera

Aký bol vplyv Karola Eliáša na ďalšie generácie? Bezpochyby, dával do popredia potrebu výchovy a odovzdania náboženskej viery. Kládol veľký dôraz na výchovu svojich detí v slovenskom kresťanskom duchu. Vštepoval im lásku voči blízkym a Bohu. Svojim životným príkladom v nich posilňoval potrebu pomáhať slabším, chudobnejším a rozvíjať ich sociálne cítenie. S tým hlboko súvisí aj náboženská viera – vždy mala v jeho živote dôležité miesto, snažil sa ju odovzdať svojim deťom ako dar.

Síce ani prvorodený syn Silvester Atanáz ani jeho mladší brat Karol Ondrej nikdy neboli vysvätení za kňazov, obaja isté obdobie života študovali v kňazskom

⁵⁵ Za poskytnutie presného termínu sobáša ďakujeme Zdenkovi Ďuriškovi. NEUPAUER, František, ŠRÁMKOVÁ, Angelika: Literárna činnosť Karola Eliáša Krčméryho (1826-1902). In *Rozhľady po kultúre a umení*. Ružomberok : Literárneho klubu ružomerských spisovateľov.

seminári. Svedčí to o kresťanských hodnotách, ktoré sa v nich posilňovali aj vďaka výchove v rodine.⁵⁶

Hlboký duchovný život Karola Eliáša ovplyvnil aj jeho básnickú tvorbu ako aj angažovanosť vo verejnom živote. V duchovnej rodine on sám bol ovplyvnený vzormi, ktoré videl v rodine. Príkladom toho je i Michal Krčméry (1802-1838), ktorý po štúdiách na ružomberskom gymnáziu v rokoch 1811-1815 vstúpil do rehole františkánov a prijal rehoľné meno Václav. V rokoch 1825-1830 absolvoval teologické štúdiá v Budapešti. Vo vzťahu ku Karolovi Eliášovi ide o otcovho bratranca. Podobne, ako Karol Eliáš, aj františkán Václav písal básne, a to v latinčine.⁵⁷

Národná identita

Každá generácia rodu Krčméryovcov viedla zápas s určitou formou ideológie či s totalitným režimom. U Karola Eliáša Krčméryho to bol v prvom rade zápas o uchovanie národnej identity v podmienkach dualistického Rakúsko-Uhorska.

Karol Eliáš vnímal silnú potrebu posilňovať národnú identitu v rodine i v spoločnosti. Túžil po tom, aby sa v daných politicko-spoločenských podmienkach mohli jeho potomkovia v čo najväčšej miere vzdelávať v národnom duchu. Prvorodeného syna poslal na vyššie katolícke gymnázium do Banskej Bystrice, kde v čase jeho nástupu do školy, v roku 1864, bol riaditeľom Slovák Martin Čulen a miestnym biskupom Štefan Moyzes. K posilneniu národnej identity vyzýval aj publicisticky, keď napr. v roku 1870 apeloval na kňazov, aby nepodliehali asimilačnej politike, aby boli „úprimnými národno-katolíckymi kňazmi.“⁵⁸ V slovenskom národnom duchu vychovávanú mládež vnímal ako „neoceniteľný poklad“ pre národ a vlasť.⁵⁹ Preto ju aj finančne podporoval. V širšom meradle môžeme konštatovať, že domácnosť Krčméryovcov patrila medzi ostrovčeky národného života v regióne.

A nie len domácnosť, ale aj podnik (hostinec), ktorý vlastnili Krčméryovci. V *Národných novinách* je uverejnený článok o Ružomberku s dátumom 1. september 1872. Autor v ňom píše: „...že o Ružobrehu⁶⁰ len donedávna ešte kolovala mienka, jako keby tam sídlo mala tá najväčšia odnárodnenosť.“ Následne však mení svoj názor pod vplyvom návštevy hostinca Karola Krčméryho: „To je obživina pre slovenského človeka! Tam je i telesný i duchovný požitok; preto, a preto že je tu milá slovenská obsluha, a baví sa tu vše pekný počet solídnych, upovedomených Slovákov. Tu je to miesto, kde ne jeden šuhaj, zachvátený oduševnenými rečami šlechetným pánom majiteľom hostinca, verný ostal svojmu národu, a miluje ho nadšene. Tu sa baví i jadro mešťanstva, tu číta slovenské a české časopisy; preto není divno, že sa Ružobreh tak krásne dvíha i v národnom ohľade.“ Autor článku ospevuje rod Makovických, Krčméryovcov, Dietrichovcov, mešťanov i duchovných Ružomberka

⁵⁶ Krčméry Athanáz Szilveszter. Nekrológ. In *A Körmöcbányai m.kir. állami Főreáltanoda nyolcadik évei értesítője*, 1877/8. Zost. Schröder Károly, Budapest, 1878, s. 1.
In der Konsistorial-Sitzung. In *Kaschauer Zeitung*, 7.7.1877, roč. 39, č. 79, s. 2.

⁵⁷ SZINNYEI, József: *Magyar írók élete és munkái*, 6. kötet. Budapest, 1899, s. 149.
Ružomberok II. Rody a osobnosti. Zost. Ďuriška Zdenko, Škrinárová Ľubica. Banská Bystrica, 2014, s. 157.

⁵⁸ KRČMÉRY, Karol: Dopisy. Z Ružomberku. In *Národné noviny*, 10.8.1870, roč. I.

⁵⁹ KRČMÉRY, Karol: Dopisy. Z Ružomberku. In *Národné noviny*, 10.8.1870, roč. I., s. 3.

⁶⁰ Dobový názov Ružomberka

a v oblasti školstva Jozefa Kajucha. O Karolovi Krčmérym nakoniec píše: „*Pán Karol Krčméry je v stave založiť v Ružobrehu sklad na hospodárske stroje, a už teraz možno uňho dostať: vajička, mlátidlá a sečacie stroje. Odporúča sa táto vec nášmu ľudu.*“⁶¹

Osobitnú pozornosť si zasluhuje jeho postoj k Andrejovi Hlinkovi. Je málo známe, že v období formovania svetonázoru a identity mladého Hlinku bolo jeho slovenské národné cítenie ovplyvnené a posilnené práve osobnosťou Karola Eliáša Krčméryho. Ako sa dočítame v prameňoch: „*Malý Hlinka rád chodieval do susedov, ku Krčmérovcom, kde starý Karol Krčméry, brat Hlinkovej tetky, Holländerky, s bystroumným malým Andrejom Hlinkom rád porozprával.*“⁶²

Krčméryho vplyv sa zreteľne podpísal pod skutočnosť, že A. Hlinka v čase dualizmu nepodľahol asimilačným tendenciám a ostal verný slovenským národným ideám, hodnotám. Nazdávame sa, že ak Andreja Hlinku vnímame, že je „*otcom národa,*“ tak otcom jeho duchovnej a národnej identity bol práve Karol Eliáš Krčméry. Preto by sme mu mohli dať prívlastok: „*duchovný otec otca národa*“.

Spolková činnosť a verejná angažovanosť

K. E. Krčméry sa angažoval vo viacerých spolkoch. Na pôde jedného sa snažil upevniť a rozširovať kresťanské ideály a hodnoty literatúry, kultúru. Druhou oblasťou jeho záujmu boli hospodárske záležitosti i verejná angažovanosť na úrovni samosprávy.

V 90. rokoch 19. storočia stál Krčméry pri zrode tzv. **Ružomerského katolíckeho kruhu**. Išlo o spolok, ktorého cieľom bolo posilniť duchovné hodnoty v spoločnosti, upevniť náboženskú morálku, šíriť osvetu a súdržnosť. Spolok mal apolitický charakter. Rok po vzniku mal okolo 150 členov. Predsedom spolku sa stal práve Karol Eliáš Krčméry. Ako spoločensky vážený občan Ružomberka stál na čele spolku až do svojej smrti v roku 1902.⁶³ Pod jeho vedením sa spolok venoval organizovaniu prednášok, šíreniu kultúry, organizovaniu tanečných zábav. Pri spolku vznikol aj spevokol pod vedením miestneho organistu Jozefa Chládku (1856-1928).⁶⁴

Krčméry svoje náboženské cítenie a význam viery v živote človeka vyjadroval aj poeticky. Na pôde *Ružomerského katolíckeho kruhu* prednášal vlastnú tvorbu, ktorú na sklonku života vydal i vo forme básnickej zbierky s názvom *BÁSNE prednesené v ružomerskom katolíckom kruhu* (1898).⁶⁵ Venoval sa v nich témam, ako je vyznanie viery, tri Božské cnosti – viera, nádej, láska, problematika pravdy, cnosti, hriech či smrti, resp. „*splynutie duše so svojím pôvodcom.*“

V úvode publikácie Krčméry napísal: „*Do povahy vezmúc povážlivé mravné klesanie nášho slovenského katolíckeho ľudu, umienil som si týmito básničkami*

⁶¹ Ružobreh. In *Národné noviny*, 1872, roč. I., s. 4.

⁶² SIDOR, Karol: *Andrej Hlinka (1864-1926)*. Bratislava : Kníhtlačiareň sv. Andreja, 1934, s. 11.

⁶³ Spolu z manželkou a ďalšími potomkami je pochovaný v rodinnej hrobke Krčméryovcov na Hlavnom mestskom cintoríne v Ružomberku.

⁶⁴ Bližšie: NEUPAUER, František, ŠRÁMKOVÁ, Angelika: Literárna činnosť Karola Eliáša Krčméryho (1826-1902). In *Rozhľady po kultúre a umení*. Ružomberok : Literárneho klubu ružomerských spisovateľov.

90 rokov spevokolu. In *Slovenské Hlasy z Ríma*, 1.12.1984, č. 12, s. 15.

⁶⁵ KRČMÉRY, Karol: *BÁSNE prednesené v ružomerskom katolíckom kruhu*. Ružomberok : Kníhtlačiarne Karla Salvu, 1898. 51 s.

mravniu povahu a náboženský cit jeho nakoľko možno povzniesť. Pri písaní nedržal som sa, pravda, prísne pravidiel prosodických, ale radšej vo forme verša usiloval som sa povzbudiť lásku k šľachetnému, cnostnému, kresťanskému životu ľudu nášho slovenského.“ Ďalej poukazuje na to, ako koncipoval samotné básne. Od básne o kresťansko-katolíckom pozdrave, vyznaní viery, cez zamyslenia na témy: viera, nádej, láska a pravda. Siedma báseň je o cnosti a cti, ôsma o hriechu, deviata o smrti. Desiata báseň má názov *Moje dumy*. Posledná sa týka alkoholizmu a v úvode ju autor nespomína. „Dúfam, že nikto dobrú vôľu moju nepokladá za zlú, - veď pomimo spisby spolku Sv. Vojtecha, a niekoľkých ešte mužov, málo kto zaoberá sa s cirkevnou spisbou katolíckou. A predsa v našej vlasti žije vyše dvoch milionov katolíckych Slovákov: nuž toľký ľud, ktorý sa krčovite pridŕža náboženstva svojho, by potreboval mnoho viac literárneho pokrmu. Viem, že mnohých od tejto práce odstrašuje všeobecné upodozrievanie z nevlastenectva. Ale konajúc dobre na poli spisby svojskej, nesmieme sa báť žiadnych nepríjemností a pracovať verne na spisbe pre svoj slovenský ľud katolícky; lebo s povznesením ľudu slovenského, povznesie sa i vlast naša. A len týmto spôsobom zachránime ho pred rozličnými epidemickými chorobami zloducha času tohto. Nuž nech pomáha Boh všetkým ľuďom dobrej vôle!“⁶⁶

V básni *Čo je viera* píše: „Viera je, skutočný znak ľudskej vzácnosti,* ona náboženstvo naše ustáľuje,* smysel ku Tvorcovi nášmu pozdvihuje* a pravou cestou vedie nás ku čnosti.** (...) Viera tichý život viešť nakladá,* zlosť, nenávisť, ona zakazuje,* pomstu, nepriateľstvo vyobcuje,* lásku za čnosť prvšiu poklada.** Viera nás k striedmosti pridružuje,* k riadnemu pôžitku privádza,* od miernosti, rozkoše odvádza* a k tichému životu nás povzbudzuje.** (...) Viera ti trpký život osladzuje,* nádej tvorí v božej milosti,* v lone jeho po tejto časnosti* a nebeskú slávu ti venuje.** (...) Viera je jasnosť nášho ducha,* telo beží za svetskými vecami,* za sveta tohto chůtkami,* ona je na podvod hluchá.“⁶⁷ Ďalej v básni nabáda k obráteniu neveriacich a poukazuje na silu svojej katolíckej viery. V závere sa obracia aj na občanov Ružomberka: „Ružomberčania, vašu vieru mužne bráňte* proti podlej sveta múdrosti* a mravných citov zvrhlosti,* horlivosťou vašou ju vždy obráňte.** (...) Lebo bez nej nestojí nič sláva sveta,* ani majetky, moc a úrad,* panskej milosti všetky výhľady,* ver bez priazne božej je po nás veta.** Vierou dietok sa, Bože, obraciame k tebe,* len láskou otcovskou nás obdaruj,* pred každým bludom nás ochraňuj* a po smrti všetkých ráč nás prijať k sebe.“⁶⁸

Čo je nádej je Krčméryho štvrtá báseň. Ponúkame z nej krátky úryvok:

Čo je nádej

Nádej je dcéra božej milosti,
človek v Bohu nádej skladá,
svoje túžby v ňom zakladá,

⁶⁶ KRČMÉRY, *Básne prednesené...*, s. 3 – 4.

⁶⁷ KRČMÉRY, *Básne prednesené...*, s. 9 – 13.

⁶⁸ KRČMÉRY, *Básne prednesené...*, s. 9 – 13.

nemôže žiť bez tej čnosti.

*Nádej nás v skutku posilňuje,
v neresťach nám pomoc dáva,
od zúfalstva zachováva,
v božej dôvere nás posilňuje.*

(...)

*Človek keď nádej v Bohu skladá,
či nepozerá smele každému,
v oči pánu čo jak mocnému,
osud svoj do rúk božích vkladá.*

*A v súžení kde pomoc hľadáš?
nie v dobrote Boha svojeho?
utrápených otca to milého,
človeče, len v ňom nádej skladáš*

(...)

*Všetci tedy nádej majme,
že podľa jeho zasľúbenia
dá nám duši tam spasenia,
za čo slávu Bohu vzdajme.⁶⁹*

V básni s názvom *Čo je láska* píše, že láska je božím darom. Boh z lásky k človeku poslal na svet svojho Syna a učil ľudí modliť sa aj za nepriateľov „každé nepriateľstvo on ľudom zakázal.“ Poukazuje na dôležitosť lásky k blížnemu, ktorá má byť dokonalá a „štedrosť k núdzným má byť neskonalá.“ Ukazuje na lásku bez rozdielu: „Láska rozdiel náboženstva nestenčuje,* žida tak ako pohana,* Turka tak ako kresťana * verne milovať nám Boh rozkazuje. ** Láska kresťanská je jasný kameň,* všetkým život osladzuje,* biedu, núdzu odstraňuje,* pokoja, tichosti je stály prameň. ** (...) Láska ku slobode je tak prirodzená,* každé zviera pachtí za ňou,* aj črviať žiť chce len s ňou,* bez nej vôľa ľudská je vždy zotročená. ** Preto je oplán, čo proti svobode bojuje,* zhubca bližného svojeho,* ničiteľ blaha to ľudského,* prekliaty, zatratený paduch, ktorý ju stenčuje.“⁷⁰ Báseň pokračuje poukázaním na lásku k vlasti i na manželskú lásku a v závere nabáda, aby aj Ružomberčania žili v kresťanskej láske.

Ďalšia z básní sa venuje téme pravdy. Pri čítaní jej veršov vnímame silnú paralelu medzi zmýšľaním Karola Eliáša Krčméryho a jeho pravnuka Silvestra Krčméryho. Paralelu, ktorá je založená na skutočnosti, že Krčméryovci medzigeneračne

⁶⁹ KRČMÉRY, *Básne prednesené...*, s. 14-17.

⁷⁰ KRČMÉRY, *Básne prednesené...*, s s. 18 – 23.

odovzdávali kresťanské hodnoty a túžili svedčiť o význame a potrebe dobra v spoločnosti.

Veľký akcent na dobro a pravdu vystihujú i slová Silvestra Krčméryho, ktoré vyslovil počas svojej obhajobnej reči pred Vojenským súdom v Trenčíne v júni 1954. Zneli: „*Vy máte v rukách moc, ale my máme pravdu! Kto má v rukách moc, ten si myslí, že môže pravdu zastrieť, potlačiť, zabiť alebo i ukrižovať. Ale pravda dosiaľ ešte vždy vstala i vstane z mŕtvych!*“ (Dokonca – niekedy – už i tretieho dňa.)⁷¹

Báseň, ktorá dáva odpoveď na otázku *Čo je pravda?* začína citátom: „*Fiat justitia, aut peraeat mundus. Nech bude pravda, alebo nech zahynie svet.*“⁷² Má spolu 120 veršov.

Čo je pravda

*Pravda je len jedna a to čistá,
večná v svojej postati,
nedá sa klamom zviklati,
na nebi, na zemi je tá istá.*

*Bárs i oplanami mnohdy umorená,
k sile príde a vždy víťazí,
zlobu dozaista porazí,
sama sebou býva oslávená.*

*Trebárs ubitá, aj umorená
pravda pravdou vždycky zostane,
pochovaná z hrobu povstane,
jasom božím krásne ovenčená.*

(...)

*Ona je v korunách jasný kameň,
tam len pravda skvie sa čistá,
bez nej zhuba je vždy istá,
opravdivej sláve je bez nej amen.*

*Lebo pravdu nikto nepokorí,
ani zbroj a celá sila sveta,
ani náboženstvá, čo jak jasno svieťa,
do klamu sa nikam neponorí.*

Boj proti pravde je vždy marný,

⁷¹ KRČMÉRY, Silvester: *Pravdou proti moci*. Žilina : Artis Omnis, 2014, s. 311.

⁷² KRČMÉRY, *Básne prednesené...*, s. 18 – 23.

ona nezná zlato, drahé poklady,
na vzácne dary neberie ohľady,
beh jej samým Bohom je vymeraný.

Sám Boh je vtelená pravda večná,
v ľudoch ju On vždycky posväti,
klamstvo a lož zase ztratí,
Jeho sláva je v nej nekonečná.⁷³

Ďalej sa Krčméry venoval aj hospodárskym témam. **Problematika hospodárstva a priemyslu** patrila medzi jeho kľúčové oblasti záujmu. Ako mladý spolu s manželkou podnikal – mali v Ružomberku prenajatý hostinec od bratov Petra a Daniela Makovických. Neskôr sa Krčméry výrazne pričínal o rozvoj hospodárstva v meste a okolí. Stál pri zrode papierenského a drevárskeho priemyslu v Ružomberku, podieľal sa na založení tehelne či peňažného ústavu. Priemysel vnímal ako „páku, ktorou dvíha sa dobrobyt ľudský.“⁷⁴ Bol autorom hospodárskej príručky, ktorá vyšla v roku 1896 v tlačiarňi Karola Salvu v Ružomberku pod názvom *Opis hospodárskych spolkov*.⁷⁵

Krčméry píše o hospodárstve ako o zjednocujúcej sile viacerých činiteľov: „Hospodárstvo je základom všetkého nášho krajinského, občianskeho, národného a náboženského blahobytu.“ Rozmach je možný len tam, kde rozkvitajú všetky oblasti života. „Naopak, kde hospodárstvo klesá, tam je holá nemožnosť, aby sa všeobecný dobrobyt rozmáhal.“⁷⁶ Zastával sa sedliakov a zdôrazňoval ich význam v hospodárstve: „...keď by toho tupeného sedliaka nebolo, nuž by jeho tupitelia hneď skapali.“⁷⁷ Zaujímal sa aj o poriadok v obciach. Odporúča zriadiť hospodárske spolky s povinným primeraným členským, pestovať ovocné stromy (zvlášť slivky) popri cestách a opravovať cesty, ktoré sú na hornatom Slovensku najhoršie. Kde sú úbočia zavalené skalami, tak tie majú občania zobrať a použiť na údržbu ciest. Prečo odporúčaľ sadiť predovšetkým slivky? „...lebo tejto ovocia je i do obchodu súce, ba keď sa ho hojne urodí, môže sa znamenitá slivovica páliť, ako to gazdovia hore Marošom do Sedmohradska, v Slavonii a Srieame robia a veľiký osoh docielia.“⁷⁸

Presne radil aké plodiny pestovať: kapustu, japonský hrach, chren, zeler, petržlen, uhorky, mak, šalát, mrkvu, cukrový hrach atď. V ďalšej téme sa venoval chovu dobytká. Odporúča chov ušľachtilých koňov i kráv, nakoľko majú oveľa vyššiu cenu a aj úžitok. Dáva príklady zo Švajčiarska, Tyrolska, kde kravy aj všetky poľné práce robia. „Ponevác ak budeme čakať, až by sa jednotlivci v obci o zamenenie dobrej rasy kráv postarali, pri terajšom stave na stá rokov zaostaneme. Tedy je narádzam, nech celá obec podľa svojej veľkosti 6, 12, 18, 24 kusov kráv ide do cudzemska, kde sa dobrá rasa švajcieriek nachádza, zakúpiť i s jedným samcom. Také nech v obci hospodárom

⁷³ KRČMÉRY, *Básne prednesené...*, s. 24-29.

⁷⁴ KRČMÉRY, Karol: Z Ružomberku. In *Obzor*, 10.2.1883, XXI, č. 2, s. 12.

⁷⁵ KRČMÉRY, Karol: *Opis hospodárskych spolkov*. Ružomberok : Kníhtlačiarne Karla Salvu, 1896.14 s

⁷⁶ KRČMÉRY, *Opis hospodárskych spolkov*, s. 1.

⁷⁷ KRČMÉRY, *Opis hospodárskych spolkov*, s. 1.

⁷⁸ KRČMÉRY, *Opis hospodárskych spolkov*, s. 6.

bez zárobku odpredá, a ak by takto žiaden hospodár odkúpiť nechcel, nech obec jednu obecnú maštal' postaví, a pretože každá obec má aj nejaké obecné pole, lúky, môže na krm týmže z toho vykazať, veď tieto kravy sa samy vychovávajú a ešte zvýši, keď sa budú správne riadiť, s tým doložením, že telce sa vždy v obci dražbou pre občanov ku výchove odpredajú. Túto lichvu, kým sa v obci dokonale nerozmnoží, žiaden von z obce predať nesmie. Týmto spôsobom by sme takú krásnu a cennú lichvu akú to v druhých krajoch vidíme, si zadovážili.“⁷⁹ Krčméry dokonca odporúča aj to, ako uchovať dobrú chuť bryndzi.

„Ponevač na našich slovenských hornatých stranách skoro žiadnej obci chotár celú výživu, chlieb hospodárom nedá, potrebné je, aby sa naši slovenskí občania o bočný, čo najvýhodnejší zárobok postarali.“ Poukazuje, že Slováci chodia na práce na Dolniaky, do baní, alebo sa chytajú kupectva, no Krčméry odporúča, aby sme sa učili od Nemcov. „Spojume s hospodárstvom aj remeslo, a síce remeslá také, do ktorých máme pod rukou potrebnú surovinu.“ Obec by mala zadovážiť majstra, ktorý by takému remeslu vyučil mládež. Poukazuje na prácu murárov z Liptova, ktorý aj tie najkrajšie paláce stavajú. „Tých by bolo treba ešte aspoň o 20 tisíc viac; potom tesárov je veľmi málo a kamenárov ešte menej, takrečeno ich ani niet. Túto výnosnú prácu u nás výlučne Taliani konajú a pekný groš za to berú.“⁸⁰ Poukazuje na to, ako niekde celé obce vyrábajú či už kuchynské náradie, hračky, slamené klobúky, košíky a pod. Takto môže hospodár získať cez remeslo aj trojnásobný zárobok. Odporúča aj zavedenie strojov v poľnohospodárstve a to hlavne „sejacieho stroja“.

Krčméry dáva do popredia aj spolky pracujúce proti alkoholizmu: „Najpotrebnejšia je ale pre hospodára striezlivosť. Preto zakladajme spolky striezlivosti, a síce tak, nech je hneď hospodársky spolok so spolkom striezlivosti spojený. Drahý rodáci, verte mi, nič tak neúčinkuje na spustlého človeka, ako všeobecné opovrhnutie. Veď vidíme, že zjavní pijáci ustúpiac do spolku striezlivosti, stali sa miernymi, poriadnymi ľuďmi.“ Poukazuje, že aj tí, čo si dajú len jedno pivo, vstúpili do daného spolku, aby spoločne pracovali „na hmotnom i duševnom polepšení nášho ľudu, lebo len spojené, bárs i slabé naše sily, môžu na každom poli života nášho veľkú, nepremožiteľnú silu vytvoriť.“⁸¹ Takto spoločne môžu zápasíť aj proti miestnej úžere a mravnej skaze. Krčméry žiada, aby sa tento jeho text dostal medzi ďalších ľudí, aby ho čítali zvlášť kňazi a učitelia a zakladali hospodársko-striezlivé spolky „v záujme nášho v každom ohľade zaostaleho slovenského ľudu prosím, by za jeho rozšírenie sa zaujal. (...) Príklady máme, že kde naši duchovní vodcovia na blahobyte nášho ľudu pracovali, tam Boh i ich prácu svojím požehnaním korunoval. Teda hore sa do práce tej naslavnejšej, lebo len takto si všetci tú najväčšiu zásluhu v ľude našom vydobijeme, keď ho mravne zošľachtíme a hmotne na nohy postavíme. Toto bude naša najšľachtnejšia, hospodársko-národná a náboženská práca. Len napred! Boh nám pomáhaj!“⁸²

⁷⁹ KRČMÉRY, Opis hospodárskych spolkov, s. 9.

⁸⁰ KRČMÉRY, Opis hospodárskych spolkov, s. 10.

⁸¹ KRČMÉRY, Opis hospodárskych spolkov, s. 12.

⁸² KRČMÉRY, Opis hospodárskych spolkov, s. 12.

K. E. Krčméry prejavoval živý záujem o **verejné dianie** vo svojom meste, v Ružomberku. Pôsobil ako mestský úradník, neskôr dve funkčné obdobia ako mešťanosta Ružomberka. Prvýkrát bol do tejto funkcie zvolený na 3-ročné obdobie ako 39-ročný v roku 1865, druhýkrát ako 49-ročný v roku 1875. Ako mešťanostovi (resp. richtárovi) mu prioritne záležalo na kvalitnom školstve v meste, na podpore výučby slovenčiny na miestnom piaristickom gymnáziu v období dualizmu či rozvoji hospodárstva v regióne.

Vplyv Karola Eliáša Krčméryho na ďalšie generácie

Krčmérymu veľmi záležalo na tom, aby hodnoty, ktoré vyznával a oblasti, o ktoré sa zaujímal, dokázal odovzdať svojim deťom a mladšej generácii. Bezprostredný vplyv otca na syna **Silvestra Atanáza Krčméryho (1850-1877)** evidentne vnímame pri voľbe gymnázia, pri zaradení sa a zachovaní si slovenskej národnej príslušnosti, a to i v čase jeho budapeštianskych štúdií. V centre Uhorska, v Budapešti, prispieval počas štúdia na Filozofickej fakulte do *Slovenských novín*, ktoré vydával Ján Nepomuk Bobula. Po štúdiách, keď už pôsobil ako stredoškolský pedagóg, bol označovaný za *pansláva*. Príslušnosť k slovenskému národu prejavoval v rôznych oblastiach svojho pôsobenia. Nebol len pedagógom a publicistom, ale aj historikom,⁸³ didaktikom, lingvistom a prekladateľom. Z poľštiny do slovenčiny preložil takmer 300-stranový román *Kvet zo Sumatry*.⁸⁴ Ako mladý stredoškolský učiteľ na gymnáziu v Kremnici podľahol tuberkulóze.

Mladší a jediný brat Silvestra Atanáza, **Karol Ondrej Krčméry (1859-1949)** – prastarý otec profesora V. Krčméryho – pokračoval v bratových šľapajach. Ako mladý slovenský intelektuál, v časoch dualizmu označovaný za *pansláva*, svojim životom vyznával kresťanské hodnoty, ktoré mu vštepovali doma, v rodine. Tri desaťročia pôsobil vo vedúcej pozícii – ako riaditeľ gymnázia v Kikinde (dnes Srbsko).⁸⁵ V nových spoločensko-politických podmienkach, po rozpade Rakúsko-Uhorska, sa angažoval, podobne ako jeho otec Karol Eliáš, vo verejnom dianí. Najprv v komunálnej politike, neskôr ako slovenský autonomista, priateľ Andreja Hlinku a poslanec HSLS, vo vysokej politike. V rokoch 1925-1939 bol senátorom a istý čas aj podpredsedom Národného zhromaždenia ČSR. Podobne ako jeho otec Karol Eliáš a brat Silvester Atanáz aj on bol publicistom. V medzivojnovom období prispieval najmä do autonomistického denníka *Slovák* či časopisu *Kultúra*. Ako lingvista sa zaoberal aj jazykovedným výskumom.⁸⁶ Bol predsedom Literárno-vedeckého odboru Spolku svätého Vojtecha (SVV). Životný príbeh Karola Ondreja Krčméryho je

⁸³ V roku 1877 mu v Košiciach vyšla publikácia venovaná najnovším dejinám sveta: KRČSMÉRY, Ath. Szilveszter: *A világtörténelem legujabb kora 1770-1871*. Kassa : Werfer Károly, 1877, 296 s.

⁸⁴ SKIBA, Wolody: *Kvet zo Sumatry*. Z poľského originálu preložil Ath. Sylvester Krčméry. Pešť : Minerva, 1871, 293 s.

⁸⁵ Bližšie o ňom: NEUPAUER, František – ŠRÁMKOVÁ, Angelika: *165 rokov od narodenia senátora Karola Krčméryho (1859 - 1949)*. Publikované 29. novembra 2024. <https://blog.postoj.sk/166462/165-rokov-od-narodenia-senatora-karola-krcmeryho-1859-1949>

⁸⁶ Karol Krčméry ml. vydal svoje jazykovedné dielo pod pseudonymom Karol Trňovský. TRŇOVSKÍ, Karol: *K rečovej otázke Slovákov so zreteľom k včítke „Proč jste se odtrhli?“*, Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 1937. 420 s.

príkladom toho, že medzigeneračný dialóg sa stal prostriedkom, ktorý prispel a pomohol zachovať vernosť svojmu povolaniu, rodinnej súdržnosti, láske k národu a duchovným hodnotám. To všetko formovalo generáciu Krčméryovcov aj po jeho odchode na večnosť.

Veľmi zaujímavý a doteraz historikmi prehliadnutý a nespracovaný je i životný príbeh prastrýka profesora Krčméryho, prvorodeného syna už spomínaného senátora Karola Krčméryho - **Karola Krčméryho ml. (1887-1934)**.

Pri pohľade na ich životy vidíme paralelu: obaja boli povoláním lekári. Obaja túžili pomáhať tým, ktorí to potrebujú. Obaja boli scestovaní a vystavení rôznym rizikám i dobrodružstvám. Karol Krčméry, ktorý vyrastal v rodičovskom dome v Kikinde a vyštudoval medicínu v Kluži, v časoch pred 1. svetovou vojnou absolvoval študijné cesty po Európe a navštívil viacero kliník v Nemecku, Švajčiarsku a v Taliansku. Vypracoval sa na výborného chirurga, ktorý v časoch 1. sv. vojny pôsobil ako vojenský lekár na fronte. Pozoruhodné je, že napriek realite a hrôzom, ktoré zažíval počas vojny, sa nestážoval. Ľudsky, poctivo a obetavo vykonával svoju prácu, pričom dokázal vnímať i krásu prírody, ktorá ho obklopovala. Nestrácal humor. Veselosť bola tiež jednou z charakteristických čŕt rodiny Krčméry, na ktorú v neskorších rokoch kládol dôraz i samotný Silvester Krčméry. V medzivojnovej ČSR chirurg Karol Krčméry zastával významný spoločenský post – stal sa riaditeľom župnej nemocnice v Trnave. Túto pozíciu zastával až do svojej smrti v marci 1934.⁸⁷

Záver

Je dobré poznať a spoznávať korene vlastnej rodiny. Vedieť, čím si prešla, čo prežili generácie pred nami. Podobne je dôležité poznať rodinné korene osobností, ktoré formovali dejiny obcí, regiónov, národov i štátov. Boli osobnosťami v odboroch, ktorým sa venovali. K takýmto osobnostiam iste patril aj profesor Vladimír Krčméry, no ako nás učia dejiny a ľudská skúsenosť, zásadný vplyv na tvorbu osobnosti má prostredie, v ktorom človek vyrastá a rodina, z ktorej pochádza.

V rodine Krčméry bol touto osobnosťou iste aj pra-prastarý otec prof. V. Krčmeryho. Jeho rozhľad, cestovateľské skúsenosti, dobrodružná povaha, záujem o spoločné dobro, podnikateľské nasadenie, podpora národného a náboženského života mali iste nepopierateľný vplyv pri formovaní ďalších generácií rodu Krčméry. Isteže, nepredpokladáme, že všetko to, čo sme ako historici objavili a zdokumentovali, poznal a vedel aj prof. Krčméry. Na druhej strane vnímame, že to všetko sa v jeho živote nieslo ako „zlatá niť“, ktorá utvárala a formovala rodinu Krčméry.

Tak, ako sme začali svoj príspevok, slovami Stevena Pinkera, profesora psychológie na Harvardskej univerzite, tak ho aj ukončíme, no nie v súvislosti s génmi, ale cez jeho pohľad na empatiu. Práve tá je jednou z podmienok medzigeneračného dialógu. Pinker hovorí o empatii ako o niečom, čo je nie dané a niekto to má a iný

⁸⁷ ŠRÁMKOVÁ, Angelika: *Korešpondencia rodiny Krčméryovej na začiatku 20. storočia*. In : Zborník z konferencie venovanej 100. výročiu narodenia Silvestra Krčméryho. Trnava. (v tlači)

nemá. Empatiu vníma ako niečo plastické, čo sa začína empatiou v rodine a môže pokračovať ďalej vo vzťahu k regiónu, krajine, prírode i celému svetu.⁸⁸

Myslíme si, že práve empatia je základom pre otvorenie medzigeneračného dialógu. A nie len to. Spoznávanie príbehov ľudí, ktorí boli empatickí, akási sympatia k ich pohľadom, postojom, životným príbehom... to všetko, čo nás pozýva na cestu „historickej empatie“ je základom pre formovanie zdravej empatie v každom z nás.

Veríme, že aj cez odkrytie a priblíženie životnej dráhy jedného z členov rodu Krčméry hlbšie pochopíme angažovanosť aj ďalších členov jeho rodiny a bude nás to nabádať aj k osobnej angažovanosti a statočnosti.

ARCHÍVNY VÝSKUM

Archív Národného múzea v Prahe, písomníctvo

Archív Univerzity Komenského, f. Matriky zapísaných študentov Lekárskej fakulty Slovenskej univerzity v Bratislave

Literárny archív Slovenskej národnej knižnice v Martine, f. B 536 Krčméry, Athanás Silvester

Egyetemi Könyvtár és Levéltár ELTE (Archív univerzity ELTE) v Budapešti, f. A 14_b, Egyetemi Levéltár 14. b. 10. doboz 964. sz.

Archív rodiny Krčméryovcov

BIBLIOGRAFIA

ŽURIŠKA, Z. 1994. Osobnosť Štefana Krčméryho v genealogických súradniciach. In *Biografické štúdie* 38. ISSN 0067-8724, 1994, č.21, s. 103-124.

KRCSMÉRY, A. S. *A világtörténelem legujabb kora 1770-1871*. Kassa : Werfer Károly, 1877, 296 s.

KRCSMÉRY, A. S. 1878. Nekrológ. In *A Körmöcbányai m.kir. állami Főreáltanoda nyolcadik éve értesítője, 1877/8*. Zost. Schröder Károly, Budapest, 1878, s. 1.

KRCSMÉRY, A. S. 1877. *A világtörténelem legujabb kora 1770-1871*. Kassa : Werfer Károly, 1877, 296 s.

KRČMÉRY, K. 1896. Opis hospodárskych spolkov. Ružomberok : Knihtlačiareň Karla Salvu, 1896. 14 s.

KRČMÉRY, K. 1898. *BÁSNE prednesené v ružomberskom katolíckom kruhu*. Ružomberok : Knihtlačiareň Karla Salvu, 1898. 51 s.

⁸⁸ Dostupné na: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/10441294653-hyde-park-civilizace/225411058090222/>

KRČMÉRY, K. 1898. Dopisy. Z Ružomberku. In *Národné noviny*. 10.8.1870, roč.1. s. 4.

KRČMÉRY, S. 2014. *Pravdou proti moci*. Žilina : Artis Omnis, 2014.

LALKOVIČ, M. 2006. Z histórie Liskovskej jaskyne. In *Argonit, časopis Správy slovenských jaskýň*. ISSN 1335-213X. 2006. č. 11, s. 69-74.

NEUPAUER, F., ŠRÁMKOVÁ, A. 2024. *165 rokov od narodenia senátora Karola Krčméryho (1859 - 1949)*. Publikované 29. novembra 2024. [online]. [cit. 2025. 10. 10; 07:10:15 SEČ]. Dostupné na internete: <<https://blog.postoj.sk/166462/165-rokov-od-narodenia-senatora-karola-krcmeryho-1859-1949>>.

NEUPAUER, F., ŠRÁMKOVÁ, A. 2025. Literárna činnosť Karola Eliáša Krčméryho (1826-1902). In *Rozhľady po kultúre a umení*. (v tlači)

NEUPAUER, F. 2025. Listy, ktoré ne/čítal Silvo Krčméry vo väzení v roku 1952. Publikované 6. augusta 2025. . [online]. [cit. 2025. 10. 10; 07:18:15 SEČ]. Dostupné na internete: <<https://blog.postoj.sk/179743/listy-ktore-necital-silvo-krcmery-vo-vazeni-v-roku-1952>>.

PINKER, Steven: *The Better Angels of Our Nature: Why Violence Has Declined*, New York: Viking, 2011.

Ružomberok II. Rody a osobnosti. Zost. ĎURIŠKA, Z., ŠKRINÁROVÁ, Ľ. Banská Bystrica, 2014, 272 s.

SIDOR, Karol: *Andrej Hlinka (1864-1926)*. Bratislava : Kníhtlačiareň sv. Andreja, 1934, s. 11.

SKIBA, W. 1871. *Kvet zo Sumatry*. Z poľského originálu preložil Ath. Sylvester Krčméry. Pešť : Minerva, 1871, 293 s.

SZINNYEI, J. 1899. *Magyar írók élete és munkái*, 6. kötet. Budapest, 1899, 1456 s.

ŠRÁMKOVÁ, A. (v tlači): *Korešpondencia rodiny Krčméryovej na začiatku 20. storočia*. In : Zborník z konferencie venovanej 100. výročiu narodenia Silvestra Krčméryho. Trnava, 2024.

TRŇOVSKÝ, K. 1937. *K rečovej otázke Slovákov so zreteľom k víčitke „Proč jste se odtrhli?“*, Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 1937. 420 s.

UNGAR, M. 2012. *The Social Ecology of Resilience: A Handbook of Theory and Practice*, New York: Springer, 2012.

(bez autora) In der Konsistorial-Sitzung. In *Kaschauer Zeitung*, 7.7.1877, roč. 39., č. 79, s. 2.

(bez autora) Ružobreh. In *Národné noviny*, 1872, roč. I., s. 4.

Kontakt

Mgr. František Neupauer, PhD.

E-mail: frantisek.neupauer@gmail.com

Dr. Angelika Šrámková, PhD.

E-mail: angelikasramkova@gmail.com

SOCIÁLNE PODNIKY V KONTEXTE MEDZIGENERAČNÝCH VZŤAHOV

SOCIAL ENTERPRISES IN THE CONTEXT OF INTERGENERATIONAL RELATIONS

Pavlovičová Svetlana¹, Sninčáková Alica²

¹Prešovská univerzita v Prešove

²Prešovská univerzita v Prešove

Abstrakt

Teoretické východiská: Sociálne podniky sú špecifickým typom organizácií, ktoré spájajú ekonomickú činnosť so spoločenským prínosom. V kontexte podpory medzigeneračných vzťahov predstavujú prostredie, kde sa prirodzene stretávajú a spolupracujú rôzne vekové skupiny. Takto vytvárajú priestor pre vzájomné učenie, odovzdávanie skúseností a posilňovanie sociálnej súdržnosti.

Cieľ: Hlavným cieľom príspevku je preskúmať, ako vybrané sociálne podniky z ôsmych slovenských krajov prispievajú k rozvoju, podpore a udržiavaniu medzigeneračných vzťahov medzi zamestnancami, aké mechanizmy využívajú na prepájanie mladších a starších generácií a aký význam má táto podpora pre komunitný život a spoločenskú kohéziu z pohľadu presne špecifikovaných zamestnancov.

Metódy: Výskum bol realizovaný prostredníctvom kvantitatívneho dotazníkového prieskumu medzi presne špecifikovanými zamestnancami sociálnych podnikov z ôsmych samosprávnych krajov. Dotazník obsahoval škály zamerané na kvalitu medzigeneračných vzťahov, ich udržanie, pracovnú spokojnosť a vnímaný prínos pre komunitu. Dáta boli analyzované pomocou deskriptívnej štatistiky.

Výsledky: Výsledky naznačujú, že sociálne podniky zohrávajú významnú úlohu pri prepájaní generácií. Starší zamestnanci pôsobia ako mentori a prenášajú svoje skúsenosti, mladší prispievajú inovatívnym myslením a technologickými zručnosťami. Organizované komunitné aktivity podporujú solidaritu, zlepšujú pracovnú klímu a posilňujú vzťahy v širšom komunitnom prostredí. Identifikované boli aj bariéry, najmä rozdielne pracovné návyky a hodnoty, ktoré je možné zmierniť prostredníctvom facilitácie a cielenej podpory spolupráce.

Záver: Sociálne podniky predstavujú významných podporovateľov medzigeneračných vzťahov v regiónoch. Ich aktivity ukazujú, že spájanie generácií má pozitívny dopad nielen na zamestnancov, ale aj na rozvoj komunitného života a posilňovanie spoločenskej kohézie.

Kľúčové slová

Sociálne podniky. Zamestnanci. Medzigeneračné vzťahy. Spoločenská kohézia. Komunitný život.

Abstract

Theoretical background: Social enterprises are a specific type of organization that combine economic activity with social benefit. In the context of fostering

intergenerational relations, they provide an environment where different age groups naturally meet and collaborate. In doing so, they create opportunities for mutual learning, the transfer of experience, and the strengthening of social cohesion.

Aim: The main objective of the paper is to examine how selected social enterprises from the eight Slovak regions contribute to the development, support, and maintenance of intergenerational relations between employees, what mechanisms they use to connect younger and older generations, and what significance this support has for community life and social cohesion from the perspective of specifically defined employees.

Methods: The research was conducted through a quantitative questionnaire survey among specifically defined employees of social enterprises from all eight self-governing regions. The questionnaire included scales focused on the quality of intergenerational relations, their sustainability, job satisfaction, and perceived contribution to the community. The data were analyzed using descriptive statistics.

Results: The findings suggest that social enterprises play a significant role in bridging generations. Older employees act as mentors and pass on their experience, while younger employees contribute innovative thinking and technological skills. Organized community activities promote solidarity, improve the working climate, and strengthen relationships in the wider community environment. Barriers were also identified, differences in work habits and values, which can be mitigated through facilitation and targeted support for cooperation.

Conclusion: Social enterprises represent important promoters of intergenerational relations in the regions. Their activities demonstrate that connecting generations has a positive impact not only on employees but also on the development of community life and the strengthening of social cohesion.

Keywords

Social enterprises. Employees. Intergenerational relations. Social cohesion. Community life. Excluded communities.

Úvod

V posledných desaťročiach možno v európskom, ako aj globálnom kontexte pozorovať narastajúci spoločenský a vedecký záujem o identifikáciu efektívnych mechanizmov reagujúcich na dôsledky demografických transformácií, predovšetkým proces starnutia populácie, pokles pôrodnosti a oslabovanie tradičných foriem medzigeneračnej solidarity (Wang 2024). Tieto zmeny významne ovplyvňujú štruktúru sociálnych vzťahov, funkčnosť rodinných väzieb a celkovú sociálnu kohéziu spoločnosti (Ondrejko 2013).

V tejto súvislosti sa sociálne podniky profilujú ako inovatívny a interdisciplinárne vymedzený nástroj sociálnej ekonomiky, ktorý integruje ekonomickú efektívnosť s dosahovaním merateľného spoločenského vplyvu. Ich hybridný charakter umožňuje kombinovať trhové mechanizmy s princípmi solidarity, inklúzie a participácie, čím vytvárajú predpoklady pre zvyšovanie sociálneho kapitálu a podporu medzigeneračných väzieb na úrovni komunít.

Sociálne podniky tak môžu predstavovať strategický prvok sociálnej inovácie, ktorý prispieva k posilňovaniu medzigeneračnej spolupráce, udržiavaniu sociálnej stability a rozvoju komunitného života. Ich činnosť má potenciál zmierňovať dôsledky demografických nerovnováh, podporovať aktívne starnutie a integráciu zraniteľných skupín, čím naplňa princípy sociálnej udržateľnosti a inkluzívneho rastu.

Súčasný stav skúmanej problematiky

Medzigeneračné vzťahy sú dôležitým prvkom sociálnej súdržnosti. Ich kvalita ovplyvňuje celkové fungovanie spoločnosti, predovšetkým v oblasti prenosu kultúrnych hodnôt, vzdelávania, starostlivosti a emocionálnej podpory. Moderná spoločnosť však čelí fragmentácii rodinných väzieb, urbanizácii a individualizácii, čo oslabuje každodenný kontakt medzi generáciami. Z výskumov vyplýva, že v prostredí, kde dochádza k pravidelnej interakcii medzi generáciami, sa znižuje výskyt predsudkov, rastie miera porozumenia a zlepšuje sa kvalita života oboch skupín. Pracovné prostredie je jedným z mnohých, kde sa rôzne vekové kategórie ľudí prirodzene stretávajú. Viacero výskumov sa zameralo na zlepšovanie atmosféry na pracovisku, rozvoj vzájomného rešpektu, rovnocennosti, otvoreného dialógu či využívanie silných stránok každej generácie. Ako príklady môžeme uviesť výskum Rožman a Tonic, ktoré sa zamerali na spokojnosť zamestnancov v rodinných podnikoch. Výsledky skúmania poukazujú nato, že faktory ako vedenie, vzťahy so zamestnancami a najmä medzigeneračná synergia majú pozitívny vplyv na spokojnosť zamestnancov a vedú k ich väčšej angažovanosti (Rožman, Tomic 2022). Barabaschi vo svojom výskume sledovala medzigeneračnú solidaritu na pracovisku, krízu trhu práce a možnosti sociálneho zabezpečenia. Poukázala na to: „Že každá generácia má zručnosti a talenty, ktoré sa môžu navzájom dopĺňať a využívať angažovanú pracovnú silu, čo vedie k vyššej produktivite a konkurenčnej výhode, ktoré znižujú závislosť od sociálneho štátu“ (Barabaschi 2015, s. 8). Autori Santini, Baschiera a Soccia publikovali článok zameraný na zrealizovaný edukačný program, ktorým sa navrhovalo riešenie ako zlepšiť stratu kompetencií starnúcej pracovnej sily a zároveň pomôcť mladým nezamestnaným ľuďom, ktorí sa ani nezúčastňujú na vzdelávaní a odbornej príprave a majú ťažkosti s opätovným zapojením sa do zamestnania. Výsledkom bolo vytvorenie národných prípadových štúdií zapojených štátov. Zistilo sa, že v rôznej miere starší mentori zlepšili svoje sebavedomie, sociálne začlenenie a postoj k aktívnemu starnutiu a mladí nezamestnaní ľudia nadobudli podnikateľské a sociálno-relačné kompetencie (Santini, Baschiera, Soccia 2020).

V posledných rokoch možno pozorovať vznik sociálnych podnikov zameraných nielen na zamestnanosť, ale aj na **budovanie komunity a sociálnu inklúziu**, kde sa prirodzene otvára priestor aj pre prepájanie rôznych vekových skupín – najmä seniorov a mladších generácií. V tomto zmysle zohrávajú **sociálne podniky významnú rolu ako platformy**, ktoré môžu vytvárať podmienky pre takéto stretnutia – napríklad prostredníctvom komunitných centier, medzigeneračných dielní, vzdelávacích programov či spoločenských podujatí. Na Slovensku už existuje viacero príkladov, kde sociálne podniky cielene prepájajú generácie. Napríklad komunitné kaviarne zamestnávajúce seniorov a mladých ľudí zároveň, remeselné

dielne, kde starší odovzdávajú svoje zručnosti mladším, alebo komunitné záhrady, ktoré sa stávajú miestom stretávania rôznych vekových skupín. Tieto iniciatívy ukazujú potenciál sociálnych podnikov ako aktérov, ktorí prispievajú k obnoveniu a posilňovaniu medzigeneračných väzieb aj mimo pracovného prostredia. Sociálne podniky tak môžu predstavovať strategický prvok sociálnej inovácie, ktorý prispieva k posilňovaniu medzigeneračnej spolupráce, udržiavaniu sociálnej stability a rozvoju komunitného života. Ich činnosť má potenciál zmierňovať dôsledky demografických nerovnováh, podporovať aktívne starnutie a integráciu zraniteľných skupín, čím napĺňa princípy sociálnej udržateľnosti a inkluzívneho rastu (Socci, Principi, Santini 2020; Komp-Leukkunen 2024).

Pojmový rámec výskumného problému

Sociálny podnik je podnikateľský subjekt, ktorého hlavným cieľom je dosahovať spoločensky prospešný vplyv, nie zisk. Spája ekonomickú činnosť s riešením sociálnych alebo environmentálnych problémov, napríklad vytváraním pracovných miest pre znevýhodnené osoby alebo podporou komunitného rozvoja. Zisk používa najmä na napĺňanie svojho sociálneho poslania a udržateľnosti.

Medzigeneračný rozdiel predstavuje odborný termín, ktorý označuje odlišnosti medzi jednotlivými generáciami ľudí v oblastiach, ako sú hodnoty, postoje, správanie, životný štýl, vzdelanie, pracovné návyky či používanie technológií. Tieto rozdiely vznikajú v dôsledku spoločenských, ekonomických, kultúrnych a technologických zmien, ktoré formujú skúsenosti každej generácie počas jej vývinu. Z hľadiska sociológie a psychológie ide o výsledok pôsobenia historického a kultúrneho kontextu na formovanie identity, myslenia a správania jednotlivcov patriacich do rôznych vekových kohort. Medzigeneračné rozdiely môžu viesť k nepochopeniu alebo konfliktom medzi generáciami, ale aj k vzájomnému obohacovaniu a prenosu skúseností.

Komunitný život je odborný termín označujúci súbor spoločenských vzťahov, aktivít a foriem spolužitia ľudí v rámci komunity, teda skupiny osôb spojených spoločným územím, záujmami, hodnotami alebo cieľmi. Predstavuje aktívne zapájanie členov komunity do spoločenského, kultúrneho, sociálneho a občianskeho diania, ktoré prispieva k posilňovaniu sociálnej súdržnosti, solidarity a vzájomnej pomoci.

Z pohľadu sociológie a sociálnej práce je komunitný život dynamický proces budovania a udržiavania sociálnych väzieb, v ktorom sa jednotlivci podieľajú na rozvoji a kvalite života celej komunity prostredníctvom spolupráce, participácie a zodpovednosti.

Marginalizované komunity je odborný pojem označujúci sociálne skupiny alebo spoločenstvá ľudí, ktoré sú vylúčené alebo vytláčané na okraj spoločnosti a majú obmedzený prístup k zdrojom, právam, príležitostiam a službám, ktoré sú bežne dostupné väčšinovej populácii.

Z hľadiska sociológie a sociálnej politiky ide o komunity, ktoré čelia systémovej diskriminácii, sociálnemu vylúčeniu a nerovnostiam, pričom ich znevýhodnenie môže byť spôsobené etnickým pôvodom, chudobou, vzdelaním, zdravotným stavom, pohlavím, vierovyznaním alebo inými spoločenskými faktormi. Marginalizácia sa

prejavuje v oblastiach, ako sú zamestnanosť, bývanie, vzdelávanie, zdravotná starostlivosť, politická participácia či prístup k spravodlivosti.

Cieľ výskumu

Preskúmať, ako vybrané sociálne podniky z ôsmich slovenských krajov prispievajú k rozvoju, podpore a udržiavaniu medzigeneračných vzťahov medzi zamestnancami, aké mechanizmy využívajú na prepájanie mladších a starších generácií a aký význam má táto podpora pre komunitný život a spoločenskú kohéziu z pohľadu presne špecifikovaných zamestnancov.

Dielčím cieľom výskumu je definovať rozdiely vo vnímaní vybraných sociálnych aspektov (1–3) u zamestnancov sociálnych podnikov s ohľadom na vek.

Z hlavného cieľa sme špecifikovali nasledovné úlohy:

1. Zistiť vekovú štruktúru zamestnancov sociálnych podnikov.
2. Zistiť rodové zastúpenie zamestnancov sociálnych podnikov.
3. Zistiť regionálne zastúpenie sociálnych podnikov v jednotlivých krajoch Slovenska.
4. Zistiť rozdiely vo vnímaní *rozvoja a podpory medzigeneračných vzťahov* (indikátor 1) medzi vekovými skupinami zamestnancov sociálnych podnikov.
5. Zistiť rozdiely vo vnímaní *mechanizmov prepájania zamestnancov* (indikátor 2) medzi vekovými skupinami zamestnancov sociálnych podnikov.
6. Zistiť rozdiely vo vnímaní *významu sociálneho podniku pre komunitu* (indikátor 3) medzi vekovými skupinami zamestnancov sociálnych podnikov.

Hypotézy výskumu

Na základe teoretických východísk sociálnej ekonomiky, koncepcie aktívneho starnutia a medzigeneračnej solidarity sa formulovali nasledujúce výskumné hypotézy:

H1: Predpokladáme, že zamestnanci vo veku nad 50 rokov významne viac vnímajú rozvoj a podporu medzigeneračných vzťahov v sociálnych podnikoch v porovnaní so zamestnancami vo veku do 26 rokov.

H2: Predpokladáme, že zamestnanci vo veku nad 50 rokov významne viac využívajú mechanizmy na prepájanie zamestnancov v sociálnych podnikoch oproti zamestnancom vo veku do 26 rokov.

H3: Predpokladáme, že zamestnanci vo veku nad 50 rokov významne viac vnímajú význam sociálneho podniku pre komunitu v oblasti medzigeneračných vzťahov oproti zamestnancom vo veku do 26 rokov.

Výskumné metódy

Predpokladaný výskum vychádza z teórií sociálneho kapitálu (Putnam 2000), medzigeneračnej solidarity (Bengtson & Roberts 1991) a sociálneho podnikania ako formy sociálnej inovácie (Defourny & Nyssens 2017). V metodologickej rovine je využitý kvantitatívny výskumný dizajn založený na dotazníkovom zisťovaní medzi zamestnancami sociálnych podnikov registrovaných v súlade so zákonom č. 112/2018 Z. z. o sociálnej ekonomike a sociálnych podnikoch.

Pre náš kvantitatívny výskum sme zvolili ako metódu neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý sme zaslali ôsmym sociálnym podnikom, ktoré dotazník distribuovali zamestnancom.

Dotazník bol navrhnutý tak, aby umožnil kvantifikovať postoje, názory a vnímanie zamestnancov sociálnych podnikov v oblasti medzigeneračných vzťahov, mechanizmov ich podpory a komunitného významu sociálneho podniku.

Dotazník pozostával z dvoch hlavných častí:

1. Sociálno-demografická časť, ktorá zisťovala základné charakteristiky respondentov (pohlavie, vek, dosiahnuté vzdelanie a kraj pôvodu).
2. Tematická časť, rozdelená do troch oblastí:
 - I. Rozvoj, podpora a udržiavanie medzigeneračných vzťahov,
 - II. Mechanizmy na prepájanie mladších a starších generácií,
 - III. Význam pre komunitný život a spoločenskú kohéziu.

Dotazník pozostával z 22 položiek, z ktorých bolo 21 uzavretých a jedna otvorená. V dotazníku bola použitá Likertova viacpoložková psychometrická škála (Likert 1932), ktorá umožnila respondentom presnejšie vyjadriť svoj postoj, názor a vnímanie sledovaných javov. Zber dát bol realizovaný v období september – október 2025. Dáta boli spracované pomocou štatistického programu SPSS 26.0 (Field 2018, Pallant 2020, Hinton, McMurray, Browlow 2014). Pre zistenie charakteristík výskumného súboru boli použité miery centrálnej tendencie (aritmetický priemer, početnosť) a pre verifikáciu postulovaných hypotéz bola aplikovaná neparametrická štatistická metóda – Mann-Whitneyho U-test pre dva nezávislé výbery.

Charakteristika výskumného súboru

Výskumný súbor tvorilo 136 respondentov – zamestnancov sociálnych podnikov registrovaných podľa zákona č. 112/2018 Z. z. o sociálnej ekonomike a sociálnych podnikoch.

Respondentov do výskumného súboru sme stanovili zámerným výberom tak, aby sa zabezpečila rovnováha medzi vekovými podskupinami a zároveň umožnila komparácia v rámci stanovených hypotéz. Kvalitatívne kritéria výberu sme určili vopred a predstavujú ich:

- Zamestnanci sociálnych podnikov z ôsmich samosprávnych krajov Slovenska,
- Zamestnanci tvorili interval vo veku do 26 rokov, 26-50 rokov a 50 a viac rokov,
- Zamestnanci, ktorí spĺňajú kritérium podľa zákona č. 112/2018 o sociálnej ekonomike a sociálnych podnikoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov, že ide o osobu znevýhodnenú alebo zraniteľnú.

Podskupiny respondentov boli zrovnocenené v nasledujúcich premenných:

- Vek: Súbor pozostával z dvoch vekových kategórií, pričom 50 % (n = 68) tvorili respondenti vo veku do 26 rokov a 50 % (n = 68) respondenti vo veku nad 50 rokov. Takéto rozloženie umožňuje symetrické porovnanie vnímania medzigeneračných aspektov medzi mladšou a staršou vekovou kohortou.
- Pohlavie: V oboch vekových skupinách bola zachovaná rovnováha medzi mužmi a ženami. Muži predstavovali 18 % (n = 25) v skupine do 26 rokov a rovnaký

podiel (18 %; n = 25) v skupine nad 50 rokov. Ženy tvorili 32 % (n = 43) v skupine do 26 rokov a 32 % (n = 43) v skupine nad 50 rokov. Takto vyvážená štruktúra pohlavia znižuje riziko skreslenia výsledkov z dôvodu rodových rozdielov vo vnímaní skúmaných javov.

- Kraj: Respondenti pochádzali zo všetkých ôsmich krajov Slovenskej republiky (Bratislavský, Trnavský, Trenčiansky, Nitriansky, Žilinský, Banskobystrický, Prešovský a Košický kraj). Rozdelenie podľa kraja zabezpečilo regionálnu diverzitu vzorky a umožnilo zahrnúť sociálne podniky pôsobiace v odlišných ekonomických a komunitných kontextoch.

Zloženie výskumného súboru je teda demograficky a regionálne vyvážené, čo vytvára predpoklady pre relevantné porovnanie vekovo podmienených rozdielov vo vnímaní medzigeneračných vzťahov, mechanizmov ich podpory a významu sociálnych podnikov pre komunitný život.

Na základe dostupnosti bolo oslovených osem sociálnych podnikov, z každého kraja po jednom. Celkový počet respondentov, za všetky vekové kategórie, ktorí na báze dobrovoľnosti vyplnili dotazník bol 136 osôb.

Tab. 1 Štruktúra respondentov

Kraj/Vekový interval	Muži		Spolu muži	Ženy		Spolu ženy	Spolu
	do 26	50-viac		do 26	50-viac		
Bratislavský	3	3	6	5	7	12	18
Trnavský	2	3	5	4	4	8	13
Nitriansky	4	3	7	4	4	8	15
Trenčiansky	3	4	7	6	9	15	22
Žilinský	3	3	6	4	6	10	16
Banskobystrický	3	2	5	7	5	12	17
Prešovský	4	4	8	9	4	13	21
Košický	3	3	6	4	4	8	14
Spolu	25	25	50	43	43	86	136

Výsledky výskumu

Pre verifikáciu hypotéz sme zvolili neparametrickú štatistiku.

H1: Predpokladáme, že zamestnanci vo veku nad 50 rokov významne viac vnímajú rozvoj a podporu medzigeneračných vzťahov v sociálnych podnikoch v porovnaní so zamestnancami vo veku do 26 rokov.

Tab. 2 Štatistické porovnanie vnímanej miery rozvoja a podpory medzigeneračných vzťahov (HSP1) u sociálnych pracovníkov vo veku do 26 rokov a nad 50 rokov zistené Mann Whitney testom pre dva nezávislé výbery

	SP do 26 rokov n(68) x (SD)	SP nad 50 rokov n(68) x (SD)	U	p
HSP1	20,47 (3,45)	20,80 (4,23)	116,500	0,674

x - priemerné hodnoty, SD – smerodajná odchýlka, U – hodnota Mann Whitney testu, p – hladina významnosti testu;

Nezistili sme významné rozdiely (p je viac ako 0,05) nami predpokladané rozdiely nie sú štatisticky významné.

H2: Predpokladáme, že zamestnanci vo veku nad 50 rokov významne viac využívajú mechanizmy na prepájanie zamestnancov v sociálnych podnikoch oproti zamestnancom vo veku do 26 rokov.

Tab. 3 Štatistické porovnanie prepájacích mechanizmov medzigeneračných vzťahov (HSP2) u sociálnych pracovníkov vo veku do 26 rokov a nad 50 rokov zistené Mann Whitney testom pre dva nezávislé výbery

	SP do 26 rokov n(68) x (SD)	SP nad 50 rokov n(68) x (SD)	U	p
HSP2	23,24 (2,59)	27,23 (1,49)	109,00	0,014

x - priemerné hodnoty, SD – smerodajná odchýlka, U – hodnota Mann Whitney testu, p – hladina významnosti testu;

Na základe výsledkov Mann-Whitneyho U-testu ($U = 109,00$; $p = 0,014$) možno konštatovať, že rozdiel medzi porovnávanými skupinami je štatisticky významný na hladine významnosti $p < 0,05$. Vyššiu priemernú hodnotu dosiahli zamestnanci vo veku nad 50 rokov ($\bar{x} = 27,23$; $SD = 1,49$) v porovnaní so zamestnancami vo veku do 26 rokov ($\bar{x} = 23,24$; $SD = 2,59$).

Z uvedeného vyplýva, že starší zamestnanci sociálnych podnikov významne častejšie využívajú mechanizmy prepájania zamestnancov rôznych generácií, ako sú mentoring, spoločné tréningy či medzigeneračné tímy. Tento výsledok naznačuje vyššiu mieru participácie a angažovanosti starších pracovníkov v aktivitách podporujúcich spoluprácu medzi generáciami.

Na základe týchto výsledkov možno konštatovať, že **hypotéza H2 sa potvrdila** – zamestnanci vo veku nad 50 rokov významne viac využívajú mechanizmy na prepájanie zamestnancov v sociálnych podnikoch oproti zamestnancom vo veku do 26 rokov.

H3: Predpokladáme, že zamestnanci vo veku nad 50 rokov významne viac vnímajú význam sociálneho podniku pre komunitu v oblasti medzigeneračných vzťahov oproti zamestnancom vo veku do 26 rokov.

Tab. 4 Štatistické porovnanie vnímanej miery rozvoja komunity medzigeneračných vzťahov (HSP3) u sociálnych pracovníkov vo veku do 26 rokov a nad 50 rokov zistené Mann Whitney testom pre dva nezávislé výbery

	SP do 26 rokov n(68) x (SD)	SP nad 50 rokov n(68) x (SD)	U	p
HSP3	23,47 (2,0)	28,51 (2,42)	109,500	0,021

x - priemerné hodnoty, SD – smerodajná odchýlka, U – hodnota Mann Whitney testu, p – hladina významnosti testu;

Výsledky Mann-Whitneyho U-testu ($U = 109,500$; $p = 0,021$) potvrdzujú, že rozdiel medzi vekovými skupinami je štatisticky významný na hladine významnosti $p < 0,05$. Vyššiu priemernú hodnotu dosiahli zamestnanci vo veku nad 50 rokov ($\bar{x} = 28,51$; $SD = 2,42$) v porovnaní so zamestnancami vo veku do 26 rokov ($\bar{x} = 23,47$; $SD = 2,00$).

Z uvedeného vyplýva, že starší zamestnanci vnímajú význam sociálneho podniku pre komunitu a rozvoj medzigeneračných vzťahov výrazne intenzívnejšie ako mladší pracovníci. Tento výsledok naznačuje, že vek a životné skúsenosti môžu byť spojené s vyššou mierou identifikácie s komunitnými hodnotami, väčšou citlivosťou na sociálne väzby a pochopením širšieho spoločenského dopadu činnosti sociálneho podniku.

Na základe týchto výsledkov možno konštatovať, že **hypotéza H3 sa potvrdila** – zamestnanci vo veku nad 50 rokov významne viac vnímajú význam sociálneho podniku pre komunitu v oblasti medzigeneračných vzťahov oproti zamestnancom vo veku do 26 rokov.

Vedľajšie zistenia z dotazníka – praktické a spoločenské dopady

Okrem hlavných výskumných cieľov sa v odpovediach zamestnancov sociálnych podnikov objavili aj viaceré vedľajšie zistenia, ktoré poukazujú na širšie praktické a spoločenské dopady medzigeneračnej spolupráce v prostredí sociálnych podnikov. Tieto poznatky potvrdzujú, že činnosť sociálneho podniku má významný presah do rodinného, komunitného aj hodnotového života jeho zamestnancov.

1. Medzigeneračná spolupráca a jej dopad na rodiny

Mnohí uvádzali, že práca v kolektíve, kde sa stretávajú starší a mladší zamestnanci, má pozitívny vplyv aj na rodiny. Spolupráca s ľuďmi z iných generácií naučila trpezlivosti, rešpektu a lepšej komunikácii – nielen na pracovisku, ale aj doma. Zamestnanci nad 50 rokov uvádzali, že sa snažia byť príkladom pre mladších kolegov aj pre svoje deti, a mnohí z mladších potvrdili, že práve vďaka starším kolegom sa naučili zodpovednosti a dôslednosti v práci. Niektorí uviedli, že stabilné zamestnanie v sociálnom podniku zlepšilo atmosféru v rodine – pribudla istota, pravidelnosť a poriadok v živote. Deti vidia, že rodičia pracujú, a vnímajú prácu ako hodnotu. V niektorých prípadoch sa podľa výpovedí respondentov dokonca zlepšila školská dochádzka detí, pretože rodičia im dokázali ísť osobným príkladom a motivovať ich, aby sa vzdelávali.

2. Význam sociálneho podniku pre komunitu a medzigeneračné vzťahy

Starší zamestnanci (nad 50 rokov) vnímajú sociálny podnik ako dôležitú súčasť komunity a zdroj spoločenského dobra. Často sa vyjadrovali, že práca v podniku „spája ľudí, ktorí by sa inak možno nestretli“, že „učí mladších, ako sa dá žiť a pracovať podoctivo“ a že „dáva zmysel nielen nám, ale aj celej dedine“. Tento pocit spolupatričnosti a užitočnosti posilňuje komunitnú identitu, vzájomnú pomoc a rešpekt medzi generáciami.

Z odpovedí vyplýva, že mnohí vnímajú sociálny podnik ako miesto, ktoré obnovuje dôveru a solidaritu v prostredí, kde tieto hodnoty často chýbali. Spoločné aktivity, ako sú komunitné projekty, školenia či neformálne podujatia, podporujú medzigeneračné učenie a vytvárajú nové väzby medzi ľuďmi rôzneho veku, pôvodu a životných skúseností.

3. Sociálne a výchovné efekty práce v sociálnom podniku

Zamestnanie v sociálnom podniku podľa mnohých respondentov pomáha udržiavať rodiny pohromade. Poskytuje nielen finančnú stabilitu, ale aj psychologickú istotu a pocit zmysluplnosti, ktorý znižuje napätie v domácnosti. Viacerí respondenti z marginalizovaných komunít zdôraznili, že práca im pomohla „zmeniť pohľad detí na vzdelanie a zodpovednosť“ a že deti sú teraz viac motivované plniť si povinnú školskú dochádzku, keď vidia, že rodičia pracujú a majú jasný denný režim. Starší zamestnanci prirodzene preberajú úlohu pozitívnych vzorov – nielen pre mladších pracovníkov, ale aj pre mladé rodiny v komunite. Svojím správaním, skúsenosťami a stabilitou ukazujú, že práca, disciplína a vzájomná pomoc majú hodnotu.

4. Komunitná súdržnosť a pozitívne sociálne zmeny

V odpovediach sa opakovane objavovalo, že vďaka sociálnym podnikom sa zlepšili vzťahy v obciach a komunitách. Ľudia sa viac poznajú, pomáhajú si a cítia sa súčasťou niečoho väčšieho. Viacerí uviedli, že sociálny podnik „priniesol do dediny pokoj, prácu a rešpekt“, a že vďaka spoločným aktivitám sa „ľudia prestali deliť na mladých a starých, na tých z osady a tých z dediny“. Tento proces má významný vplyv na budovanie spoločenskej kohézie, zníženie predsudkov a rozvoj občianskej zodpovednosti. Vzniká tak prostredie, kde sa medzigeneračné väzby stávajú prirodzenou súčasťou každodenného života – doma, v práci aj v komunite.

Zhrnutie vedľajších zistení

Na základe vedľajších zistení môžeme konštatovať, že:

- medzigeneračná spolupráca v sociálnych podnikoch posilňuje rodiny a zlepšuje vzťahy v domácnostiach,
- stabilné zamestnanie prispieva k pravidelnej školskej dochádzke detí a k prenášaní pozitívnych pracovných vzorov,
- sociálny podnik je vnímaný ako miesto solidarity, dôvery a zmysluplnosti,
- starší pracovníci pôsobia ako nositelia hodnôt a skúseností, ktoré formujú nielen mladších kolegov, ale aj širšiu komunitu,
- celkovo sa posilňuje sociálna súdržnosť, komunitná identita a vzájomná pomoc medzi generáciami.

Tieto poznatky ukazujú, že sociálne podniky majú mimoriadne dôležitú spoločenskú funkciu – vytvárajú most medzi prácou, rodinou a komunitou, a tým prispievajú k stabilizácii spoločenského prostredia a k rozvoju zdravých medzigeneračných vzťahov.

Diskusia

Rozvoj, podpora a udržiavanie medzigeneračných vzťahov medzi zamestnancami sociálnych podnikov

Hypotéza, podľa ktorej zamestnanci vo veku nad 50 rokov významne viac vnímajú rozvoj a podporu medzigeneračných vzťahov v sociálnych podnikoch než zamestnanci vo veku do 26 rokov, sa v našom výskume nepotvrdila. Štatistická analýza ($p = 0,674$) nepreukázala významné rozdiely medzi vekovými skupinami, čo naznačuje, že starší aj mladší pracovníci hodnotia medzigeneračnú spoluprácu podobne. Tento výsledok možno interpretovať ako dôkaz o existencii silnej hodnotovej a kultúrnej kohézie v prostredí sociálnych podnikov, ktoré vytvárajú podmienky pre rovnocenné vnímanie spolupráce naprieč generáciami.

Takýto trend je v súlade s medzinárodnými poznatkami o organizačnej kultúre a generačnej dynamike na pracovisku. Lyons a Kuron (2014) vo svojom prehľade výskumov upozorňujú, že generačné rozdiely v postojoch, hodnotách a pracovnom správaní bývajú často preceňované. Rozdiely medzi generáciami sa podľa autorov znižujú v organizáciách, ktoré aktívne podporujú tímovú spoluprácu, participáciu a spoločné ciele. Podobne Costanza, Badger, Fraser, Severt a Gade (2012) vo svojej meta-analýze potvrdili, že efekt „generácie“ vysvetľuje len minimálnu časť variability v pracovných postojoch – oveľa väčší vplyv majú faktory ako organizačná kultúra, štýl vedenia a štruktúra práce.

Na tieto zistenia nadväzuje aj výskum Smola a Sutton (2002), podľa ktorého sa rozdiely medzi generáciami zmenšujú v prostrediach, kde sú zamestnanci vedení k spoločnému účelu a vzájomnému rešpektu. V kontexte sociálnych podnikov, kde je hlavným cieľom sociálna inklúzia, solidarita a komunitný rozvoj, možno predpokladať, že tieto hodnoty vytvárajú prirodzené zjednocujúce prostredie bez ohľadu na vek zamestnancov.

V slovenskom prostredí na podobný jav upozorňuje Šmidová (2020), ktorá konštatuje, že generačné rozdiely v hodnotách a pracovných návykoch sú často sekundárnym produktom organizačného prostredia a spôsobu riadenia, nie biologického veku či generačnej identity. Ak organizácia kladie dôraz na spoločné ciele, partnerskú komunikáciu a participatívne rozhodovanie, rozdiely medzi generáciami sa prirodzene stierajú. Neexistencia štatisticky významných rozdielov v tomto výskume teda nie je anomáliou, ale zapadá do širšieho teoretického rámca súčasného výskumu pracovnej psychológie a organizačného správania. Potvrďuje, že v inkluzívnych, hodnotovo orientovaných prostrediach, akým je sociálny podnik, sú generačné rozdiely vo vnímaní spolupráce minimalizované. Tento výsledok zároveň podčiarkuje dôležitosť organizačnej kultúry založenej na spoločenskej misii, participácii a dôvere – faktorov, ktoré dokážu preklenúť prirodzené vekové rozdiely a vytvoriť prostredie vzájomného učenia a rešpektu.

Mechanizmy prepájania starších a mladších generácií z pohľadu zamestnancov sociálnych podnikov

Výsledky výskumu potvrdili hypotézu, že zamestnanci vo veku nad 50 rokov významne častejšie využívajú mechanizmy prepájania generácií než ich mladší kolegovia ($U = 109,00$; $p = 0,014$). Tento poznatok potvrdzuje, že starší pracovníci sú

nositeľmi medzigeneračnej spolupráce a zohrávajú kľúčovú úlohu pri prenose pracovných zručností, hodnôt a organizačného know-how v prostredí sociálnych podnikov.

Charakteristika a význam mechanizmov:

Z pohľadu zamestnancov sa ako najčastejšie formy prepájania generácií ukázali:

- Mentoring a neformálne odovzdávanie skúseností, kde starší pracovníci prirodzene pomáhajú mladším adaptovať sa, učiť sa a rozvíjať pracovnú zodpovednosť,
- Spoločné tréningy a školenia, ktoré vytvárajú priestor na výmenu skúseností a podporujú kolektívne učenie,
- Medzigeneračné tímy, v ktorých dochádza k vzájomnému obohacovaniu – mladší prinášajú nové technológie a energiu, starší skúsenosti a stabilitu,
- Vzájomná výpomoc pri pracovných úlohách, posilňujúca dôveru, trpezlivosť a spoluprácu.

Tieto procesy majú nielen praktický, ale aj sociálny a hodnotový rozmer – rozvíjajú medziludské väzby, znižujú napätie medzi generáciami a podporujú kultúru vzájomného rešpektu. Podľa Kram (1985) je mentoring prirodzeným nástrojom intergeneračného učenia, ktorý zlepšuje nielen výkon, ale aj vzťahy v organizácii. Allen, Eby, Pottet, Lentz a Lima (2004) potvrdzujú, že starší pracovníci majú väčšiu tendenciu zapájať sa do mentoringu, pričom profitujú obe strany – mladší získavajú skúsenosti a starší pocit zmysluplnosti a uznania. Ropec (2013) zdôrazňuje, že intergeneračné učenie podporuje organizačné učenie, tímovú súdržnosť a inovácie. V slovenskom prostredí Štefancová a kol. (2021) poukazujú na to, že starší pracovníci v sociálnych podnikoch formujú pracovné vzory a stabilizujú kolektívy.

Význam podpory medzigeneračných vzťahov pre komunitný život a spoločenskú kohéziu

Podpora medzigeneračných vzťahov je kľúčovým prvkom udržateľného komunitného rozvoja a spoločenskej kohézie. Výskum ukazuje, že zamestnanci nad 50 rokov výrazne intenzívnejšie vnímajú význam sociálneho podniku pre komunitu ($U = 109,50$; $p = 0,021$). S vekom rastie citlivosť voči spoločenským dopadom práce a identifikácia s komunitnými hodnotami.

Starší pracovníci prinášajú do pracovného prostredia skúsenosti, zodpovednosť a zmysel pre spoločenské dobro, zatiaľ čo mladší prispievajú inovatívnosťou a flexibilitou. Ich spolupráca posilňuje sociálne väzby, prenos skúseností a medzigeneračné učenie. Podľa Narushima, Liu a Diestelkamp (2018) starší pracovníci vykazujú vyššiu mieru participácie a vnímania komunitného zmyslu práce. Warburton a Gooch (2007) zdôrazňujú, že účasť starších v komunitných projektoch je formou osobného príspevku k spoločenskému dobru. Podobne Potočková (2019) a Búzik a kol. (2022) potvrdzujú, že starší zamestnanci vnímajú prácu v sociálnych podnikoch ako nástroj spoločenskej zodpovednosti a solidarity. Medzigeneračná spolupráca tak predstavuje významný zdroj sociálnej súdržnosti, ktorý posilňuje komunitné väzby, dôveru a vzájomné porozumenie.

Záver

Výsledky výskumu potvrdili význam sociálnych podnikov ako prostredí, ktoré prirodzene podporujú medzigeneračnú spoluprácu, solidaritu a komunitnú súdržnosť. Zatiaľ čo vnímanie podpory medzigeneračných vzťahov sa medzi vekovými skupinami významne nelíšilo (H1), starší zamestnanci nad 50 rokov preukázali vyššiu mieru zapojenia do mechanizmov prepájania generácií (H2) a výraznejšie vnímali spoločenský a komunitný rozmer činnosti sociálnych podnikov (H3). Tieto výsledky korešpondujú so zisteniami autorov ako Kram (1985), Ropes (2013) či Narushima a kol. (2018), ktorí poukazujú na úlohu starších pracovníkov ako mentorov a nositeľov skúseností.

Zistenia naznačujú, že sociálne podniky už v praxi vytvárajú kultúru spolupráce naprieč generáciami, no pre udržateľný rozvoj tejto oblasti je potrebné:

- Systematicky podporovať mentoringové a tréningové programy,
- Vytvoriť metodické usmernenia pre riadenie vekovej diverzity,
- Posilniť výskum a spoluprácu medzi praxou a akademickou sférou.

Sociálne podniky tak môžu byť modelovým nástrojom pre budovanie medzigeneračného dialógu, sociálnej inklúzie a spoločenskej zodpovednosti, ak im bude venovaná primeraná metodická a inštitucionálna podpora. Na základe zrealizovaného výskumu môžeme konštatovať, že stanovený cieľ bol naplnený. Výsledky výskumu potvrdili význam sociálnych podnikov ako prostredí, ktoré prirodzene podporujú medzigeneračnú spoluprácu, solidaritu a komunitnú súdržnosť. Zároveň možno konštatovať, že výsledky výskumu vytvárajú priestor pre ich ďalšie overovanie, prehlbovanie a aplikáciu v praxi. Je potrebné skúmať, ako možno princípy medzigeneračnej spolupráce cielene implementovať do vnútorných politík sociálnych podnikov a verejných inštitúcií. Odborná i aplikačná rovina výskumu by mala smerovať k tvorbe nástrojov, ktoré umožnia systematicky rozvíjať potenciál rôznych vekových skupín v prospech komunity.

Sociálne podniky sa môžu stať modelovým nástrojom pre budovanie medzigeneračného dialógu, sociálnej inklúzie a spoločenskej zodpovednosti, ak im bude venovaná primeraná metodická, výskumná a inštitucionálna podpora.

BIBLIOGRAFIA

ALLEN, T. D., EBY, L. T., POTEET, M. L., LENTZ, E., LIMA, L., 2004. Career Benefits Associated with Mentoring for Protégés: A Meta-Analysis. *In Journal of Applied Psychology*, 89(1), 127–136. ISSN 0021-9010.

BARABASCHI, B. 2015. Intergenerational solidarity in the workplace: Can it solve Europe's labor market and social welfare crises?. *In Saga open: Journal of Workplace Rights*. ISSN: 2158-2440, 2015, roč. 5, č. 4, s. 1-11.

BENGTSON, V. L., ROBERTS, R. E. L., 1991. Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *In Journal of Marriage and the Family*. ISSN 0022-2445, roč. 53, č. 4, s. 856–870.

BÚZIK, J. a kol., 2022. *Sociálne podnikanie a spoločenská zodpovednosť v praxi*. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm. ISBN 978-80-225-4962-4.

BÚZIK, M., HLAVÁČKOVÁ, M., KOLLÁR, M., 2022. Medzigeneračná solidarita a sociálna inklúzia v lokálnych komunitách. *In Sociológia*, 54(3), 251–272. ISSN 0049-1225.

COSTANZA, D. P., BADGER, J. M., FRASER, R. L., SEVERT, J. B., GOSSERT, R. E., 2012. Generational Differences in Work-Related Attitudes: A Meta-Analysis. *In Journal of Business and Psychology*, 27(4), 375–394. ISSN 0889-3268.

DEFOURNY, J., NYSSSENS, M., 2017. Social enterprise models in a worldwide comparative perspective. *In Sociological Review*. ISSN 0038-0261, roč. 65, č. 1, s. 18–35.

FIELD, A., 2018. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5. vyd. London: SAGE Publications. ISBN 978-1-5264-1951-0.

HINTON, P. R., McMURRAY, I., BROWNLOW, C., 2014. *SPSS Explained*. 2. vyd. London: Routledge. ISBN 978-0-415-69027-0.

KOMP-LEUKKUNEN, K., 2024. Social sustainability in aging populations: A systematic review. *In The Gerontologist*. ISSN 0016-9013, roč. 64, č. 3, s. 455–469.

KRAM, K. E., 1985. *Mentoring at Work: Developmental Relationships in Organizational Life*. Glenview, IL: Scott, Foresman. ISBN 978-0673152795.

LIKERT, R., 1932. A technique for the measurement of attitudes. *In Archives of Psychology*. ISSN 0096-6762, č. 140, s. 1–55.

LYONS, S. T. – KURON, L. K. J., 2014. Generational differences in the workplace: A review of the evidence and directions for future research. *In Journal of Organizational Behavior*, 35(S1), S139–S157. ISSN 0894-3796.

NARUSHIMA, M., LIU, J. a DIESTELKAMP, N., 2018. Engaging Older Adults in Volunteering: Community Participation and Sense of Belonging. *In Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 37(1), s. 76–89. ISSN 0714-9808.

ONDREJKOVIČ, P., 2013. *Medzigeneračné vzťahy v optike sociologickej teórie*. Bratislava: SocEd. ISBN 978-80-971419-0-3.

PALLANT, J., 2020. *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using IBM SPSS*. 7. vyd. Maidenhead: Open University Press. ISBN 978-0-335-24450-8.

POTOČKOVÁ, M., 2019. *Sociálne podnikanie v kontexte komunitného rozvoja a generáčnej participácie*. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-4731-5.

PUTNAM, R. D., 2000. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster. ISBN 0-7432-0304-6.

ROPES, D., 2013. Intergenerational learning in organizations: A framework for promoting learning and knowledge sharing between older and younger employees. *In Journal of Workplace Learning*, 25(1), 1–13. ISSN 1366-5626.

ROŽMAN, M., TOMIC, P. 2022. The importance of employees' work satisfaction in family enterprises: a case study of the post-transition economy. *In Journal of East European Management Studies*. ISSN 09496181, 2022, roč. 27, č. 1, s. 130-156.

SANTINI, S., BASCHIERA, B., SOCCI, M. 2020. Older adult entrepreneurs as mentors of young people neither in employment nor education and training (NEETs). Evidences from multi-country intergenerational learning program. *In Educational Gerontology*. ISSN: 0360-1277, 2020, roč. 46, č. 3, s. 97-116.

SMOLA, K. W., SUTTON, C. D., 2002. Generational differences: Revisiting generational work values for the new millennium. *Journal of Organizational Behavior*, 23(4), 363–382. ISSN 0894-3796.

SOCCI, M., PRINCIPI, A., SANTINI, S., 2020. Active aging: Social entrepreneuring in local communities. *In Journal of Aging Studies*. ISSN 0890-4065, roč. 54, č. 1, s. 1–9.

ŠMIDOVÁ, M., 2020. *Medzigeneračné rozdiely v pracovnom prostredí a ich riadenie v sociálnych podnikoch*. Bratislava: Sociologický ústav SAV. ISBN 978-80-89692-41-5.

ŠTEFANCOVÁ, J. a kol., 2021. *Medzigeneračná spolupráca v sociálnych podnikoch na Slovensku*. Bratislava: Ekonomická univerzita v Bratislave. ISBN 978-80-225-4896-3.

WANG, L., 2024. Population aging and sustainable economic development. *In Journal of Demographic Economics*. ISSN 2054-0892, roč. 90, č. 2, s. 211–230.

WARBURTON, J. a GOOCH, M., 2007. Stewardship Volunteering by Older Australians: The Generative Nature of Volunteering in Environmental Organizations. *In International Journal of Aging and Human Development*, 65(4), s. 287–305. ISSN 0091-4150.

Kontakt

PhDr. Ing. Svetlana Pavlovičová, MBA.

E-mail: svetlanapavlovicova@centrum.sk

PhDr. Mgr. et Mgr. Alica Sninčáková, MBA

E-mail: alica.snincakova@unipo.sk

MEDZIGENERAČNÁ SOLIDARITA V SYSTÉMOCH SOCIÁLNEHO ZABEZPEČENIA SLOVENSKA

INTERGENERATIONAL SOLIDARITY IN THE SOCIAL SECURITY SYSTEMS OF SLOVAKIA

Sigetová Diana¹, Vansač Peter²

^{1,2}*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce*

Doktorand

E-mail: sigetova@vssvalzbety.sk

Školiteľ/ scientific adviser: Dr. h. c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Abstrakt

Teoretické východiská: Slovenský dôchodkový systém je postavený na princípe medzigeneračnej solidarity, v ktorej súčasní pracujúci financujú dôchodky súčasných dôchodcov. Demografické starnutie populácie však vedie k znižovaniu počtu pracujúcich a súčasne k rýchlemu rastu počtu dôchodcov, čo vytvára tlak na dlhodobú udržateľnosť systému.

Cieľ: Cieľom nášho príspevku je komparácia súčasného stavu (2025) s prognózovaným stavom o 10 rokov (2035) na základe dát primárne získaných zo Štatistického úradu SR (ŠÚ SR), Inštitútu finančnej politiky (IFP) a z Eurostatu.

Metódy: V rámci nášho príspevku je použitá metóda komparatívnej analýzy založená na sekundárnom výskume štatistických údajov. Porovnáva sa podiel pracujúcich prispievajúcich do dôchodkového systému so skupinou poberateľov starobných a výsluhových dôchodkov. Výskum využíva dostupné demografické prognózy a ekonomické ukazovatele publikované ŠÚ SR, IFP a Eurostatom.

Výsledky: Výsledky poukazujú na výrazný pokles pomeru prispievateľov do dôchodkového systému k počtu starobných a výsluhových dôchodcov – zhruba z 2,3:1 v roku 2025 na približne 1,7:1 v roku 2035. Na zabezpečenie rovnováhy systému by bolo v roku 2035 potrebných o takmer milión viac pracujúcich, než sa predpokladá, inak hrozí deficit alebo znižovanie relatívnej výšky dôchodkov.

Záver: Zistenia potvrdzujú, že medzigeneračná solidarita v slovenskom dôchodkovom systéme sa v najbližšom desaťročí výrazne oslabí v dôsledku aktuálne nepriaznivých demografických trendov. Príspevok zároveň identifikuje možné riešenia, vrátane podpory II. a III. piliera dôchodkového systému, prorodinných opatrení na zvýšenie pôrodnosti a aktívnejšej migrácie pracovnej sily. Príspevok poskytuje analytický pohľad na nevyhnutnosť reforiem pre zachovanie medzigeneračnej solidarity na Slovensku v systémoch sociálneho zabezpečenia.

Kľúčové slová

medzigeneračná solidarita; dôchodkový systém; sociálne zabezpečenie; demografické starnutie; Slovensko; dôchodková reforma;

Abstract

Theoretical background: The Slovak pension system is based on the principle of intergenerational solidarity, in which the current workforce finances the pensions of current retirees. However, demographic ageing leads to a decreasing number of workers and, at the same time, a rapid increase in the number of pensioners, creating pressure on the long-term sustainability of the system.

Aim: The aim of this paper is to compare the current state (2025) with the projected state in ten years (2035), based on data primarily obtained from the Statistical Office of the Slovak Republic (ŠÚ SR), the Institute for Financial Policy (IFP), and Eurostat.

Methods: The paper applies the method of comparative analysis based on secondary research of statistical data. It compares the ratio of employed contributors to the pension system with the group of recipients of old-age and service pensions. The research uses available demographic forecasts and economic indicators published by the Statistical Office of the Slovak Republic, the IFP, and Eurostat.

Results: The results indicate a significant decline in the ratio of contributors to the pension system to the number of old-age and service pensioners — from approximately 2.3:1 in 2025 to about 1.7:1 in 2035. To maintain the system's balance in 2035, nearly one million more employed individuals would be required than currently projected; otherwise, a deficit or a reduction in the relative level of pensions is likely to occur.

Conclusion: The findings confirm that intergenerational solidarity within the Slovak pension system will substantially weaken over the next decade as a result of adverse demographic trends. The paper also identifies possible solutions, including support for the second and third pillars of the pension system, pro-family measures to increase birth rates, and more active labour migration. The contribution provides an analytical perspective on the necessity of reforms to preserve intergenerational solidarity in Slovakia's social security systems..

Keywords

intergenerational solidarity; pension system; social security; demographic ageing; Slovakia; pension reform;

Úvod

Medzigeneračná solidarita je základným princípom priebežných dôchodkových systémov, vrátane slovenského systému sociálneho zabezpečenia. V praxi znamená, že ekonomicky aktívna generácia svojimi odvodmi financuje dôchodky staršej generácie, očakávajúc, že rovnakým spôsobom zabezpečí ich dôchodky generácia nasledujúca. Tento spoločenský kontrakt však čelí narastajúcim výzvam v dôsledku demografických zmien, predovšetkým tzv. starnutiu populácie. Slovensko patrí ku krajinám, kde prebieha výrazný pokles pôrodnosti a predlžovanie strednej dĺžky života, čo vedie k nárastu podielu dôchodcov v populácii. Podľa Inštitútu finančnej politiky (IFP) sa Slovensko do polovice storočia posunie z jedného z najmladších na jednu z najstarších ekonomík Európy z hľadiska vekovej štruktúry obyvateľstva (AWG, 2017). Kým v roku 2015 pripadalo približne 20 obyvateľov nad 65 rokov na 100 obyvateľov v produktívnom veku, do roku 2060 sa tento pomer zvýši na takmer 60 dôchodcov na

100 pracujúcich (AWG, 2017). Takéto dramatické starnutie populácie má priamy dopad na dôchodkový systém financovaný priebežne, čím sa znižuje základňa prispievateľov a rastie počet poberateľov dôchodkových dávok.

Už v súčasnosti badať trend postupného zhoršovania miery medzigeneračnej solidarity. Každoročne pribúda počet dôchodcov, zatiaľ čo počet pracujúcich v produktívnom veku stagnuje alebo mierne klesá (Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2023). Pre konkrétnejšiu predstavu, ku koncu roka 2024 dosiahol celkový počet poberateľov dôchodkov na Slovensku historicky najvyššiu úroveň 1,465 milióna osôb (Dedinský, 2025). Z toho bolo vyše 1,13 mil. poberateľov starobného dôchodku a ďalších takmer 39 tis. poberateľov predčasného starobného dôchodku (Dedinský, 2025). Okrem toho približne 20,6 tis. osôb poberalo výsluhový dôchodok (tzn. dôchodok za roky služby v ozbrojených alebo ochranných zložkách) už v roku 2023 (Sladkovská, 2024). Títo výsluhoví dôchodcovia, hoci predstavujú pomerne malú skupinu, tiež prispievajú k celkovému počtu dôchodcov, ktorých musí spoločnosť finančne zabezpečiť. Na strane prispievateľov do priebežného systému stojí približne 2,8 milióna ekonomicky aktívnych osôb, ktoré platia odvody na sociálne poistenie, či už ako zamestnanci, samostatne zárobkovo činné osoby alebo dobrovoľne poistené osoby (Európska komisia, 2024). V prepočte to znamená, že v súčasnosti pripadajú na jedného dôchodcu zhruba dvaja až traja pracujúci. Inými slovami povedané približne 2,3 prispievateľa na 1 dôchodcu (1 : 2,3). Táto miera medzigeneračnej solidarity sa však bude s pribúdajúcimi dôchodcami a ubúdajúcimi pracujúcimi znižovať.

Udržateľnosť priebežného dôchodkového systému je už dlhšie predmetom verejných diskusií a analýz. Reformy uskutočnené v roku 2012, ako napríklad automatické predlžovanie dôchodkového veku podľa rastu strednej dĺžky života či zavedenie druhého dôchodkového piliera boli reakciou na už v tom čase detekovaný nepriaznivý demografický vývoj (TASR, 2019). Máme za to, že napriek týmto opatreniam zostáva slovenský dôchodkový systém dlhodobo finančne neudržateľný bez ďalších zmien (Inštitút finančnej politiky, 2020). Dôvodom je práve očakávané vyplácanie dôchodkov stále väčšiemu počtu dôchodcov po dlhší čas, zatiaľ čo počet platcov poistného nerastie rovnakým tempom (TASR, 2019). Projekcie Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR naznačujú, že ak by sa nezmenili systémové parametre, na jedného dôchodcu bude už o niekoľko desaťročí pracovať len mierne viac ako jeden pracujúci, čo by znamenalo výrazný deficit dôchodkového systému (Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny, 2017). Preto je nevyhnutné pravidelne analyzovať trendy v medzigeneračnej solidarite a prijímať adekvátne opatrenia, aby si systém zachoval rovnováhu medzi príspevkami a výdavkami. Tento príspevok sa zameriava na analýzu súčasného stavu a predikciu vývoja v najbližšom desaťročí (do roku 2035) v kontexte Slovenska, pričom identifikuje rozsah problému a diskutuje možné riešenia na posilnenie medzigeneračnej solidarity v systéme sociálneho zabezpečenia (Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2023/2024).

Súčasný stav skúmanej problematiky

Z pohľadu súčasného stavu slovenského dôchodkového systému možno sledovať viacero nepriaznivých trendov. Ako sme už uviedli na podklade získaných dát, populácia Slovenska starne a počet dôchodcov kontinuálne rastie. Medziročne pribudlo v roku 2024 takmer 39-tisíc nových poberateľov dôchodkových dávok, pričom ide o najvyšší nárast za uplynulé obdobie (Dedinský, 2025). K 31. 12. 2024 evidovala Sociálna poisťovňa celkovo 1,465 702 dôchodcov (všetky druhy dôchodkových dávok) (Dedinský, 2025)., pričom tzv. *starobní dôchodcovia* predstavujú najpočetnejšiu kategóriu. Sociálna poisťovňa vyplácala ku koncu roka 2024 starobný dôchodok 1,134 690 osobám a predčasný starobný dôchodok ďalším 39 055 osobám (Sladkovská, 2024). Starobné dôchodky tvoria takmer tri štvrtiny zo všetkých vyplácaných dôchodkových dávok. Naopak, počet výsluhových dôchodcov (dôchodky príslušníkov ozbrojených zborov vyplácané z rozpočtu Ministerstva vnútra a obrany) je v porovnaní so starobnými dôchodcami nízky – v roku 2023 poberalo výsluhový dôchodok 20 639 osôb (Sladkovská, 2024). Tento počet však mierne narastá (v roku 2021 ich bolo 19 335 a v roku 2022 celkovo 20 135) (Európska komisia, 2024).

Na strane prispievateľov do dôchodkového systému sa situácia v posledných rokoch vyznačuje relatívne vysokou mierou ekonomickej aktivity, avšak demografické limity sú zrejmé. Celkový počet obyvateľov Slovenska dosiahol v roku 2023 približne 5,43 milióna, pričom v produktívnom veku (15–64 rokov) tvorí asi 3,6 milióna z tohto počtu (tj. okolo 66 % populácie) (Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny, 2017). Nie všetci v produktívnom veku sú však ekonomicky aktívni. Miera zamestnanosti osôb vo veku 20–64 rokov sa pohybuje okolo 77 % (TASR, 2024). K roku 2023 tak bolo na slovenskom trhu práce približne 2,8 milióna pracujúcich osôb, vrátane zamestnaných aj evidovaných samostatne zárobkovo činných osôb (Eures, 2025). Títo pracujúci povinne odvádzajú poisťné do Sociálnej poisťovne (zo mzdy alebo základu dane), pričom štandardná sadzba na dôchodkové poistenie v I. pilieri je 18 % hrubej mzdy (z toho časť môže smerovať do II. piliera). V roku 2022 dosiahli príjmy dôchodkového systému (súčty vybraných odvodov) úroveň cca 8 % HDP, kým výdavky na dôchodky predstavovali približne 8,7 % HDP (Rada pre rozpočtovú zodpovednosť, 2025). Tento rozdiel je pokrývaný zo štátneho rozpočtu, čo poukazuje na fakt, že už v súčasnosti systém zápasí s deficitom. Dlhodobá udržateľnosť verejných financií Slovenska je v strednom pásme rizika, čo znamená, že indikátor dlhodobej udržateľnosti dosiahol v roku 2024 hodnotu 4,1 % HDP (Rada pre rozpočtovú zodpovednosť, 2025). Výraznou zložkou tohto ukazovateľa sú práve očakávané dodatočné výdavky na starobné dôchodky v dôsledku starnutia populácie.

Z legislatívneho hľadiska prešiel slovenský dôchodkový systém v ostatných rokoch viacerými zmenami, ktoré ovplyvňujú medzigeneračnú solidaritu. V roku 2019 bol ústavným zákonom zastropovaný dôchodkový vek (na 64 rokov pre mužov, s nižšou hranicou pre ženy podľa počtu vychovaných detí). Toto opatrenie znamenalo prerušenie dovtedajšej zásady automatického predlžovania dôchodkového veku podľa rastu očakávanej dĺžky života (platnej od roku 2012). Analýzy IFP upozornili, že zastropovanie spôsobí, že zvyšovanie dôchodkového veku sa po roku 2030 zastaví a Slovensko bude vyplácať dôchodky výrazne dlhšie, čo zhorší udržateľnosť systému

(TASR, 2019). V roku 2022 však došlo k opätovnej reforme v rámci Plánu obnovy a odolnosti, kedy sa dôchodkový vek znovu naviazal na rast strednej dĺžky života od roku 2030 (IFP, 2024). Slovensko tak de facto zrušilo pevné zastropovanie veku 64 rokov a vrátilo sa k mechanizmu, ktorý má zabezpečiť, že pomer času stráveného na dôchodku ku času strávenému v práci zostane približne stabilný. Okrem toho bola v roku 2023 zavedená možnosť predčasného dôchodku po odpracovaní 40 rokov, bez ohľadu na vek (Ministerstvo financií Slovenskej republiky, 2024). Toto opatrenie síce umožňuje dlhodobu pracujúcim odísť do starobného dôchodku skôr, avšak zároveň dočasne znižuje počet prispievateľov z dôvodu odchodu časti populácie z trhu práce do dôchodku pred dovŕšením zákonného veku (Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2024).

Celkovo možno súčasný stav charakterizovať nasledovne: Slovensko má priebežný dôchodkový systém s prvkami kapitalizačného piliera (II. pilier) a dobrovoľného doplnkového sporenia (III. pilier). Demografická základňa systému sa zmenšuje, čo znamená, že počet pracujúcich ľudí vo veku 20–64 rokov dosiahol v roku 2023 vrchol a očakáva sa jeho pokles. Zároveň narastá počet dôchodcov odkázaných na dôchodkové dávky z I. piliera. Tieto trendy už teraz vedú k zvýšeným nárokom na štátny rozpočet a dochádza k nutnosti dotovať Sociálnu poisťovňu. Zároveň tieto trendy signalizujú do budúcnosti nevyhnutnú potrebu systémových zmien, aby si dôchodkový systém udržal medzigeneračne solidárny charakter bez prehlbovania deficitu. Nasledujúca výskumná časť preto porovnáva aktuálne údaje s projekciou o 10 rokov dopredu s cieľom kvantifikovať rozsah očakávaných zmien v pomere pracujúcich a dôchodcov.

Pojmový rámec výskumného problému

Pre účely tohto príspevku je potrebné vymedziť niekoľko základných pojmov súvisiacich s medzigeneračnou solidaritou v systémoch sociálneho zabezpečenia.

Medzigeneračná solidarita označuje mechanizmus, pri ktorom ekonomicky aktívna časť populácie podporuje ekonomicky neaktívnu časť (typicky dôchodcov) prostredníctvom priebežných transferov. V kontexte dôchodkového systému ide o tzv. *priebežný systém financovania dôchodkov*, kde všetky vybrané príspevky od pracujúcich sú okamžite použité na úhradu dôchodkových dávok. Tento systém funguje efektívne v prípade priaznivej vekovej štruktúry obyvateľstva, čo predpokladá dostatočne početnú pracujúcu populáciu voči pomerne malému počtu dôchodcov. Naopak, pri nepriaznivom demografickom vývoji, ako napr. starnutie populácie, pokles pôrodnosti, sa pomer medzi prispievateľmi a poberateľmi zhoršuje, čo ohrozuje finančnú rovnováhu systému.

Starobný dôchodca je v slovenskom systéme sociálneho poistenia osoba, ktorá dosiahla zákonom stanovený dôchodkový vek (v roku 2025 približne 62 rokov a 10 mesiacov pre mužov aj ženy, postupne sa zvyšujúci) a splnila podmienky nároku na starobný dôchodok. Predčasný starobný dôchodca je osoba, ktorá čerpá starobný dôchodok skôr než dosiahne dôchodkový vek (maximálne 2 roky pred dovŕšením veku, alebo od roku 2023 aj skôr pri odpracovaní min. 40 rokov).

Výsluhový dôchodca je bývalý príslušník ozbrojených síl alebo bezpečnostných zborov, ktorý po odslúžení určitého počtu rokov (aktuálne min. 25 rokov služby) poberá výsluhový dôchodok podľa osobitných predpisov. Výsluhové dôchodky nie sú vyplácané z priebežného fondu Sociálnej poisťovne, ale priamo z rozpočtových kapitol ministerstiev (vnútra, obrany). Napriek tomu ich v analýze zahrňujeme, keďže z makroekonomického pohľadu aj tieto dávky predstavujú transfer zdrojov od ekonomicky aktívnej populácie (daňových poplatníkov) k bývalým príslušníkom, teda prejav medzigeneračnej solidarity v širšom zmysle. V rámci tejto práce sa preto pod pojmom dôchodcovia myslia predovšetkým poberatelia starobných a výsluhových dôchodkov, pokiaľ nie je uvedené inak. Iné typy dôchodkových dávok (invalidné, pozostalostné) nie sú zahrnuté do hlavných ukazovateľov, pretože predstavujú iný druh sociálneho rizika a ich výplata nie je priamo podmienená vekom poberateľa.

Na kvantifikáciu stupňa medzigeneračnej solidarity používame najmä ukazovatele závislosti. Prvým je demografický index závislosti starých osôb (*old-age dependency ratio*), ktorý vyjadruje pomer populácie v poproduktívnom veku k populácii v produktívnom veku. Štandardne sa definuje ako počet osôb vo veku 65 a viac rokov na 100 osôb vo veku 20–64 rokov (príp. pomer 65+/20–64). Podľa Eurostatu dosiahol v roku 2022 na Slovensku index závislosti starých osôb hodnotu približne 28,5 % (t. j. ~28 dôchodcov na 100 ľudí vo veku 20–64) (Ministerstvo financií Slovenskej republiky, 2024). Druhým indikátorom je systémový index závislosti dôchodkového systému (*system dependency ratio*), ktorý počíta pomer počtu poberateľov dôchodkových dávok k počtu platcov poistného (prispievateľov). Tento ukazovateľ priamo odráža pomer “užívateľov” a “financovateľov” dôchodkového systému. V slovenskom prvom pilieri bolo v roku 2022 podľa Ministerstva financií SR zhruba 1,39 mil. verejných dôchodcov a 2,78 mil. prispievateľov, čo dáva systémový index závislosti približne 0,5 (t. j. 1 dôchodca na 2 pracujúcich) (Európska komisia, 2024). Pre porovnanie, demografický index závislosti (65+/20–64) bol v tom istom roku 0,285 (28,5 %) (Európska komisia, 2024). Pomer týchto dvoch ukazovateľov (tzv. *systémová efektívnosť*) bol asi 1,9, čo naznačuje, že nie každý človek v produktívnom veku skutočne prispieva do systému, čo je možné pripísať vplyvu nezamestnanosti, ekonomickej neaktivity, emigrácie a podobne. V ďalšej analýze pracujeme s oboma typmi ukazovateľov, pričom hlavným predmetom skúmania je pomer počtu pracujúcich odvádzajúcich poistné k počtu starobných (a výsluhových) dôchodcov v súčasnosti a o 10 rokov.

Rovnováha dôchodkového systému v kontexte tohto príspevku znamená stav, keď sú disponibilné zdroje (vybrané poistné) približne rovnaké ako záväzky (vyplatené dôchodky) v danom roku a teda systém neprodukuje deficit vyžadujúci dotáciu z iných zdrojov. V podmienkach priebežného systému možno jednoduchú rovnováhu dosiahnuť pri určitej hodnote systémového indexu závislosti, ktorá závisí od nastavenia výšky odvodov a priemerných dôchodkov. Napríklad pri súčasnej sadzbe odvodu 18 % a priemernej náhrade mzdy dôchodkom okolo 48 % (tzv. miera náhrady novopriznaného dôchodku) (TASR, 2017) by teoreticky stačili približne dvaja prispievatelia na jedného dôchodcu, aby bol systém finančne vyrovnaný. Ak však pomer klesne pod túto hodnotu, vzniká deficit, za predpokladu, že sa nezvýšia odvody

alebo neznížia dôchodky. V analýze predpokladáme, že rovnováha systému nastáva približne pri zachovaní dnešného pomeru pracujúcich na dôchodcu, a skúmame, o koľko by musel vzrásť počet pracujúcich do roku 2035, aby sa tento pomer udržal.

Napokon, je potrebné vymedziť pojmy súvisiace s možnými riešeniami problému oslabenej medzigeneračnej solidarity. Dôchodkový pilier označuje zdroj financovania dôchodku: I. pilier je povinný verejný priebežný systém (Sociálna poisťovňa), II. pilier je povinný kapitalizačný systém (súkromné dôchodkové správcovské spoločnosti, kam si sporiteľ ukladá časť odvodov na osobný účet) a III. pilier predstavuje dobrovoľné doplnkové dôchodkové sporenie (zamestnanecké fondy a individuálne sporenie).

Reforma dôchodkového systému môže zahŕňať zmeny parametrov (veku odchodu do dôchodku, výšky odvodov, spôsobu výpočtu valorizácie dôchodkov, minimálneho dôchodku a pod.) alebo štrukturálne opatrenia (podpora väčšieho zapojenia obyvateľstva do II. a III. piliera, zmeny vo financovaní).

Prorodinné opatrenia v tomto kontexte označujú najmä tie politiky, ktoré majú nepriamo pozitívny efekt na dôchodkový systém tým, že zvyšujú pôrodnosť alebo zamestnanosť rodičov, ak napríklad daňové úľavy na deti, dostupnosť predškolskej starostlivosti, podpora bývania pre mladé rodiny a podobne. Hoci ide o opatrenia s veľmi dlhodobým efektom, spomínajú sa v súvislosti s riešením demografickej krízy.

Okrem toho, v diskusii spomenieme aj fenomén aktívneho starnutia, čiže predlžovania ekonomickej aktivity dôchodcov nad rámec zákonného dôchodkového veku, a pracovnú migráciu, teda vstup zahraničných pracovníkov na slovenský trh práce, čo môže kompenzovať domáci úbytok pracovnej sily. Tieto pojmy budú ďalej rozvedené v súvislosti s návrhmi riešení.

Cieľ výskumu

Cieľom predkladaného výskumu je analyzovať mieru medzigeneračnej solidarity v slovenskom dôchodkovom systéme prostredníctvom komparácie súčasného stavu a predpokladaného stavu o desať rokov (do roku 2035). Táto komparácia sa sústreďuje na kvantifikáciu pomeru medzi počtom pracujúcich osôb prispievajúcich do dôchodkového systému a počtom starobných (a výsluhových) dôchodcov. V rámci tohto hlavného cieľa sa práce zameriava aj na:

- Zistenie aktuálnej hodnoty ukazovateľov medzigeneračnej solidarity (počet pracujúcich na jedného dôchodcu, resp. indexy závislosti) v roku 2025.
- Projekciu tých istých ukazovateľov do roku 2035 na základe dostupných demografických prognóz a makroekonomických predpokladov.
- Kvantifikáciu rozdielu medzi predpokladaným počtom prispievateľov a počtom potrebných prispievateľov na udržanie rovnováhy systému v roku 2035 (t. j. o koľko pracujúcich bude v tomto horizonte zrejme chýbať).
- Diskusiu o dôsledkoch zistených trendov pre dlhodobú stabilitu dôchodkového systému.
- Návrh a zhodnotenie vybraných opatrení, ktoré by mohli pomôcť zmierniť negatívne dopady starnutia populácie na medzigeneračnú solidaritu (vrátane zhodnotenia súčasných legislatívnych zmien a reformných návrhov).

Výskumné metódy

Tento príspevok je založený na sekundárnom výskume dostupných štatistických dát a prognóz a na následkom aplikovaní komparatívnej analýzy, kde porovnávame súčasné ukazovatele (rok 2025, resp. posledné dostupné údaje k 2024) s projekciami pre rok 2035. Použitý bol súbor údajov z viacerých spoľahlivých zdrojov: Štatistický úrad SR (demografické údaje o počte obyvateľov a vekovej štruktúre), Sociálna poisťovňa (počet poberateľov dôchodkov a poistencov v systéme dôchodkového poistenia) a medzinárodné databázy (Eurostat, OECD) pre prognózy populačného vývoja. Kľúčovým zdrojom projekcií je databáza Eurostatu EUROPOP spolu s národnými prognózami (Infostat) a projekciami použitými Inštitútom finančnej politiky (napr. v rámci Ageing Report a modelu SLOPEM).

Pri spracovaní údajov sme využili základné štatistické metódy: výpočet indexov závislosti, percentuálnych zmien a trendov. Na odhad budúceho stavu v roku 2035 sme vychádzali z tzv. *stredného scenára* demografickej prognózy, ktorý predpokladá pokračovanie súčasných trendov fertility, mortality a migrácie. Pre jednoduchosť analýzy sme uvažovali projektovaný počet osôb v poproduktívnom veku (nad ~64 rokov) ako ekvivalent počtu starobných dôchodcov v danom roku, hoci skutočný počet poberateľov dôchodku môže byť mierne ovplyvnený konkrétnymi podmienkami nároku (napr. časť populácie 60–64 rokov na predčasnom dôchodku).

Na odhad *potrebného počtu pracujúcich* v roku 2035 sme použili scenárový prístup. Vychádzali sme z premisy, že rovnaký pomer prispievateľov k dôchodcom ako východiskový rok (2025) by zhruba zabezpečil finančnú rovnováhu. Z projektovaného počtu dôchodcov v roku 2035 sme tak vypočítali hypotetický potrebný počet pracujúcich pre udržanie tohto pomeru. Následne sme porovnali tento potrebný počet s očakávaným počtom pracujúcich (podľa prognózy populácie v produktívnom veku a predpokladanej miery ekonomickej aktivity) a stanovili rozdiel – teda o koľko pracujúcich menej bude oproti potrebnému stavu. Tento rozdiel interpretujeme ako “chýbajúcich pracujúcich” v zmysle medzigeneračnej solidarity.

V diskusii vychádzame z analyticko-syntetickej metódy, čiže konfrontujeme získané výsledky s poznatkami z literatúry a z uvedených zdrojov a identifikujeme príčiny trendov. Záverom diskusie formulujeme odporúčania a návrhy riešení. Pri formulovaní návrhov riešení sme sa opierali o existujúce návrhy reforiem diskutované na Slovensku a o empirické dôkazy o ich možnom vplyve.

Charakteristika výskumného súboru

Výskumný súbor tvoria makroštatistické údaje týkajúce sa Slovenskej republiky, a to v dvoch časových bodoch – súčasnosť a horizont roku 2035. Pre aktuálny stav boli zhromaždené údaje k roku 2024/2025 (posledné dostupné hodnoty). Konkrétne ide o:

- Počet poberateľov dôchodkov podľa druhu (starobné, predčasné starobné, výsluhové) – zdrojom je evidenčná štatistika Sociálnej poisťovne a Ministerstva vnútra SR. Napríklad k 31. 12. 2024 evidovala Sociálna poisťovňa 1,134 690 starobných dôchodcov a 39 055 predčasných starobných dôchodcov (Dedinský, 2025), Ministerstvo vnútra evidovalo vyše 20 tis. výsluhových dôchodcov

(Sladkovská, 2024). Tieto čísla reprezentujú populáciu dôchodcov ($N=1,17$ mil. v starobnom a výsluhovom dôchodku) pre východiskový stav.

- Počet ekonomicky aktívnych osôb/platičov odvodov – tu sme vychádzali z kombinácie údajov o zamestnanosti (Výberové zisťovanie pracovných síl, ŠÚ SR) a administratívnych dát Sociálnej poisťovne o počte poistencov v dôchodkovom poistení. K roku 2023 bolo na Slovensku približne 2,60 mil. zamestnaných osôb a okolo 0,14 mil. nezamestnaných, čo dáva pracovnú silu cca 2,74 mil. (20–64 roční) (Eures, 2025). Sociálna poisťovňa však eviduje aj samostatne zárobkovo činné osoby a dobrovoľne poistených, takže celkový počet prispievateľov do systému odhadujeme na cca 2,8 milióna osôb v roku 2025. Toto číslo tvorí populáciu prispievateľov ($N \approx 2,8$ mil.) pre východiskový stav.
- Populačné projekcie pre rok 2035 – využili sme demografickú projekciu EUROPOP (Eurostat, 2023) a aktualizované národné prognózy (Infostat, 2019) na odhad početnosti vekových skupín v roku 2035. Podľa týchto prognóz klesne celkový počet obyvateľov SR okolo roku 2035 pod hranicu 5,3 milióna (pokles o ~3–4 % oproti roku 2025) a výrazne sa zmení aj ich veková štruktúra (TASR, 2017). Očakávaný počet osôb vo veku 15–64 rokov v roku 2035 je približne 3,37 milióna (čo je o ~100 tis. menej než v roku 2030 a o ~300 tis. menej než v roku 2025) (TASR, 2017). Z toho v najproduktívnejšom veku 20–59 rokov bude okolo 2,8 milióna ľudí (AWG, 2017). Počet osôb nad 64 rokov (teda približne post-pracujúcich dôchodcov) dosiahne v roku 2035 okolo 1,63–1,66 milióna (podľa stredného scenára) (AWG, 2017). Pre našu analýzu predpokladáme, že počet poberateľov starobných dôchodkov v roku 2035 bude približne zhodný s počtom obyvateľov vo veku 65+ (keďže dôchodkový vek bude okolo 64 rokov). Tiež predpokladáme kontinuálny nárast výsluhových dôchodcov na ~25 tis. v roku 2035, primerane trendu.
- Predpokladaný počet prispievateľov v roku 2035 – odhadli sme ho z očakávanej veľkosti populácie v produktívnom veku a projekcie miery ekonomickej aktivity. Analytici predpokladajú, že do roku 2035 poklesne počet osôb v produktívnom veku zhruba o 8 % oproti roku 2023 (Dufala, Havranová, 2024). Zároveň sa predpokladá, že miera participácie na trhu práce zostane približne na súčasnej úrovni (prípadne mierne vzrastie v starších vekových skupinách vďaka odkladu odchodov do dôchodku). Počet ekonomicky aktívnych by tak mohol dosahovať okolo 2,6 milióna osôb v roku 2035. Z nich časť bude nezamestnaná (predpokladáme mieru nezamestnanosti okolo 6–8 %, čo zodpovedá ~150–200 tis. ľudí). Preto očakávaný počet pracujúcich platiacich odvov do dôchodkového systému odhadujeme na približne 2,4–2,5 milióna osôb v roku 2035 (Bleha, Šprocha, Vaňo, 2018).

Stručne zhrnuté, výskumný súbor pozostáva z dvoch “snap-shotov”: 2025 vs. 2035, pričom pre každý z týchto rokov máme údaje o počte dôchodcov ($N \approx 1,17$ mil. vs. $N \approx 1,65$ mil.) a počte pracujúcich ($N \approx 2,8$ mil. vs. $N \approx 2,45$ mil.). Tieto údaje sú ďalej využité na výpočet pomerových ukazovateľov a komparáciu. Výsledky tak reflektujú

strednú cestu očakávaného vývoja, založenú na najlepšie dostupných oficiálnych prognózach.

Výsledky výskumu

Projekcie demografického a ekonomického vývoja (2025 – 2035) jednoznačne naznačujú, že Slovensko v najbližšej dekáde postihnú výrazné demografické posuny smerom k staršej populácii (Bleha, Šprocha, Vaňo, 2018). Celkový počet obyvateľov mierne klesne, no podstatnejšia je zmena vekového zloženia. Podľa Eurostatu do roku 2035 ubudne na Slovensku približne 8 % ľudí v produktívnom veku (20–64 rokov), zatiaľ čo počet ľudí starších ako 64 rokov vzrastie asi o 20 % (Dufala, Havranová, 2024). Tieto trendy sú do značnej miery už “zafixované”, keďže všetky osoby, ktoré budú tvoriť pracovnú silu o desať rokov, sa už narodili a zároveň do dôchodkového veku vstúpia početné povojnové ročníky tzv. *Husákových detí*. Z demografického hľadiska ide teda o nevyhnutný vývoj, ktorý sa prejaví v prudkom náraste indexu starnutia populácie. Kým v roku 2025 tvorili dôchodci 65+ približne 18–19 % populácie, v roku 2035 to bude už okolo 26–28 % populácie (t. j. viac ako každá štvrtá osoba bude v dôchodkovom veku) (TASR, 2017). Naopak, podiel detí do 14 rokov zostane nízky (okolo 15 %) a podiel osôb v produktívnom veku klesne zo zhruba 67 % na približne 58–60 % (Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2024).

Z vyššie uvedených údajov sme odvodením získali kľúčové ukazovatele medzigeneračnej solidarity pre oba sledované roky. Tabuľka 1 uvádza prehľad, pričom počíta prispievateľov a dôchodcov a ich vzájomného pomeru.

Tabuľka č. 1 Porovnanie počtu prispievateľov a dôchodcov v rokoch 2025 a 2035.

Ukazovateľ	2025 (súčasnosť)	2035 (projekcia)
Počet ekonomicky aktívnych (15–64 r.), odhad	~3,0 mil. (cca 55 % populácie)	~2,7 mil. (cca 52 % populácie)
z toho: Počet pracujúcich (platiteľov odvodov do I. piliera)	~2,8 mil.	~2,45 mil.
Počet starobných dôchodcov (vrátane predčasných)	~1,17 mil.	~1,65 mil.
Počet výsluhových dôchodcov	~0,02 mil.	~0,025 mil.
Celkový počet dôchodcov (starobní + výsluhoví)	~1,19 mil.	~1,675 mil.
Pomer pracujúcich na 1 dôchodcu	~2,35 : 1 (cca 235 pracujúcich na 100 dôchodcov)	~1,46 : 1 (cca 146 pracujúcich na 100 dôchodcov)
Index závislosti (65+ / 15–64)	~0,29 (29 %)	~0,50 (50 %) (odhad)
Index závislosti systému (dôchodcovia/platitelia)	~0,43 (43 %)	~0,68 (68 %) (odhad)

Zdroj: vlastné spracovanie podľa údajov Sociálnej poisťovne, ŠÚ SR, Eurostatu a IFP

Z tabuľky č. 1 vyplýva niekoľko dôležitých zistení. Predovšetkým, počet starobných a výsluhových dôchodcov vzrastie do roku 2035 približne o 0,48 milióna (+40 %), kým počet pracujúcich poklesne približne o 0,35 milióna (–12 až –15 %). Táto protiváhová zmena má za následok prudké zníženie pomeru pracujúcich na jedného

dôchodcu. Kým v súčasnosti na jedného dôchodcu pripadajú viac ako dvaja ekonomicky aktívni prispievatelia (zhruba 2,3:1), v roku 2035 to bude už len približne 1,46:1, čiže menej než jeden a pol pracujúceho na jedného dôchodcu. Inak povedané, ak v roku 2025 pripadalo asi 235 pracujúcich na 100 dôchodcov, o desať rokov to bude len okolo 146 pracujúcich na 100 dôchodcov. Systémový index závislosti (podiel dôchodcov na platiteľoch) sa tak zvýši zo súčasných cca 43 % na takmer 70 %. Pre lepšiu ilustráciu uvádzame, že ak by v súčasnosti odvádzali dvaja zamestnanci odvody na jedného dôchodcu, v roku 2035 už dvaja zamestnanci nebudú stačiť na pokrytie jedného dôchodku. Budú potrební aspoň traja zamestnanci.

Uvedené výsledky potvrdzujú, že medzigeneračná solidarita meraná pomerom pracujúcich a dôchodcov bude v roku 2035 výrazne oslabená v porovnaní so súčasnosťou. Pre úplnosť si taktiež dovoľujeme uviesť, že aj demografický index závislosti (65+ k 15–64) stúpne podľa odhadov z 29 % na zhruba 50 % (TASR, 2017), čo znamená, že popri ekonomických ukazovateľoch sa zhorší aj čisto populačný pomer. Slovensko sa tak priblíži situácii, keď bude mať takmer rovnaký počet dôchodcov ako ľudí v produktívnom veku. V kontexte Európskej únie patríme do skupiny krajín s najrýchlejšie starnúcou populáciou, čo znamená, že index závislosti 65+/20–64 by mohol už okolo roku 2050 prekročiť 60 % (Eurostat, 2023). Naša projekcia ~50 % pre rok 2035 je v súlade s týmito trendmi.

Na základe výsledkov v tabuľky č. 1 možno kvantifikovať, o koľko pracujúcich viac by bolo potrebných v roku 2035, ak by sme chceli dosiahnuť rovnaký pomer prispievateľov k dôchodcom ako v roku 2025 (t. j. približne 2,3 pracujúceho na dôchodcu). Výpočtom zistíme, že pri očakávanom počte ~1,675 mil. dôchodcov v roku 2035 by na udržanie pomeru ~2,35:1 bolo potrebných približne 3,94 milióna pracujúcich (1,675 mil. $\times$ 2,35). Očakávaný počet pracujúcich je však len ~2,45 milióna. Rozdiel predstavuje približne 1,49 milióna osôb. Zjednodušene povedané, ak by mal dôchodkový systém o desať rokov fungovať rovnako komfortne ako dnes, muselo by vtedy pracovať o 1,5 milióna viac ľudí než sa reálne predpokladá. Tento počet “chýbajúcich pracujúcich” je samozrejme hypotetický, v praxi je nereálne dosiahnuť taký nárast pracovnej sily v tak krátkom čase. Zároveň je to nereálne s ohľadom na veľkosť celej slovenskej populácie. Ilustruje však veľkosť problému.

Samozrejme, uvedené číslo treba interpretovať opatrne. Okrem kvantitatívnej stránky (počtu pracujúcich) vplyva na rovnováhu aj kvalitatívna stránka ktorá zohľadňuje produktivitu práce a výšku miezd. Ak by napríklad zostal počet pracujúcich nižší, teoreticky by ich vyššia produktivita a vyššie mzdy mohli vygenerovať dostatočné odvody. Napriek tomu možno konštatovať, že pri nezmenených parametroch bude systém v roku 2035 čeliť vážnemu nedostatku zdrojov. Už jednoduchý model ukazuje dve krajné možnosti: buď by museli pracujúci odvádzat približne o 40 % vyššie odvody, alebo by priemerný dôchodok musel byť zhruba o 30 % nižší oproti dnešku, aby sa systém vyrovnal (AWG, 2017). Tento výpočet korešponduje so scenármi, ktoré publikovala napríklad Demokratická strana – ODS (2020), kedy podľa nej pri nezmenenej výške priemerného dôchodku by odvodové zaťaženie pracujúcich muselo stúpnuť o 40 %, kým pri zachovaní odvodov by reálne dôchodky klesli o 30 % do roku 2035. Takéto úpravy by však boli spoločensky veľmi ťažko priechodné.

Výsledky komparácie poukazujú aj na vážne riziká pre finančnú stabilitu dôchodkového systému. Pri očakávanom vývoji by index závislosti systému (pomer dôchodcov k prispievateľom) v roku 2035 prekročil 65 %, čo znamená, že priebežný pilier by bol výrazne deficitný. Dlhodobé projekcie Európskej komisie (Ageing Report, 2021/2024) odhadujú, že bez dodatočných reforiem stúpnu verejné výdavky na dôchodky na Slovensku z okolo 8,0 % HDP v roku 2020 na približne 9,5 % HDP v roku 2060. Naopak, po reforme roku 2012 sa pôvodne očakával pokles na ~9,5 % HDP (z 13,2 % prognózovaných pred reformou) (TASR, 2019). Avšak legislatívne zmeny prijaté do roku 2020 (najmä zastropovanie veku) premietli prognózu výdavkov pre rok 2060 opäť na ~13 % HDP (TASR, 2019). To naznačuje, že súčasné nastavenie systému nie je dlhodobu udržateľné bez ďalších zmien. Naše zistenie, že pomer prispievateľov k dôchodcom klesne na ~1,5:1 v priebehu najbližších desiatich rokov, je v súlade s týmito varovaniami. Znamená to, že už v strednodobom horizonte (rok 2035) bude musieť Slovensko vynakladať podstatne viac zdrojov na dôchodky (či už prostredníctvom zvýšených odvodov, daní alebo iných transferov), ak sa neimplementujú opatrenia na zmiernenie demografického vplyvu.

Zhrnutím, výskumná otázka týkajúca sa *medzigeneračnej solidarity o 10 rokov* má jednoznačnú odpoveď: bude slabšia ako dnes. Počet dôchodcov porastie rýchlejšie než počet prispievateľov, čo vyústi do zníženia pomeru pracujúcich na dôchodcu približne o 40 %. Bez kompenzačných mechanizmov to spôsobí zhoršenie finančnej bilancie priebežného piliera a vyvolá tlak na reformy. Nasledujúca časť nášho príspevku sa venuje možným opatreniam, ktoré môžu tento nepriaznivý trend zmierniť či aspoň čiastočne kompenzovať.

Diskusia

Dosiahnuté výsledky odhaľujú alarmujúci trend vo vývoji medzigeneračnej solidarity na Slovensku. Kým v uplynulých desaťročiach nebol problém pomeru pracujúcich a dôchodcov tak výrazný (ešte začiatkom milénia pripadalo okolo 6 pracujúcich na 1 dôchodcu, v roku 2010 asi 4:1), súčasné projekcie smerujú k pomeru blížiacemu sa 1:1 v druhej polovici storočia (TASR, 2017). To stavia Slovensko pred strategickú výzvu, ako zabezpečiť dôstojné dôchodky pre rastúcu dôchodkovú populáciu bez neprimeraného zaťaženia ekonomicky aktívnych ľudí.

Pokles pomeru pracujúcich k dôchodcom zhruba o 0,8 (z 2,3 na 1,5) za desaťročie je veľmi rýchly. Tento trend je dôsledkom demografie a možno ich pripísať skutočnosti, že silné ročníky narodené v 70. rokoch odchádzajú do dôchodku, zatiaľ čo slabé ročníky 90. rokov nastupujú na trh práce. Na základe dostupných dát máme za to, že tomuto vývoju sa nedá úplne vyhnúť. Pre dôchodkový systém to znamená, že bežné príjmy nebudú stačiť na pokrytie bežných výdavkov. Už v roku 2035 by podľa našich výpočtov chýbalo viac ako 1 milión prispievateľov, možno až 1,5 milióna prispievateľov, čo by v peniazoch znamenalo výpadok niekoľkých miliárd eur ročne (pri priemernom plate ~1500 € a odvode 18 % by 1 mil. pracujúcich generoval cca 3,24 mld. € ročne). Samozrejme, reálne tento výpadok bude musieť byť sanovaný inak, buď vyššími odvodmi, vyššími dotáciami z rozpočtu (daňami), alebo úsporami na výdavkovej strane (pomalšia valorizácia, neskorší nástup do dôchodku atď.). Tak či onak,

medzigeneračné zaťaženie pracujúcich sa zvýši. Už dnes pociťujeme istú mieru medzigeneračného napätia. Mladšia generácia sa obáva, či “doplatí” na početných dôchodcov, kým staršia generácia sa obáva, či štát zvládne financovať ich dôchodky v sľúbenej výške. Náš výskum žiaľ dáva týmto obavám reálny základ: ak sa nič neurobí, buď budú musieť pracujúci odvádzať na dôchodky neúmerne väčšiu časť svojho príjmu, alebo by reálna hodnota dôchodkov výrazne klesne (cca o tretinu do 10–15 rokov). Máme za to, že takýto scenár by bol sociálne neudržateľný.

Výsledky tiež indikujú, že doterajšie reformné kroky síce išli správnym smerom, ale ich účinok bude zrejmy skôr v dlhodobom horizonte než do roku 2035. Napríklad opätovné naviazanie dôchodkového veku na strednú dĺžku života od 2030 (reforma POO 2022) je zásadné opatrenie, ktoré podľa Ministerstva financií SR zlepši dlhodobú udržateľnosť verejných financií približne o 1,7 % HDP (IFP, 2024). Avšak do roku 2035 bude jeho vplyv ešte relatívne malý. Od roku 2030 do 2035 sa dôchodkový vek zvýši možno o niekoľko mesiacov, takže do poproduktívnej populácie pribudne o niečo menej ľudí, než keby bol strop 64 rokov fixný. Toto mierne zmiernenie náporu však zrejme nebude stačiť, čo potvrdzujú aj naše čísla. Podobne, zavedenie rodičovského bonusu v 2023 a jeho následná úprava (2024) vysiela signál podpory rodín, ale z krátkodobého hľadiska dokonca zvýšilo výdavky dôchodkového systému (pôvodná verzia bonusu pridávala cca 0,5 % HDP k výdavkom) (IFP, 2024). Hoci nový mechanizmus financovania bonusu z dane z príjmu zmiernil tento dopad[21], celkovo rodičovský dôchodok rieši skôr spravodlivosť medzi rodinami s deťmi a bez detí, nie samotný problém nedostatku prispievateľov. Jeho motivačný vplyv na pôrodnosť je navyše otázný. Zvýšenie dôchodku o pár desiatok eur pravdepodobne nebude mať výrazný efekt na rozhodovanie mladých ľudí o rodičovstve, skôr to slúži ako čiastočná “odmena” pre súčasných dôchodcov s deťmi.

Zvýraznila sa aj téma umožnenia súbehu poberania dôchodku a práce. Mnoho dôchodcov si chce alebo potrebuje privyrábať aj po odchode do dôchodku. Aktuálne na Slovensku približne 8 % dôchodcov pracuje, či už v klasickom pracovnom úväzku ale aj na skrátenej zmluve, dohodu alebo živnosť (Rada pre rozpočtovú zodpovednosť, 2025). Vláda prijala viaceré opatrenia na podporu pracujúcich dôchodcov, ako napríklad odvodové úľavy pri práci na dohodu pre poberateľov dôchodku, či zavedenie tzv. 13. dôchodku aj pre výsluhových dôchodcov, ktorí ešte pracujú (Bačová, 2024). Tieto opatrenia môžu zvýšiť motiváciu zostať ekonomicky aktívny aj vo vyššom veku, čo pomáha medzigeneračnej solidarite, nakoľko čím dlhšie jednotlivec prispieva a neskôr začne poberať dôchodok, tým je systém menej zaťažovaný. Avšak vzhľadom na zdravotné limity a charakter pracovných miest je nereálne očakávať, že by pracujúcich dôchodcov mohli byť desiatky percent populácie.

Pre širší kontext tejto témy je nutné uviesť, že Slovensko nie je v tejto situácii osamotené. Väčšina vyspelých krajín Európy a západného sveta čelí starnutiu populácie. Avšak tempo a rozsah problémov je u nás vzhľadom na historický demografický vývoj špecifický. Kým napríklad vo Francúzsku či Švédsku je už dnes index závislosti vyšší než na Slovensku, tieto krajiny dlhodobo realizujú pronatalitné a proimigračné politiky, ktoré zmiernujú pokles populácie v produktívnom veku. V niektorých štátoch ako napríklad v Írsku a už spomenutom Švédsku, sa do roku 2035

dokonca očakáva nárast populácie v produktívnom veku (Dufala, Havranová, 2024). Slovensko naproti tomu patrí v prognózach k najviac ohrozeným krajinám spolu s pobaltskými štátmi a Gréckom. Napríklad v Lotyšsku má do roku 2035 ubudnúť až 16 % populácie v produktívnom veku, v Litve 14 %, v Grécku 12 %, na Slovensku ~8 % (Dufala, Havranová, 2024). Čo sa týka riešení, viacero krajín postupne zvyšuje dôchodkový vek nad 65 rokov, napríklad Dánsko plánuje zvýšiť dôchodkový vek na 70 rokov už okolo 2040 (Finreport, 2025). Tiež sa posilňujú kapitalizačné prvky, napríklad v Poľsku zaviedli zamestnanecké dôchodkové plány, v Česku sa debatuje o povinnom alebo automatickom vstupe do III. piliera a podobne. Tieto skúsenosti naznačujú, že diverzifikácia zdrojov financovania dôchodkov je zásadná, pričom sa tým nemyslí len príbežný pilier. Slovensko má II. pilier od 2005, avšak prínosy pocítia najmä mladšie generácie a bude to skôr v rokoch 2040+. V krátkodobom horizonte II. pilier naopak odčerpáva časť odvodov z I. piliera, nakoľko v súčasnosti 5,5 % z vymeriavacieho základu sporiteľa putuje na jeho osobný účet, do 2027 to stúpne na 6 % (Európska komisia, 2024). Čiastočne to kompenzuje zníženie výpočtového dôchodku z I. piliera pre sporiteľov, avšak v sumáre II. pilier mierne zvyšuje nároky na I. pilier v prechodnom období. Napriek tomu je jeho existencia dôležitá z hľadiska generácii vlastnej solidarity, kedy individuálne úspory pomôžu budúcim dôchodcom, hoci prvý pilier bude slabnúť.

Na základe zistení identifikujeme viacero okruhov opatrení, ktoré by mohli zmierniť negatíva poklesu medzigeneračnej solidarity:

1. Podpora rodín a pôrodnosti: Hoci ide o opatrenia s efektom až v horizonte 20–25 rokov, netreba ich zanedbať. Vyššia pôrodnosť dnes znamená viac pracujúcich v roku 2045–2055. Slovensko zaviedlo viacero prorodinných opatrení, ako napríklad zvýšenie daňového bonusu na dieťa, jednorazové príspevky pri narodení, rozšírenie kapacít materských škôl. V kontexte dôchodkov by mohlo byť zaujímavé motivovať mladé rodiny systémom tzv. *dôchodkových dividend* – čiže v budúcnosti zohľadniť v nároku na dôchodok počet vychovaných detí, čo je do istej miery cieľ rodičovského bonusu. Krajiny ako Poľsko či Maďarsko experimentujú s odpúšťaním odvodov rodičom s väčším počtom detí, napríklad v Maďarsku ženy so 4 deťmi neplatia daň z príjmu. Tieto opatrenia by mohli zvýšiť ochotu mať viac detí. Avšak vzhľadom na komplexnosť príčin nízkej pôrodnosti ako sú napríklad bývanie, kariéra, vnútorné presvedčenie a hodnoty jednotlivcov nemusia priniesť radikálnu zmenu. Napriek tomu, podpora zosúladenia rodiny a práce môže v kratšom horizonte zvýšiť počet pracujúcich rodičov, najmä matiek, a tým aspoň čiastočne doplniť chýbajúcich prispievateľov.

2. Aktívna imigračná politika: Slovensko má v porovnaní so západnou Európou veľmi nízky podiel cudzincov na populácii. Riadená pracovná migrácia by mohla pomôcť doplniť chýbajúcu pracovnú silu v odvetviach, kde je nedostatok ľudí, a tým aj zvýšiť počet platcov odvodov. V súčasnosti už dochádza k nárastu počtu pracovníkov zo zahraničia a to najmä z Ukrajiny, Srbska, Rumunska, avšak stále ide o relatívne malé čísla v desiatkach tisícov. Pre adekvátne doplnenie by boli potrebné stovky tisíc pracovných imigrantov v produktívnom veku do roku

2035, čo naráža na spoločenské aj integračné limity. Napriek tomu by jednou z vládnych priorít mala byť premyslená migračnú stratégiu, teda spôsob, ako prilákať kvalifikovaných mladých ľudí zo zahraničia, čo zahŕňa aj ľudí zo slovenskej diaspóry v zahraničí alebo z kultúrne príbuzných krajín. Cieľom by malo byť vytvoriť podmienky pre ich usadenie a zamestnanie. Z regionálneho hľadiska toto môže pomôcť aj riešiť problém odlivu mladých z niektorých regiónov.

3. Zvýšenie efektívnosti druhého a tretieho piliera: Väčšia miera zapojenia populácie do II. piliera a III. piliera síce priamo neznamená viac prispievateľov do priebežného systému, ale zmiernuje budúci tlak na I. pilier tým, že časť dôchodku bude financovaná z úspor. Vláda v roku 2023 zaviedla predvolenú investičnú stratégiu v II. pilieri a automatický vstup pre mladých do indexových fondov (IFP, 2020), čo by malo zvýšiť výnosy úspor. Do budúca by bolo vhodné zvažovať napr. automatickú registráciu do III. piliera (s možnosťou opt-out), čo v iných krajinách zvýšilo účasť sporiteľov. Taktiež daňové zvýhodnenie príspevkov do III. piliera (napr. odpočítateľná položka) by motivovalo viac ľudí sporiť si individuálne. Hoci tieto kroky nevyriešia problém pomeru pracujúcich a dôchodcov, pomôžu udržať primeranú životnú úroveň budúcich dôchodcov aj pri poklese solidarity v I. pilieri. Inak povedané, ak klesá medzigeneračná solidarita, musí rásť miera sebestačnosti jednotlivca na dôchodku.

4. Zvyšovanie produktivity a úprava indexácie dôchodkov: Ak už vieme, že pracujúcich bude menej, o to viac treba podporovať rast ich produktivity práce. Vyšší rast HDP a miezd znamená aj vyššie odvody pri rovnakej populácii pracujúcich. Štát nepriamo môže podporiť produktivitu investíciami do vzdelania, inovácií a infraštruktúry, čo však presahuje rámec dôchodkovej politiky. Čo sa týka výdavkovej strany, Slovensko po roku 2018 prešlo na výhodnejší spôsob valorizácie dôchodkov (minimálne o rast životných nákladov dôchodcov, plus pevná suma). Do roku 2017 sa dôchodky valorizovali len o infláciu, čo držalo ich reláciu voči mzde stabilnejšiu. Po roku 2018 rástli dôchodky rýchlejšie než ceny, čím stúpol aj podiel výdavkov na HDP (Rada pre rozpočtovú zodpovednosť, 2025). Od roku 2022 sa síce dočasne zaviedla mimoriadna valorizácia, ako dôsledok vysokej inflácie, no do budúca by mohla byť predmetom úvah úprava valorizačného mechanizmu tak, aby zohľadňoval finančné možnosti systému, ako napríklad tzv. *švajčiarska valorizácia* – kombinácia inflácie a miezd. To by síce mierne znížilo rast reálnych dôchodkov, ale pomohlo udržať výdavky v rámci možností.

Pri hodnotení riešení je potrebné zdôrazniť, že neexistuje jedno zázračné opatrenie, ktoré by úplne odstránilo nepriaznivý demografický vplyv. Namiesto toho bude zrejme potrebná kombinácia viacerých prístupov ako zvyšovanie efektivity systému, podpora rodín a adaptácia životnej úrovne, ktorá predpokladá vyšší dôraz na vlastné sporenie, prípadne zmiernenie indexácie. Veľmi dôležitá bude aj komunikácia týchto zmien verejnosti. Je potešujúce, že aktuálne prognózy Ministerstva práce naznačujú, že v strednodobom horizonte by pri určitých reformách nemuselo dôjsť k poklesu reálnych dôchodkov, naopak, očakáva sa ich mierny nárast v absolútnych

číslach (AWG, 2017). Napríklad, prognóza SLOPEM (Ageing Working Group, 2015) rákala s tým, že do roku 2035 stúpne priemerná výška novopriznaného dôchodku z 51,4 % na 51,5 % priemernej mzdy (TASR, 2017). To však predpokladá úspešnú implementáciu viacerých opatrení a vývoj, ktorý nezaťažia ďalšie ad-hoc zvýšenia výdavkov, ako napríklad 13. dôchodky. Rozpočtová rada upozornila, že zvýšenie 13. dôchodku v roku 2024 zhoršilo dlhodobú udržateľnosť o 0,4 % HDP (Rada pre rozpočtovú zodpovednosť, 2024).

Z hľadiska medzigeneračnej solidarity možno diskutovať aj širšie spoločenské aspekty. Mladá generácia musí mať dôveru v dôchodkový systém, aby bola ochotná odvádzať vysoké percento zo svojho príjmu. Ak by prevládlo presvedčenie, že štátny dôchodok bude aj tak nízky, motivácia platiť klesá. Takéto presvedčenie by mohlo znamenať nárast tieňovej ekonomiky a vyhýbanie sa plateniu odvodov. Preto je nutné dopredu signalizovať, akým spôsobom bude náročná situácia riešená, a ideálne dosiahnuť celospoločenský konsenzus na postupných reformách. Príkladom je Švédsko, ktoré zaviedlo automatický stabilizátor, čo znamená, že dôchodky sa automaticky upravujú podľa pomeru aktívnych a dôchodcov (tzv. *notional defined contribution system*). Takýto mechanizmus priamo prepojuje medzigeneračnú solidaritu s výškou dávok: ak klesá solidarita (menej pracujúcich), všetci pocítia úpravu dôchodkov. Hoci na Slovensku zatiaľ taký konsenzus nie je, verejná diskusia sa ubera smerom uvedomenia si problému. Prieskumy ukazujú, že až 80 % Slovákov neverí, že im štát zabezpečí slušný dôchodok (Dufala, Havranová, 2024), čo paradoxne môže vytvárať tlak na politikov, aby systém napravili skôr, než nastane absolútna kríza dôvery.

Záver

Medzigeneračná solidarita v slovenskom dôchodkovom systéme stojí v najbližších rokoch pred mimoriadne náročnou skúškou. Výskum prezentovaný v tomto príspevku jednoznačne preukázal, že pomer pracujúcich prispievajúcich do systému k počtu starobných (a výsluhových) dôchodcov sa do roku 2035 výrazne zhorší. Z dnešných približne 2,3 pracujúcich na jedného dôchodcu klesne tento pomer na odhadovaných ~1,5 pracujúcich na dôchodcu. Dôsledkom bude zvýšené finančné zaťaženie ekonomicky aktívnej populácie a tlak na verejné financie. Podľa prepočtov by bez kompenzačných opatrení chýbalo v roku 2035 ekvivalentne viac ako 1 milión dodatočných prispievateľov do systému, čo zodpovedá miliardovým deficitom alebo nutnosti drastických úprav v odvodoch či dôchodkoch.

Táto situácia je do značnej miery dôsledkom neúprosnej demografie. Slabšie populačné ročníky vstupujú na trh práce, zatiaľ čo početní dôchodci žijú dlhšie a poberajú dôchodok po dlhší čas. Kým demografický vývoj nemožno v krátkodobom horizonte zásadne zmeniť, dôchodkovú politiku a systém sociálneho zabezpečenia je možné a potrebné prispôbiť tak, aby sa zachovala medzigeneračná solidarita i funkčnosť systému.

Záverom možno konštatovať, že Slovensko sa nachádza v kritickom bode, keď ešte má priestor na postupné reformy predtým, než dôsledky demografickej zmeny naplno zasiahnu dôchodkový systém. Výsledky nášho výskumu slúžia ako varovanie.

Ak by sa nič nepodnikne, medzigeneračná solidarita sa môže už o jednu dekádu výrazne oslabiť a systém sa môže dostať do výraznej nerovnováhy. Na druhej strane, disponujeme znalosťami aj nástrojmi, ako tento trend aspoň čiastočne korigovať. Ako príklad nám slúžia krajiny, ktoré včas zareagovali a zvládajú starnutie lepšie. Slovensko by sa z nich mohlo a malo poučiť.

Medzigeneračná solidarita je nielen ekonomický, ale aj spoločenský fenomén. Odráža súdržnosť a solidaritu v spoločnosti. Udržanie funkčného dôchodkového systému preto nie je len otázkou čísel, ale aj prejavom vzájomnej solidarity medzi generáciami. Veríme, že vďaka včasným a premysleným politikám sa túto solidaritu podarí zachovať aj pre budúce generácie dôchodcov a pracujúcich.

BIBLIOGRAFIA

BAČOVÁ, J. (2024). *Cez 20-tisíc slovenských penzistov sa dočká zvýšenia o stovky eur. Pravidlo 13. dôchodku sa zmení.* [online]. [Cit. 05.05.2024]. Dostupné na internete: <https://www.startitup.sk/cez-20-tisic-slovenskych-penzistov-sa-docka-zvysenia-o-stovky-eur-pravidlo-13-dochodku-sa-zmeni/>

BLEHA, B., ŠPROCHA, B., VAŇO, B. (2018). *Prognóza vývoja obyvateľstva v okresoch Slovenskej republiky do roku 2035.* Bratislava: Infostat. [online]. [Cit. 11/2018]. Dostupné na internete: https://www.infostat.sk/vdc/pdf/Prognóza_SR_2060_DEF.pdf

DEDINSKÝ, M. (2025). *Slovenskí dôchodcovia v číslach: Kto pracuje, komu vyplácajú a kde je ich najviac?* [online]. [Cit. 27.02.2025]. Dostupné na internete: <https://www.aktuality.sk/clanok/DFZemaO/slovenski-dochodcovia-v-cislach-kto-pracuje-komu-vyplacaju-a-kde-je-ich-najviac/>

DEMOKRATICKÁ STRANA – ODS. (2020). *Aké dôchodky nás čakajú, ak nič nespravíme?* [online]. [Cit. 15.10.2025]. Dostupné na internete: <http://www.ods.sk/media/ake-dochodky-nas-cakaju-ak-nic-nespravime/>

DUFALA, I. (2023). *Prehľad: Týchto dôchodcov štát v roku 2024 zasype peniazmi.* [online]. [Cit. 10.01.2024]. Dostupné na internete: <https://www.peniazke.sk/dochodok/11355-prehľad-typy-dochodcov-ktori-v-roku-2024-stovky-eur-navyse>

EURÓPSKA KOMISIA. (2024). *The 2024 Ageing Report – Country Fiche: Slovakia.* Brusel: DG ECFIN. [online]. [Cit. 06/2024]. Dostupné na internete: https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2024-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2022-2070_en

EUROSTAT. (2023). *EUROPOP 2023 – Population projections.* Databáza Eurostatu [online]. [Cit. 03/2023]. Dostupné na internete: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/proj_23np/default/table

EURES. (2025). *Informácie o trhu práce: Slovensko* [online]. [Cit. 24.02.2025]. Dostupné na internete: https://eures.europa.eu/living-and-working/labour-market-information/labour-market-information-slovakia_sk#:~:text=Inform%C3%A1cie%20o%20trhu%20pr%C3%A1ce%3A%20Slovensko,bodu%20viac%20ako%20priemer

FINREPORT. (2025). *Do dôchodku v 70-tke: realita v Dánsku, budúcnosť Slovenska?* [online]. [Cit. 14.08.2025]. Dostupné na internete: <https://www.finreport.sk/financie/2/#:~:text=Do%20d%C3%B4chodku%20v%2070,o%20ve%C4%BEk%C3%BA%20%C4%8Das%C5%A5%20%C4%BEud%C3%AD>

IFP – INŠTITÚT FINANČNEJ POLITIKY. (2019). *Dlhodobú udržateľnosť dôchodkového systému ohrozili legislatívne zmeny.* Ministerstvo financií SR. [online]. [Cit. 20. 12. 2019]. Dostupné na internete: <https://www.teraz.sk/ekonomika/dlhodobu-udrzatelnost-dochodkového/436957-clanok.html>.

IFP – INŠTITÚT FINANČNEJ POLITIKY. (2020). *Dôchodkový systém a jeho budúcnosť.* Ministerstvo financií SR. [online]. [Cit. 11/2020]. Dostupné na internete: https://www.mfsr.sk/files/archiv/38/Dochodkovysystem_EUBA.pdf#:~:text=Bud%C3%BAcnos%C5%A5%20syst%C3%A9mu%20EF%82%A7%20V%20roku,6

IFP – INŠTITÚT FINANČNEJ POLITIKY. (2024). *Dopadová štúdia k penzijnej reforme pre Plán obnovy a odolnosti.* Bratislava: Ministerstvo financií SR – IFP. [online] [Cit. 04/2024]. Dostupné na internete: <https://ifp.sk/dopadova-studia-k-penzijnej-reforme-pre-plan-obnovy-a-odolnosti/#:~:text=Reformou%20sa%20zlep%C5%A1ila%20dlhodob%C3%A1%20udr%C5%BEate%C4%BEnos%C5%A5>

IFP – INŠTITÚT FINANČNEJ POLITIKY. (2020). *Dôchodkový systém, jeho budúcnosť a predvolená stratégia v II. pilieri.* Bratislava: Ministerstvo financií SR – IFP. [online] [Cit. 23.11.2020]. Dostupné na internete: <https://ifp.sk/dochodkovy-system-jeho-buducnost-a-predvolena-strategia-v-ii-pilieri/#:~:text=D%C3%B4chodkov%C3%BD%20syst%C3%A9m%2C%20jeho%20bud%C3%BAcnos%C5%A5%20a,syst%C3%A9mu%2C%20dlhodob%C3%BA%20progn%C3%B3zu%20v%C3%BDdavkov>

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SR. (2017). *Tabuľky dôchodkového systému – prognózy AWG 2017.* Správa o starnutí obyvateľstva. [online]. [Cit. 06.03.2017]. Dostupné na internete: <https://www.noviny.sk/ekonomika/199882-tabulka-dochodky-porastu-vek-odchodu-sa-zmeni>.

RADA PRE ROZPOČTOVÚ ZODPOVEDNOSŤ – RRZ. (2024). *Správa o dlhodobej udržateľnosti verejných financií za rok 2024.* Bratislava: RRZ, júl 2024. [online]. [Cit. 2024]. Dostupné na internete: <https://www.rrz.sk/sprava-o-dlhodobej-udrzatelnosti-verejnych-financii-za-rok-2024-april-2025/#:~:text=,%C5%BEE%20v%20roku%202024>

RADA PRE ROZPOČTOVÚ ZODPOVEDNOSŤ – RRZ. (2025). *Prečo výdavky rastú tak rýchlo?.* Bratislava: RRZ. [online]. [Cit. 26.08.2025]. Dostupné na internete: <https://www.rrz.sk/preco-vydavky-rastu-tak-rychlo/>

RADA PRE ROZPOČTOVÚ ZODPOVEDNOSŤ – RRZ. (2025). *Konsolidačné opatrenia zlepšili dlhodobú udržateľnosť, jej ďalšie zlepšovanie zostáva nevyhnutné (Tlačová správa)* [online]. [Cit. 30.04.2025]. Dostupné na internete: <https://www.rrz.sk/konsolidacne-opatrenia-zlepsili-dlhodobu-udrzatelnost-jej-dalsie-zlepsovane-zostava-nevyhnutne-tlacova-sprava/>

SLADKOVSKÝ, D., HAVRANOVÁ, M. (2024). *Kto sa postará o budúch dôchodcov? Až 80 percent Slovákov štátu neverí.* [online]. [Cit. 23.09.2024]. Dostupné na internete: https://www.forbes.sk/kto-sa-postara-o-buducich-dochodcov-az-80-percent-slovakov-statu-neveri/?srltid=AfmBOoraNUx2P1_om1TeRcx1DrfQJ15WGuvfi-IAfwELD7ImKZR_pj_y#:~:text=%E2%80%9EAk%20sa%20pozrieme%20na%20predikcie,Ko%C4%8Di%C5%A1%2C%20makroekonomick%C3%BD%20analytik%20Slovenskej%20sporite%C4%BEne

SOCIÁLNA POISŤOVŇA. (2025). *Štatistická správa o dôchodkovom poistení k 31. 12. 2024.* Bratislava: Sociálna poisťovňa. [online]. [Cit. 27.02.2025]. Dostupné na internete: <https://www.socpoist.sk/sp-transparentne/statistiky>

ŠTATISTICKÝ ÚRAD SLOVENSKEJ REPUBLIKY. (2023). *Databáza STATdat – Sociálne a dôchodkové zabezpečenie.* Indikátor Počet dôchodcov, ktorým sa vyplácal dôchodok. [online]. [Cit. 20.12.2024]. Dostupné na internet: <https://statdat.statistics.sk>.

ŠTATISTICKÝ ÚRAD SLOVENSKEJ REPUBLIKY. (2024). *Výsledky výberového zisťovania pracovných síl – 4. štvrťrok 2023.* Bratislava: ŠÚ SR. [online]. [Cit. 2024]. Dostupné na internete: https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ofd2b68d-e354-45b3-8325-bc1adfo2873b/!ut/p/z1/rVJNc4IwFPwtHjiGPAGI9ha14of1YB2r5tIhGCQVCEKE-u8bOz20M7W1M8ohk_eyu9lkgxneYFZEjdxHWqoiyky9Zd3nRTAJ-32HAgT-ECbT1XAXwVYc8AA_YYZZXOhSp3ireB2lqD6g8sQtMFMmD1EshQVNLfTh_LkDyc7l3XCHBPE95PmcoJC4PuKxE-oScMOA8It2Gcsd3t6EXv9mlpltuDIoGD57hwxGdOwFM4BwNvJhQserx96CEKDkA_CDxtZ4CK56eHDxupGixatCVbl53-UfrzgGPMVM8txu49wG2zHtruc6XthziVlfAnOr-WC-N7KRTpEsEoU3N2kbqnw5Hhk1gapCi1eNN_-eqDmEFpyExl8lElGJyj5V5p-lWpfinQUWtG1r75XaZ8KOVW7Bd5RU1cbcVyQu8zwkZ3RI5vfEY_xMsmZGaafzBnVdKKo!/dz/d5/L2dBISEvZoFBIS9nQSEh/

TASR. (2024). *Zamestnanosť vlani rástla, počet pracujúcich sa zvýšil o 6000 ľudí.* [online]. [Cit. 04.03.2024]. Dostupné na internete: <https://www.teraz.sk/ekonomika/zamestnanost-vlani-rastla-pocet-prac/778779-clanok.html#:~:text=Zamestnanos%C5%A5%20vlani%20r%C3%A1stla%2C%20po%C4%8Det%20pracuj%C3%BAcich,najdynamickej%C5%A1ie%20sa%20zmenila%20v>

TASR. (2019). *Starnutie populácie a s tým spojený výrazný nárast výdavkov na dôchodky boli hlavným dôvodom dôchodkovej reformy v roku 2012.* [online]. [Cit. 20.12.2019]. Dostupné na internete: <https://www.teraz.sk/ekonomika/dlhodobu-udrzatelnost-dochodkoveho/436957-clanok.html#:~:text=%C3%BAspor%C5%A1%20zabezpe%C4%8Dila%20ni%C5%BE%C5%A1ia%20valoriz%C3%A1cia%20d%C3%B4chodkov,na%20%C5%A1kolstvo%20v%20roku%202017>

TASR. (2024). *RRZ: Udržateľnosť dôchodkového systému sa novelou nezlepšila* [online]. [Cit. 18.04.2024]. Dostupné na internete: <https://www.teraz.sk/ekonomika/rrz-udrzatelnost-dochodkoveho-syst/789223-clanok.html#:~:text=Parlament%20v%20novele%20schv%C3%A1lil%20zv%C3%BD%C5%A1enie,hrub%C3%A9ho>

TASR. (2017). *RRZ: TABULKA: Dôchodky porastú, vek odchodu sa zmení* [online]. [Cit. 09.03.2017]. Dostupné na internete: <https://www.noviny.sk/ekonomika/199882-tabulka-dochodky-porastu-vek-odchodu-sa-zmeni#:~:text=situ%C3%A1cie%2C%20ke%C4%8F%20za%C4%8Dne%20klesa%C5%A5%20po%C4%8Det,rap%C3%ADdnej%C5%A1%C3%AD%20bude%20%C3%BAbytok%20pracovnej%20sily>

THE SOCIAL PROGRESS WATCH. (2025). *Slovakia – Social Inclusion and Demography*. EURES/EC [online]. [Cit. 2024]. Dostupné na internete: https://eures.europa.eu/living-and-working/labour-market-information/labour-market-information-slovakia_sk#:~:text=Inform%C3%A1cie%20o%20trhu%20pr%C3%A1ce%3A%20Slovensko,bodu%20viac%20ako%20priemer

WORLD BANK. (2023). *Pension Indicators – Old-age dependency ratio*. [online]. [Cit. 2023]. Dostupné na internete: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.DPND.OL>.

MEDZIGENERAČNÉ VZŤAHY V BIBLI

INTERGENERATIONAL RELATIONSHIPS IN THE BIBLE

Vansač Peter¹ Belovičová Mária²

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

Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

²*Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave*

Abstrakt

Táto štúdia skúma medzigeneračné vzťahy v biblickom kontexte, ktoré sú považované za kľúčový pilier teologickej etiky a sociálnej súdržnosti. Analyzuje záväzné imperatívy, najmä Piate Božie prikázanie „*Cti svojho otca a svoju matku*“ (Ex 20, 12), ktoré definuje celoživotnú povinnosť úcty a starostlivosti potomkov k rodičom. Štúdia sa ďalej zameriava na formatívny mandát rodičov, ktorý spočíva v nepretržitom odovzdávaní Božej múdrosti deťom a v tejto múdrosti ich vychovávať. Pomocou hermeneutickej analýzy Desatora, knihy Rút a pastoračných listov sv. Pavla a naratívnych príkladov (Rút a Noemi; Pavol a Timotej) sa demonštruje, že rešpekt voči starším a výchova mladších sú priamym odrazom vzťahu človeka k Bohu. Záver potvrdzuje, že obnova týchto biblických imperatívov je esenciálna pre duchovnú kontinuitu, sociálnu stabilitu a prejav Kristovej lásky v súčasnej spoločnosti.

Kľúčové slová

Hermeneutická analýza. Biblia. Medzigeneračné vzťahy. Úcta.

Abstract

This study examines intergenerational relationships in the biblical context, which are considered a key pillar of theological ethics and social cohesion. It analyses binding imperatives, especially the Fifth Commandment of God “Honor your father and your mother” (Ex 20:12), which defines the lifelong obligation of respect and care for parents by descendants. The study further focuses on the formative mandate of parents, which consists in continuously transmitting God’s wisdom to children and raising them in this wisdom. Through a hermeneutic analysis of the Ten Commandments, the Book of Ruth and the Pastoral Letters of St. Paul and narrative examples (Ruth and Naomi; Paul and Timothy), it is demonstrated that respect for the elderly and the upbringing of the younger are a direct reflection of man’s relationship with God. The conclusion confirms that the renewal of these biblical imperatives is essential for spiritual continuity, social stability and the manifestation of Christ’s love in contemporary society.

Keywords: Hermeneutic analysis. Bible. Intergenerational relations. Respect.

Úvod

Medzigeneračné vzťahy tvoria fundamentálny pilier biblickej etiky a sociálnej štruktúry, ktoré presahujú rámec rodiny a definujú súdržnosť celej komunity. Biblia nepredstavuje tieto interakcie len ako prirodzený jav, ale predpisuje ich prostredníctvom záväzných imperatívov, ktorých dodržiavanie je podmienkou prosperity a dlhovekosti. Cieľom tejto práce je preskúmať biblické základy medzigeneračných vzťahov, so zameraním na dve vzájomne prepojené povinnosti: formatívny mandát rodičov a celoživotný záväzok úcty potomkov, a to prostredníctvom hermeneutickej analýzy⁸⁹ Desť Božích prikázaní, pastoračných listov a naratívnych príkladov.

Biblické poznatky sú založené na presvedčení, že medzigeneračné vzťahy sú priamym odrazom vzťahu človeka k Bohu. Tým, ako sa správame k pozemským rodičom a starším, prejavujeme, ako ctíme Boha. Preto sa tento dialóg úcty a výchovy stáva kľúčovým prejavom osobnej viery a zdravého spoločenského života. Medzigeneračné vzťahy sa týkajú interakcií a spojení medzi jednotlivcami rôznych generácií v rámci rodín a komunít. Biblia poskytuje početné poznatky o dôležitosti a dynamike týchto vzťahov, zdôrazňovaní rešpektu, výučby a vzájomnej podpory.

Biblické základy medzigeneračných vzťahov

Boh dal Desť prikázaní svojmu ľudu skrze Mojžiša, keď táborili okolo hory Sinaj po tom, čo ich oslobodil z otroctva v Egypte. Hrmenie, blýskanie a husté mraky oznamovali prítomnosť Pána na vrchole hory (porov. Ex 19, 16-20). Tieto príkazy neboli určené len na to, aby boli formálne, ale aby pritiahli človeka viac k Bohu. Boh ustanovil Desť prikázaní ako mantinely pre náš život tu na zemi. Je pre náš vlastný úžitok, aby sme ich nasledovali a riadili sa nimi podľa našich najlepších schopností. Božie prikázania učia, že aj dospelé deti majú mať rešpekt a starostlivosť o svojich rodičov (Bucher 2024).

To, ako rešpektujeme a správame sa k svojim rodičom, je priamym vyjadrením toho, ako ctíme Boha. Tým, že uctíme nášho otca a matku, sa učíme lepšie ctiť nášho Nebeského Otca. Okrem toho úcta k rodičom nielenže prejavuje úctu k Bohu, ale tiež nás učí rešpektovaniu autority vo všeobecnosti. A čo je najdôležitejšie, uctievanie našich rodičov odráža Kristovu lásku. Posilňuje rodinné väzby, môže napraviť narušené vzťahy a pomáha nám rásť v našej viere a prejavovať Božiu milosť v našich životoch (Bucher 2024).

Príkaz „**cti**“ (otca svojho a matku svoju) v (Ef 6, 2) je v gréčtine vyjadrený slovom (*τίμα* – *tima*, česť), ktoré je možné preložiť aj slovom **rešpektuj, uznávaj postavenie (niekoho)**. V (1Tim 5, 3) sa to isté slovo *τίμα* použije na príkaz „**staraj sa**“ (o vdovy, ktoré sú skutočne opustené) (porovnaj 1Pt 2, 17). Príkaz z domáceho poriadku v (Ef 6, 1-3) potom nemusíme vzťahovať iba na deti, ale môžeme ho chápať širšie, a to tak, že zaväzuje potomkov voči ich rodičom nielen v detskom veku. V kontexte s (Ex 20, 12 a Dt 5, 16 a Tim 5, 3) vyzýva potomstvo v medzigeneračných

⁸⁹ Hermeneutika ako náuka o porozumení zmyslu, interpretácii umožňuje sprostredkovať význam a významovú štruktúru skúmaného predmetu, v našom prípade textu – Porov. MLYNÁRČÍK, P., PRÍVOZNÍK, J.: *Filozofia jazyka a Filozofická hermeneutika*, s. 29-34.

vzťahoch na to, aby rešpektovali svojich rodičov a v prípade potreby starnúcim rodičom venovali úctu a potrebnú starostlivosť. Ľahšie tak pochopíme pragmatický prísľub z Desatora, ktorý sa opakuje v (Ef 6, 3): „*aby sa ti dobre viedlo a aby si bol dlho živý na zemi*“. Potomkovia, ktorí venujú spravodlivý rešpekt a potrebnú starostlivosť starnúcim rodičom, majú nádej, že ich potomkovia im budú podľa rovnakého prikázania venovať podobný rešpekt a starostlivosť (Kašný, 2021, s. 28).

Otcovia/rodičia majú vychovávať svoje deti prostredníctvom disciplíny a napomínania, ale zároveň ohľaduplne. V reči Starého zákona sú to spôsoby, ktorými Boh vedie svoj ľud (porov. Pris 1, 1-2 a Sof 3, 7). V reči Nového zákona Pavol poukazuje na všeobecne známu skúsenosť otca, ktorý svoje deti napomína, povzbudzuje a zaprisahá, aby opísal svoj vzťah k Solunčanom. Podobne, aby pripomenul svoju láskavosť voči Solunčanom, odvoláva sa na príklad matky, ktorá chová svoje deti. Z týchto dvoch prirovnaní je zrejmé, ako asi vyzerali predstavy o ideálnych vzťahoch rodičov k deťom medzi prvotnými kresťanmi. Rozuzlenie vzťahov otca, poslušného syna a mánotratného syna je z právne-štrukturálneho hľadiska cudzie mentalite moderných rodinných vzťahov, v ktorej by sa skôr očakávalo, že o nezamestnaného (mladého dospelého) muža sa postará štátny sociálny program podpory v nezamestnanosti, príp. sociálny program rekvalifikácie, a nie rodina, ktorú mánotratný syn opustil. List Efezanom odkazuje, že deti majú počúvať rodičov, pretože „*to je spravodlivé pred Bohom*“ (), a v záverečnej vete odkazuje na „**napomenutie nášho Pána**“ (). V gréckom texte je v oboch prípadoch slovo (*κυρίω* – *κυρίου* pán, pane). Vloženie pravidla pre medzigeneračné vzťahy do vzťahu k Pánovi ukazuje, že potomkovia majú rešpektovať svojich rodičov nielen na základe prirodzených pokrvných vzťahov, ale aj kvôli Pánovi. A rovnako tak otec, resp. rodičia, majú vychovávať svoje deti a starať sa o ne nielen v zhode s prirodzenými sklonmi a osobnými ambíciami, ale aj v zhode s napomenutiami nášho Pána (Kašný, 2021, s. 28-29).

Prejavovanie úcty k starším je jednou z vysokých hodnôt, ktoré si človek osvojuje v rodine ako primárnom činiteľovi socializácie (Ugwu, 2004, s. 293). Tradičná spoločnosť mala pevné morálne štruktúry, ktoré formovali a zabezpečovali súlad s akceptovanými normami (Okwueze 2004, s. 241). Exegetické skúmanie tejto knihy Rut zdôrazňuje nerozlučné puto a srdečný vzťah, ktorý existuje medzi matkou a nevestou (Noemi a Rúť). Je dosť prekvapujúce, že napriek Naominej súčasnej beznádeji a chabej vyhladke na lepšiu budúcnosť, Ruth prejavila dojímavé odhodlanie žiť so svojou svokrou a nikdy s ňou vzťah neprerušila. Stojí za zmienku, že puto, ktoré existovalo medzi Naomi a Ruth, bolo vzájomné. Naomiina starosť o blaho svojich neviest ju viedla k tomu, aby im poradila, aby sa obe vrátili do domu svojej matky, kde (Naomi) verila, že ich vyhladka na získanie nového manžela by bola udržateľnejšia. Rúť sa rozhodla, že bude sprevádzať Noemi, svoju svokru, späť do Betlehema a takto sa rozhodla zjednotiť vďaka svojmu manželstvu s Noeminým synom s ľudom a Bohom Izraela. Demonštrácia lásky Rúť v starostlivosti o svoju svokru a jej pevné rozhodnutie zjednotiť sa s ľudom svojho manžela vo veršoch 16 – 17 by preto mala byť výzvou súčasnú dobu (Odo, 2021).

Cti svojho otca a svoju matku” (Ex 20, 12)

Biblia podčiarkuje význam medzigeneračných vzťahov, najmä v rámci rodiny. Piate prikázanie, „*Cti svojho otca a svoju matku, aby si dlho žil na zemi, ktorú ti dá Pán, tvoj Boh!*“ (Ex 20, 12) zdôrazňuje úctu detí k rodičom. Toto prikázanie je zopakované v Novom zákone: „*Cti svojho otca i matku, to je prvé prikázanie s prísľúbením*“ (Ef 6, 2) čo je prvým prikázáním s prísľubom, „*Aby ti dobre bolo a aby si dlho žil na zemi*“ (Ef 6, 3).

„*Pred šedivou hlavou vstaň, cti si staršiu osobu a boj sa svojho Boha! Ja som Pán!*“ (Lv 19, 32).

Táto úcta k starším je ďalej ilustrovaná aj v pastoračných listoch, kde sv. apoštol Pavol radí Timotejovi ako sa má správať k starším ľuďom:

„*Staršieho nekarhaj, ale ho napomínaj ako otca, mladých ako bratov, staršie ženy ako matky, mladšie ako sestry vo všetkej čistote.*

Maj v úcte vdovy, ktoré sú naozaj vdovami. Ale ak má niektorá vdova deti alebo vnúčatá, nech sa predovšetkým ony učia mať úctu voči svojej rodine a odplácať rodičom svoj dlh, lebo to je milé pred Bohom“ (Tim 5, 1-4).

Tabuľka č. 1 Hermeneutická analýza biblického textu „*Cti svojho otca a svoju matku*“ (Ex 20, 12)

Text / Téma	Hermeneutická interpretácia	Aplikácia / Význam pre súčasnosť
I. Prikázanie ako Zmluvný Imperatív (Ex 20, 12; Ef 6, 2-3)	Piate prikázanie je fundamentálny teologický imperatív, ktorý nesie konkrétny eschatologický prísľub ("aby si dlho žil na zemi..."). Úcta k rodičom nie je len otázkou slušnosti, ale základom pre prosperitu a stabilitu celého spoločenstva a osobného života.	V súčasnosti slúži prikázanie ako základný pilier medzigeneračnej solidarity . Je výzvou pre dospelé deti, aby aktívne preberali zodpovednosť a starostlivosť o starnúcich rodičov (rešpekt a opatera), čím sa zabezpečuje kontinuita a súdržnosť rodinných a sociálnych štruktúr.
II. Význam Pojmu "Ctiť" (Kābēd)	Hebrejský výraz <i>kābēd</i> znamená "byť ťažký", od čoho sa odvodzuje váha, dôležitosť a úcta . Česť neznamená len pasívny rešpekt, ale aktívne vyjadrenie úcty prostredníctvom poslušnosti v detstve a konkrétnej pomoci a rešpektu v dospelosti.	Prikázanie učí rešpektovaniu autority vo všeobecnosti, čo je kľúčové pre zdravé fungovanie spoločnosti a inštitúcií. Praktická aplikácia znamená odpúšťanie a nápravu rozbitých vzťahov s rodičmi, čím sa prejavuje zrelosť viery a rast v ľudskosti.
III. Teologický a Spirituálny Rozmer	Úcta k pozemským rodičom je diagnostickým meradlom	Vzťahová teológia: Prikázanie vedie k

(Analogia k Nebeskému Otcovi)	a cvičnou plochou pre náš vzťah k Bohu. Tým, že ctíme autoritu a lásku otca a matky, učíme sa lepšie ctiť Nebeského Otca . Prikázanie sa stáva kanálom milosti a odzrkadľuje Kristovu lásku.	spirituálnemu rastu . Praktická úcta (láska, trpezlivosť, odpustenie) v rodinných vzťahoch je konkrétnym prejavom milosti a svedectvom Kristovej lásky vo svete, ktoré posilňuje nielen rodinné väzby, ale aj osobnú vieru.

Zdroj: Vlastný

Úcta k starším je nadčasová cnosť, ktorá presahuje kultúry a spoločnosti. Je to základný aspekt vytvárania harmonických komunít a podpory vzájomného porozumenia medzi generáciami. V kresťanskom učení Biblia ponúka hlboký pohľad na úctu k starším a zakotvuje túto zásadu do svojho duchovného a etického rámca (Bible Verses About Respecting Elders, 2025).

Rešpektovanie starších nie je len biblickým pokynom, ale aj kultúrnou normou v mnohých spoločnostiach na celom svete. V kultúrach, ako sú tie v Afrike, Ázii a Latinskej Amerike, majú starší uctievané postavenie a ich vedenie sa považuje za kľúčové pre súdržnosť komunity. Pochopenie tejto kultúrnej dynamiky môže zlepšiť spôsob, akým uplatňujeme biblické učenie (Bible Verses About Respecting Elders, 2025).

Imperatív rodičov – výchova detí a odovzdávanie Božej múdrosti

Písmo kladie dôraz na odovzdávanie múdrosti a poznania z jednej generácie na druhú. V knihe Deuteronomium (Dt 6, 1-10) rodičia sú poučení, aby usilovne učili svoje deti Božie prikázania:

„Toto sú prikázania, rozkazy a nariadenia, ktoré mi Pán, váš Boh, prikázal naučiť vás, aby ste ich zachovávali v krajine, do ktorej prichádzate, aby ste ju zaujali, aby si sa bál Pána, svojho Boha, a zachovával všetky jeho rozkazy a prikázania, ktoré ti ja nariaďujem - ty, tvoj syn a syn tvojho syna po všetky dni svojho života -, aby sa predĺžili dni tvojho života.

Nuž, počúvaj, Izrael, a dávaj pozor, aby si robil to, čo ti prikázal Pán, aby ti bolo dobre a aby ste sa veľmi rozmnožili -, lebo Pán, tvoj Boh, prisľúbil tvojim otcom krajinu, ktorá oplýva mliekom a medom.

Počuj, Izrael, Pán je náš Boh, Pán jediný!

A ty budeš milovať Pána, svojho Boha, celým svojím srdcom, celou svojou dušou a celou svojou silou.

A tieto slová, ktoré ti ja dnes prikazujem, nech sú v tvojom srdci, poučaj o nich svojich synov a sám uvažuj o nich, či budeš sedieť vo svojom dome, či budeš na ceste, či budeš ležať alebo stáť.

Priviaž si ich ako znamenie na ruku, nech sú ako znaky medzi tvojimi očami, a napíš si ich na veraje svojho domu a na dvere.

A keď ťa Pán, tvoj Boh, voviedie do krajiny, o ktorej prisahal tvojim otcom, Abrahámovi, Izákovi a Jakubovi, že ti dá veľké a krásne mestá, ktoré si ty nestaval“(Dt 6, 1-10).

Výraz „aby si sa bál Pána, svojho Boha“ (Dt 6, 2) znamená Bázeň pred Bohom a zároveň lásku k Bohu a taktiež poslušnosť voči Bohu (Sväté Písmo Jeruzalemská Biblia, 2013, poznámka k Dt. 6, 2) , s. 305).

Kniha Príslovia je plná povzbudení najmä pre rodičov, aby dbali na výučbu svojich detí:

„Príslovia Šalamúna syna Dávidovho, kráľa izraelského.

(Hodia sa) na poznanie múdrosti a náuky, (uschopňujú) porozumieť reči rozumné, (Pomáhajú) dosiahnuť cvik, chápavosť, spravodlivosť, právo a statočnosť, dávajú neskúseným rozvážnosť, mladíkovi um a dômysel.

Obohacujú vedomosti, (keď ich) múdry počuje, a rozumný si nadobúda zručnosť v chápaní príslovia a dôvtipného výroku, slov mudrcov a tiež ich hádaniek.

Základom poznania je bázeň pred Pánom, (len) blázni pohŕdajú múdrosťou a nácvikom.

Počúvaj, syn môj; napomínanie svojho otca a neopúšťaj naučenie svojej matere, bo krásia tvoju hlavu vencom ľúbezným a tvoju šiju (zlatým) náhrdelníkom.

Keby ťa, syn môj, navádzali hriešnici, neprivoľ! (Prís 1, 1-10).

Poslúchaj svojho otca, ktorý je ti rodičom, a nepohŕdaj svojou matkou na jej staré dni! (Prís 23, 22).

„Deti, poslúchajte svojich rodičov v Pánovi, lebo je to spravodlivé. Cti svojho otca i matku, to je prvé prikázanie s prisľúbením: Aby ti dobre bolo a aby si dlho žil na zemi“ (Ef 6, 1-3)

Ty však hovor, čo zodpovedá zdravému učeniu. Starci nech sú triezvi, cudní, rozvážni, zdraví vo viere, v láske a v trpezlivosti. Podobne aj staršie ženy nech sú sväte v správaní, nech neklebetia, nech nie sú oddané vínu, nech dobre učia, mladé ženy nech priúčajú múdrosti, aby mali rady svojich mužov, milovali deti, aby boli rozumné, cudné, starostlivé o dom, dobrotivé, podriadené svojim mužom, aby sa nehanobilo Božie slovo. (Tit 2, 1-5).

Tabuľka č. 2 Imperatív rodičovskej výchovy v perspektíve odovzdávania Božej múdrosti deťom

Text / Téma	Hermeneutická interpretácia	Aplikácia / Význam pre súčasnosť
Imperatív rodičov - odovzdávanie Božej múdrosti svojim deťom (Dt 6, 1-3; Prís 1, 1-4)	Božia múdrosť a prikázania sú fundamentálnou zmluvnou povinnosťou s cieľom zabezpečiť trvalú existenciu, prosperitu a dlhovekosť (predĺženie dní) komunity. Ide o mandát , ktorý presahuje osobnú spiritualitu a stáva sa sociálnou zodpovednosťou.	Rodičovstvo je prvotný a nezastupiteľný výchovný mandát , ktorým rodičia realizujú duchovnú a etickú formáciu detí. Rodina funguje ako kľúčová inštitúcia, ktorá spoločnosti odovzdáva základné hodnoty, rozvážnosť a spravodlivosť , čím zabezpečuje kontinuitu a súdržnosť.

Jadro Múdrosti: Bázeň a Láska (Dt 6, 4-5; Prís 1, 7)	Obsahom múdrosti je monoteistické vyznanie (<i>Pán je náš Boh, Pán jediný!</i>) spojené s totálnou láskou a bážňou (úctou a poslušnosťou). Bázeň pred Pánom je základom – nie strachom, ale hlbokou úctou a prijatím autority, ktoré je nevyhnutné pre skutočné poznanie.	Výchovný proces presahuje len teoretické poznanie a je zameraný na komplexné formovanie charakteru (srdca a postoja). Rodičovská výchova má viesť dieťa k transcendentálnej úcte a praktickej láske , pričom tieto morálne základy musia byť prioritou.
Metóda: Integrácia do každodenného Života (Dt 6, 6-9)	Múdrost' musí byť najprv osvojená rodičom/mi (<i>nech sú v tvojom srdci</i>) a až potom konkrétne demonštrovaná a vyučovaná. Učenie nie je vyhradené pre špeciálne chvíle, ale odohráva sa pri každej príležitosti .	Akcent na rodičovskú pedagogiku (výchovu): Text vyžaduje intencionálne a konzistentné výchovné svedectvo . Rodičia sú stálymi pedagógmi, ktorí majú integrovat' etické princípy do rutinného života (tzv. "výchova popri ceste"), aby sa hodnoty asimilovali do identity dieťaťa prirodzenou a nepretržitou cestou.
Ochranná Funkcia Výchovy (Prís 1, 8-10)	Poslušnosť a prijatie náuky otca a matky slúži ako ochranný štít . Múdrost' je vykreslená ako krása a česť (<i>vencom ľúbezným</i>), ktorá chráni pred negatívnym vplyvom hriešnikov a zvädzaním.	Rodičovská náuka pôsobí ako preventívna stratégia a ochranný rámec pred negatívnymi vplyvmi. Posilňovaním morálneho kompasu dieťaťa sa zvyšuje jeho autonómna rezistencia voči spoločenským tlakom a zvädzaniu, čo ukazuje na formatívnu hodnotu rodiny.

Zdroj: Vlastný

Príklady medzigeneračných vzťahov

Niekoľko biblických naratívov ilustruje dynamiku medzigeneračných vzťahov. Vzťah medzi Noemi a Rúť je dojímavým príkladom lojality a vzájomnej podpory naprieč generáciami. Zväzok Rúť k Noemi: "*lebo kde pôjdeš ty, pôjdem i ja, kde sa zdržíš, zdržím sa aj ja: tvoj národ sa stane mojím národom a tvoj Boh bude mojím Bohom*" (Rut 1, 16), je príkladom hlbokých väzieb, ktoré môžu existovať medzi generáciami.

Noemi „vydala sa teda spolu s nevestami na cestu späť z Moabských rovín, lebo sa na Moabskej rovine dopočula, že Pán milostivo navštívil svoj ľud a dal mu chlieb.

A tak zanechala miesto, kde dosiaľ bývala, a (šli) s ňou aj jej dve nevesty. Keď došli na cestu, ktorá viedla späť do júdskej krajiny,

Noemi povedala svojim dvom nevestám: Chodte, vráťte sa každá do domu svojej matky! Nech vám Pán preukáže svoju lásku, akú ste prejavili (mojim) mŕtvym i mne! Nech vám Pán dá, aby ste našli spočinutie každá v dome svojho manžela!" A pobožkala ich. Ale ony sa pustili do hlasitého plaču a hovorili jej: "Vrátime sa s tebou k tvojmu národu!"

Noemi im odpovedala: "Vráťte sa, dcéry moje! Prečo by ste šli so mnou? Či sa mi ešte narodí synovia, aby sa stali vašimi manželmi?!"

Vráťte sa, dcéry moje! Chodte len! Ja som už stará na vydaj. Ved' keby som si povedala: Mám ešte nádej (na dieťa) a keby som ešte túto noc bola s mužom a porodila by som synov, či chcete na nich čakať, až vyrastú? Či sa uzavriete, aby ste sa pre nich nevydali za muža? Nie tak, dcéry moje! Moja trpkosť je omnoho väčšia ako vaša, lebo Pánova ruka vystúpila proti mne."

Tu sa znovu dali hlasite plakať: Pritom Orfa pobozkala svoju svokru a vrátila sa, ale Rút sa jej pridržala.

Povedala jej (Noemi): "Hľa, tvoja švagriná sa vrátila k svojmu národu a k svojim bohom! Choď aj ty za svojou švagrinou!"

Ale Rút odpovedala: "Nenaliehaj na mňa, aby som ťa opustila a odvrátila sa od teba: lebo kde pôjdeš ty, pôjdem i ja, kde sa zdržíš, zdržím sa aj ja: tvoj národ sa stane mojím národom a tvoj Boh bude mojím Bohom.

Kde ty zomrieš, tam zomriem i ja a tam budem aj pochovaná. Nech mi Pán tak urobí a nech mi tak aj pridá, že len smrť ma odlúči od teba."

Keď (Noemi) videla, že je pevne rozhodnutá ísť s ňou, prestala ju nahovárať a odporúčať jej návrat k svojim" (Rut 1, 6 – 18).

Podobne mentorstvo medzi Pavlom a Timotejom demonštruje dôležitosť duchovného vedenia a povzbudenie naprieč generačnými líniami. Pavol o Timotejovi hovorí ako o svojom synovi: „Toto prikázanie ti zverujem, syn môj Timotej, podľa predošlých prorociev o tebe, aby si nimi posilnený bojoval dobrý boj, aby si mal vieru a dobré svedomie, ktoré niektorí odvrhli a stroskotali vo viere“ (1Tim 1, 18-19). Akcentujeme v týchto veršoch vzťah duchovného otca a syna, ktorý bol medzi Pavlom a Timotejom.

Nasledujúce verše sú povzbudením pre Timoteja aby nehľadel na svoj vek a nestresoval sa, že je mladý. Sv. Pavol v ňom videl duchovný potenciál, ktorý dostal prijatím sviatosti kňazstva.

„Nech nik tebou nepohrda preto, že si mladý; ale buď vzorom veriacim v slove, v správaní, v láske, vo viere, v čistote.

Kým neprídem, venuj sa čítaniu, povzbudzovaniu a vyučovaniu.

Nezanedbávaj dar, ktorý je v tebe a ktorý si dostal skrze proroctvo, vkladáním rúk starších.

Toto si vezmi k srdcu a tomuto ži, aby tvoj pokrok bol všetkým zrejmý.

Dávaj pozor na seba a na učenie; buď v tom vytrvalý. Lebo ak si budeš takto počínať, zachrániš seba aj tých, čo ťa počúvajú.

Staršieho nekarhaj, ale ho napomínaj ako otca, mladých ako bratov,

staršie ženy ako matky, mladšie ako sestry vo všetkej čistote“ (1Tim 4, 12-16, 5, 1-2).

Tabuľka č. 2 Hermeneutická analýza: Príklady medzigeneračných vzťahov

Text / Téma	Hermeneutická interpretácia	Aplikácia / Význam pre súčasnosť

I. Vzťah Noemi a Rút: Závazok Lojality (Rút 1, 6 – 18: <i>"kde pôjdeš ty, pôjdem i ja, kde sa zdržiš, zdržím sa aj ja: tvoj národ sa stane mojím národom a tvoj Boh bude mojím Bohom"</i>)	Rútin sľub je prejavom Heseď (nezlomnej lásky a lojality), ktorá presahuje rodinné, etnické a náboženské hranice. Jej rozhodnutie je dobrovoľné prijatie zodpovednosti voči staršej, zraniteľnej Noemi, bez očakávania materiálneho zisku.	V súčasnosti tento príklad slúži ako vzor pre aktívnu a obetavú solidaritu so staršou generáciou, najmä s tými, ktorí sú osamelí alebo chudobní (vdovy, seniori). Zdôrazňuje, že medzigeneračné väzby sú založené na slobodnom záväzku, viere a vzájomnej podpore , nie na formalitách.
II. Vzťah Pavla a Timoteja: Duchovné Otcovstvo (1 Tim 1, 18-19: <i>"Toto prikázanie ti zverujem, syn môj Timotej..."</i>)	Pavol definuje ich vzťah ako duchovné otcovstvo a synovskú poslušnosť . Ide o intencionálnu transmisii authority, viery a darov ("dobrý boj", "dar, ktorý je v tebe"). Starší líder vyzbrojuje mladého na službu, pričom mu odovzdáva nielen učenie, ale aj osobné svedectvo a svedomie .	Pre Cirkev a spoločnosť to znamená imperatív systematického mentoringu a formácie nových lídrov . Staršia generácia má za úlohu vyzbrojiť mladých na boj viery, zatiaľ čo mladí (ako Timotej) majú preukázať pokrok a dôslednosť vo svojom správaní a učení (<i>bud' vzorom veriacim</i>).
II. Etika Správania v Cirkvi (1 Tim 4, 12; 5, 1-2: <i>"Nech nik tebou nepohŕda preto, že si mladý; Staršieho nekarhaj, ale ho napomínaj ako otca..."</i>)	Pavol používa rodinné termíny (otec, brat, matka, sestra) na definovanie, aká má byť etika vzťahov medzi rôznymi vekovými skupinami v spoločenstve. Toto slúži ako ochranná smernica: mladší majú k starším pristupovať s úctou a jemnosťou , ktorá je primeraná rodinným väzbám, aj v prípade nesúhlasu (nekarhať, ale napomínať).	Prikázanie vedie k kultúre úctivého dialógu v spoločenstve . Mladí majú uznať autoritu a skúsenosť , kým starší majú slúžiť ako vzory a mentori . Úcta tu potláča generačnú pýchu a vedie k čistej a rodinnej atmosfére (vo všetkej čistote), ktorá je nevyhnutná pre ekleziálnu súdržnosť .

Zdroj: Vlastný

Diskusia

1. Prikázanie „Cti svojho otca a svoju matku“ (Ex 20,12)

Piate prikázanie, ktoré znie „Cti svojho otca a svoju matku, aby si dlho žil na zemi, ktorú ti dáva Pán, tvoj Boh“ (Ex 20,12), predstavuje jeden z najvýznamnejších hermeneutických bodov biblickej etiky. V rámci Desatora tvorí prechod medzi povinnosťami človeka voči Bohu a voči blížnemu, čím vyjadruje jednotu vertikálneho (teocentrického) a horizontálneho (antropologického) rozmeru ľudskej existencie (Kašný, 2021). Úcta k rodičom sa preto v biblickom chápaní netýka len sociálnej štruktúry rodiny, ale nadobúda teologický charakter – stáva sa odpoveďou na Božie stvoriteľské dielo, v ktorom človek prijíma život ako dar prostredníctvom svojich rodičov.

Tento imperatív je priamo spojený s **teologickým prísľubom** (*aby sa ti dobre viedlo a aby si dlho žil na zemi*). Zabezpečuje **funkčnú reciprocitu** – deti, ktoré preukazujú úctu a starostlivosť, legitímne očakávajú rovnaké zaobchádzanie od svojich potomkov, čím sa posilňuje sociálna stabilita rodiny a komunity. Navyše, úcta k

rodičom je priamym vyjadrením nášho vzťahu k **Nebeskému Otcovi** a slúži ako cvičisko pre rešpektovanie autority vo všeobecnosti. Biblický princíp to rozširuje aj na všeobecnú úctu k starším: „*Pred šedivou hlavou vstaň, cti si staršiu osobu a boj sa svojho Boha!*“ (Lv 19, 32), čím sa rešpekt voči veku stáva teologicky motivovaným činom.

2. Imperatív rodičov – výchova detí a odovzdávanie Božej múdrosti

V biblickom kontexte je rodičovstvo chápané ako povolanie zverené Bohom. Rodičia nie sú len biologickými darcami života, ale aj prvými vychovávateľmi, ktorí majú odovzdávať Božiu múdrosť, vieru a morálne hodnoty. Deuteronomium (Dt 6,6–7) formuluje tento pedagogicko-teologický imperatív slovami: „Vštepuj ich svojim synom a rozprávaj o nich, keď budeš sedieť vo svojom dome i keď pôjdeš cestou, keď si ľahneš i keď vstaneš.“ Výchova je tu chápaná ako každodenný proces, ktorý presahuje intelektuálne poučovanie a zasahuje do celého života.

Jadrom odovzdávanej múdrosti je **Bázeň pred Pánom a totálna láska** k Bohu (Dt 6, 4-5). Bázeň pred Pánom nie je strach, ale hlboká úcta a prijatie autority, ktoré Kniha Prísloví označuje za *základ poznania* (Prís 1, 7). Metóda odovzdávania je **intencionálna a konzistentná pedagogika**: múdrosť musí byť najprv v srdci rodiča (*nech sú v tvojom srdci*) a potom demonštrovaná a vyučovaná nepretržite – „*či budeš sedieť vo svojom dome, či budeš na ceste, či budeš ležať alebo stáť*“. Tento prístup plní **ochrannú funkciu**, ktorá deťom poskytuje morálny kompas a zvyšuje ich rezistenciu voči zvädzaniu hriešnikov (Prís 1, 8-10). Výchova má prebiehať prostredníctvom disciplíny a napomínania, no vždy s láskavou ohľaduplnosťou, čo Pavol ilustruje príkladom otca a matky, ktorí chovajú svoje deti (Kašný, 2021).

3. Príklady medzigeneračných vzťahov v biblickej tradícii

Biblia ilustruje dynamiku týchto vzťahov prostredníctvom konkrétnych naratívov, ktoré slúžia ako vzory pre praktickú aplikáciu imperatívov:

- **Rút a Noemi:** Príbeh Rút (Rút 1, 6 – 18) predstavuje príklad **Hesed** (nezlomnej lásky a lojality), ktorá je dobrovoľne prejavovaná naprieč generačnými, etnickými a sociálnymi hranicami. Rútin sľub („*kde pôjdeš ty, pôjdem i ja... tvoj Boh bude mojím Bohom*“) je aktívnym prijatím zodpovednosti a obetavou solidaritou voči staršej a zraniteľnej Noemi. Ako zdôrazňuje Odo (2021), tento vzťah je výzvou pre súčasnú dobu, aby sme prejavovali lásku a starostlivosť k osamelým a starým, čím sa medzigeneračné väzby posilňujú.
- Ďalším významným príkladom je vzťah medzi prorokmi Eliášom a Elizeom (2 Kr 2,9–15), ktorý ukazuje duchovnú kontinuitu v prenose múdrosti a charizmy. Elizeus nežiada po svojom učiteľovi majetok, ale „dvojnásobný podiel jeho ducha“ – symbol duchovného dedičstva. Tento model možno chápať ako metaforu pre prenos skúsenosti a povolania medzi generáciami duchovných vodcov.
- **Pavol a Timotej:** Ich vzťah predstavuje vzor **duchovného otcovstva a mentorstva** (1 Tím 1, 18-19). Pavol, ako starší líder, odovzdáva Timotejovi nielen učenie a teológiu, ale aj osobnú autoritu a dar. Tento príklad demonštruje

imperatív systematickej formácie mladých lídrov v Cirkvi. Zároveň Pavol ustanovuje etické normy správania, ktoré mladšiu generáciu (Timotej) nabádajú k úcte a jemnosti voči starším (Staršieho nekarhaj, ale ho napomínaj ako otca; *1 Tim 5, 1-2*). To vytvára v spoločenstve **rodinnú štruktúru**, kde autorita starších slúži ako zdroj zdravého učenia a vzorovej čistoty (*1 Tim 4, 12*).

Tieto príklady ukazujú, že medzigeneračné vzťahy sú v biblickom ponímaní nositeľmi kontinuity Božieho plánu. Z teologického hľadiska ide o spoločenstvo, ktoré sa utvára prostredníctvom lásky a vernosti, nie prostredníctvom moci. Ako píše pápež František v *Amoris Laetitia* (2016, čl. 192–198), „každá generácia potrebuje mať most k tým, ktorí boli pred ňou“, pretože len tak môže „vidieť ďalej“. Medzigeneračné väzby sú teda nielen sociálnym fenoménom, ale aj duchovným povoláním.

Odporúčania pre prax

Na základe hermeneutickej analýzy biblických textov a teologickej reflexie možno formulovať viacero odporúčaní pre prax v oblasti rodinnej pastorácie, sociálnej práce a náboženskej výchovy, ktoré reflektujú princípy úcty, múdrosti a solidarity medzi generáciami.

Podpora medzigeneračnej komunikácie a solidarity

Na biblickom princípe úcty a reciprocity („cti svojho otca a svoju matku“) možno budovať kultúru vzájomného rešpektu, kde starší nie sú vnímaní ako pasívni príjemcovia pomoci, ale ako nositelia múdrosti a skúseností (porov. Ex 20,12; Sir 3,1–16).

Zvýraznenie rodičovského imperatívu vo výchove

Rodičia majú byť nielen poskytovateľmi materiálneho zabezpečenia, ale aj duchovnými sprievodcami svojich detí. V zmysle Deuteronomia (Dt 6,1–9) by výchova mala byť procesom každodenného odovzdávania Božej múdrosti, nie izolovanou formou náboženskej inštrukcie.

Katechetická formácia rodičov

Cirkevné spoločenstvá by mali systematicky pripravovať rodičov na ich výchovné poslanie prostredníctvom kurzov, duchovných obnov a katechéz zameraných na aplikáciu biblických hodnôt v rodinnom živote. Ako uvádza *Amoris laetitia* (František, 2016, čl. 287), rodičia sú „prvými katechétmi“ svojich detí a ich svedectvo viery má nenahraditeľný formujúci účinok.

Integrácia biblických hodnôt do sociálnej práce s rodinou

Sociálni pracovníci a pedagógovia by mali reflektovať biblické a etické princípy ako zdroj motivácie a morálnej orientácie v práci s rodinami. Model vzájomnej úcty, empatie a zodpovednosti možno využiť v programoch rodinnej mediácie, prevencie generačných konfliktov a v starostlivosti o závislých členov rodiny (Matoušek, 2021).

Záver

Medzigeneračné vzťahy v biblickom kontexte nie sú len sociálnym odporúčaním, ale **zmluvnou dynamikou** definovanou vzájomnými povinnosťami a ukotvenou v teológii. **Rodičia** majú primárny mandát na integráciu *Božej múdrosti* do každodenného života detí, čím ich chránia a formujú ich morálny kompas.

Potomkovia sú zaviazaní k **celoživotnej úcte a starostlivosti** (*tima*), čo je testom ich vzťahu k Nebeskému Otcovi.

Ako zdôrazňuje Ugwu (2004), rodina je primárnym činiteľom socializácie, a preto je obnova biblických imperatívov v súčasnej dobe kľúčová. Kríza medzigeneračných vzťahov – ignorovanie výchovy a zanedbávanie seniorov – predstavuje nielen etické zlyhanie, ale ohrozuje aj sociálnu súdržnosť, ktorej príslub prosperity a dlhého života je priamo spojený s dodržiavaním týchto zásad. Uctievanie našich rodičov a aktívne odovzdávanie viery je tak hmatateľným **prejavom Kristovej lásky** v našich životoch a základom pre zdravú budúcnosť spoločnosti.

BIBLIOGRAFIA

Bible Verses About Respecting Elders, 2025 [online]. 2024, [cit. 2025-10-27]. Dostupné z <https://thebibleteachesthis.com/bible-verses-about-respecting-elders/>

BUCHER, M. 2024. What Does the Bible Really Mean by 'Honor Your Father and Mother'? In: Christianity, [online]. 2024.[cit. 2025-10-09]. Dostupné na internete: <https://www.christianity.com/wiki/bible/what-does-the-bible-really-mean-by-honor-your-father-and-mother.html>

FRANTIŠEK, 2016. Amoris laetitia, Posynodálna apoštolská exhortácia svätého otca Františka biskupom, kňazom a diakonom, zasväteným osobám, kresťanským manželom avšetkým veriacim laikom o láske v rodine, 19. marec 2016. [online]. [citované 2025 – 10 -05]. Dostupné na internete: <https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/apostolska-exhortacia-amoris-laetitia>

KAŠNÝ J., 2021. Otvorenosť pro rodinu: Novozákonní východiska rodinného práva, In: Studia theologica 23, č. 2, léto 2021: studie, DOI:10.5507/sth.2021.002

MATOUŠEK, O. (ed.). 2021, Profesní způsobilost a vzdělávání v sociální práci, e-kniha, 1 vydání, 2021, 200 s., ISBN: 978-80-246-4905-4
Sväté Písmo Jeruzalemská Biblia, (2013). Dobrá kniha Trnava 2013, 2554 s. ISBN978-807141-797-1.

MLYNARČÍK, P., PRÍVOZNÍK, J.: Filozofia jazyka a Filozofická hermeneutika. Pre štúdium humanitných a spoločenských vied. Žilina PM pre ITA 2025. 43 s., ISBN 978-80-570-7320-8.

Okwueze, M.I., 2004, 'Exorcism and healing in Igbo traditional religion: Old Testament and Pentecostalism', in M.I. Okwueze (ed.), Religion and Societal Development, pp. 9–27, Merit International Publications, Lagos.
(PDF) *Exploring Ruth 1:16–18 in the context of mother and daughter-in-law relationships in Igboland*. [online]. 2024.[cit. 2025-10-09]. Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/publication/353123071_Exploring_Ruth_116-18_in_the_context_of_mother_and_daughter-in-law_relationships_in_Igboland

Odo, D.O., 2021, 'Exploring Ruth 1:16–18 in the context of mother and daughter-in-law relationships in Igboland', Verbum et Ecclesia 42(1), a2213. <https://doi.org/10.4102/ve.v42i1.2213>

(PDF) Exploring Ruth 1:16–18 in the context of mother and daughter-in-law relationships in Igboland. [online]. 2024.[cit. 2025-10-09]. Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/publication/353123071_Exploring_Ruth_116-18_in_the_context_of_mother_and_daughter-in-law_relationships_in_Igboland

Ugwu, C.O., 2004, 'Salient Igbo moral values as the fulcrum of societal development', in M.I. Okwueze (ed.), *Religion and societal development*, pp. 287–296, MeritInternational Publications, Lagos

(PDF) Exploring Ruth 1:16–18 in the context of mother and daughter-in-law relationships in Igboland. [online]. 2024.[cit. 2025-10-09]. Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/publication/353123071_Exploring_Ruth_116-18_in_the_context_of_mother_and_daughter-in-law_relationships_in_Igboland

Kontakt na autorov:

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

vansac@vssvalzbety.sk

Prof. MUDr. Mária Belovičová, PhD.

mriab9@gmail.com

SENIORI V RÓMSKEJ KOMUNITE

SENIORS IN THE ROMA COMMUNITY

Zábavová Silvia¹, Bárta Richard²

^{1,2}Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Ústav blahoslaveného Zefirína G. Mallu Košice

Abstrakt

Teoretické východiská: Proces starnutia patrí medzi najvýraznejšie spoločenské javy súčasnosti a v prostredí rómskych komunít nadobúda špecifické sociálne a kultúrne rozmery. Rómski seniori požívajú v tradičnej rómskej komunite a rodine veľkú úctu (paťiv). V rómskom etniku si starostlivosť o seniorov väčšinou zabezpečujú rodiny sami a veľmi málo je využívaná starostlivosť v pobytových sociálnych inštitúciách.

Cieľ: Cieľom výskumu bolo zistiť postoje rómskych seniorov k formám starostlivosti, najmä ich preferenciu medzi domácou a inštitucionálnou starostlivosťou. Výskum sa zameriaval hlavne na súvislosť medzi mierou domácej pomoci a postojom k inštitucionálnej forme, ochotou prijať cudziu pomoc a informovanosťou o možnosti inštitucionálnej starostlivosti.

Metódy: Predložená štúdia kombinuje kvantitatívne a kvalitatívne metódy výskumu, ktorý prebiehal u 181 rómskych seniorov v rómskej komunite v obci Jarovnice prostredníctvom dotazníka a pološtruktúrovaného rozhovoru. V kvantitatívnej časti boli analyzované vzťahy medzi mierou domácej pomoci, postojom k umiestneniu do domova sociálnych služieb, ochotou prijať cudziu pomoc a informovanosťou o možnostiach sociálnych služieb. Na štatistické spracovanie dát bol použitý Pearsonov chí-kvadrát, test nezávislosti (χ^2), doplnený o Cramerovo V a Fisherov exaktný test. Otvorené otázky boli spracované pomocou tematickej (kategóriovej) analýzy, ktorá umožnila zachytiť kultúrne a hodnotové motívy v postojoch respondentov.

Výsledky: Získané výsledky potvrdzujú, že väčšina rómskych seniorov preferuje domácu starostlivosť zabezpečovanú rodinou a odmieta umiestnenie do zariadenia sociálnych služieb. Štatistická analýza nepreukázala významnú závislosť medzi mierou domácej pomoci a ochotou umiestniť sa do domova sociálnych služieb ($\chi^2 = 5,86$; $p = 0,44$). Kultúrne a hodnotové faktory tak zohrávajú výraznejšiu úlohu než praktická potreba pomoci.

Záver: Postup porovnávania štatistických zistení bez významnej súvislosti s obsahom výpovedí respondentov, ktoré potvrdili význam kultúrnych hodnôt, umožnil získať komplexný pohľad na skúmaný jav. Zistil tak nielen to, či existuje medzi premennými vzťah, ale popísal aj to „prečo“ rómski seniori rozmyšľajú tak, ako rozmyšľajú. Výsledky výskumu poukazujú na potrebu rozvíjať komunitné formy starostlivosti, ktoré rešpektujú kultúrne špecifiká rómskej komunity, napríklad prostredníctvom pracovníkov dlhodobej starostlivosti alebo asistentov osvedčenia zdravia.

Kľúčové slová: Rómski seniori. Starostlivosť o seniorov. Rodinná starostlivosť. domov sociálnych služieb. Komunita. Dlhodobá starostlivosť.

Abstract

Theoretical background: The aging process is one of the most significant social phenomena of our time, and in Roma communities it takes on specific social and cultural dimensions. Roma seniors are held in high esteem (paťiv) in traditional Roma communities and families. In the Roma ethnic group, care for seniors is usually provided by families themselves, and care in residential social institutions is rarely used.

Aim: The aim of the research was to determine the attitudes of Roma seniors towards forms of care, in particular their preference between home and institutional care. The research focused mainly on the relationship between the level of home help and attitudes towards institutional care, willingness to accept outside help, and awareness of the possibility of institutional care.

Methods: The presented study combines quantitative and qualitative research methods, which were conducted among 181 Roma seniors in the Roma community in the village of Jarovnice using a questionnaire and semi-structured interviews. The quantitative part analyzed the relationships between the level of domestic help, attitudes toward placement in a social services home, willingness to accept outside help, and awareness of social services options. Pearson's chi-square test of independence (χ^2) was used for statistical data processing, supplemented by Cramer's V and Fisher's exact test. Open-ended questions were processed using thematic (categorical) analysis, which made it possible to capture cultural and value motives in the respondents' attitudes.

Results: The results confirm that most Roma seniors prefer home care provided by their families and reject placement in social service facilities. Statistical analysis did not show a significant correlation between the level of home care and willingness to be placed in a social service facility ($\chi^2 = 5.86$; $p = 0.44$). Cultural and value factors thus play a more significant role than the practical need for assistance.

Conclusion: The procedure of comparing statistical findings without significant connection to the content of respondents' statements, which confirmed the importance of cultural values, provided a comprehensive view of the phenomenon under study. It not only determined whether there is a relationship between the variables, but also described "why" Roma seniors think the way they do. The research results point to the need to develop community-based forms of care that respect the cultural specificities of the Roma community, for example through long-term care workers or health education assistants.

Keywords: Roma seniors. Care for seniors. Family care. Social services home. Community. Long-term care.

Úvod

Starnutie populácie patrí k hlavným demografickým výzvam Slovenska. Spoločnosť čelí nielen zvyšujúcemu sa podielu seniorov, ale aj meniacim sa modelom starostlivosti o starších ľudí (Bujdová, Bujda, Razzouková 2013). V prostredí rómskych komunít je táto problematika umocnená sociálnou zraniteľnosťou, nižšou priemernou dĺžkou života a obmedzenou dostupnosťou sociálnych a zdravotných služieb (Balogová 2014), alebo ak je aj služba všeobecne dostupná, rómski seniori ju často nedostatočne využívajú (Bartošovič, Zubáková, Mikus 2021). Rómske rodiny majú okrem toho tradične silné medzigeneračné väzby a starostlivosť o starších členov rodiny je považovaná za morálnu povinnosť. Tento model starostlivosti naráža aj na nové spoločenské podmienky – chudobu, migráciu a zmeny v štruktúre rodín. No napriek tomu, že rómski seniori patria medzi najohrozenejšie skupiny v oblasti zdravia a sociálnej starostlivosti, formálne inštitucionálna forma pomoci je medzi nimi minimálne využívaná. Výskum orientovaný na postoje rómskych seniorov k formám starostlivosti preto umožňuje lepšie pochopiť hodnotové orientácie a reálne potreby tejto skupiny. Zároveň poskytuje cenné informácie pre prax sociálnych pracovníkov, samosprávy a tvorcov sociálnej politiky.

Súčasný stav skúmanej problematiky

Z celkového počtu obyvateľov Slovenska tvorí rómska populácia 8 %, čo je približne 450 000 slovenských Rómov. Väčšina z nich žije, v rovnako, ako inde v strednej a východnej Európe, v porovnaní s bežnou populáciou, v podmienkach, v ktorých je ich zdravotný a socioekonomický stav trvalo horší (Cook, Wayne, Valentine, Lessios, Yeh 2013). Hlavne sa táto situácia týka fyzicky segregovaných komunít, v ktorých žije približne 40% zo všetkých Rómov Slovenska (Filadelfiova, Gerbery 2012). Rómska minorita je oproti majorite charakterizovaná aj vyššou pôrodnosťou a vyššou úmrtnosťou. V rámci Európskej únie sa nádej na dožitie pri narodení u rómskych mužov odhaduje o 10,4 roka a u rómskych žien o 10,2 roka kratšie ako u ostatnej populácie (Bartošovič, Zubáková, Mikus 2021). Európske dáta z posledných rokov potvrdzujú pretrvávajúce nerovnosti v bývaní, zdraví a v prístupe k službám, pričom u mnohých Rómov sa problémy kumulujú naprieč celým ich životom až do staroby. Najkomplexnejšie porovnateľné zistenia prináša výskum FRA Roma Survey 2021, ktorý bol vykonaný v 10 európskych krajinách na vzorke 8 400 respondentov. Správa z tohto výskumu slúži ako východiskový súbor dát pre EÚ rámec rómskej rovnosti, inklúzie a participácie v r. 2020-2030. V tomto výskume bolo zistených, že až približne 80% Rómov žije v skúmaných krajinách v riziku chudoby (príjem dosahuje pod 60% národného mediánu). A aj keď sa podiel Rómov žijúcich v nevyhovujúcom bývaní znížil zo 61% v roku 2016 na 52% v roku 2021, stále zostáva nevyhovujúci. Štúdia skúmala aj životnú dĺžku u Rómov. Rómski muži podľa tohto výskumu žijú v priemere o 9 rokov a ženy až o 11 rokov menej ako všeobecná populácia v skúmaných krajinách (FRA 2022).

Prehľad relevantnej literatúry ukazuje, že na jednej strane je chronologický vek dôležitý v rámci sociálneho postavenia starého muža alebo ženy v rómskej spoločnosti, ale oveľa dôležitejší je samotný jednotlivец a jeho sociálna situácia. Iba dosiahnutím

vysokého veku nemôže žiadny Róm dosiahnuť dôležité postavenie vo svojej spoločnosti (Schmitz-Scherzer, Tokarski 1986). Často uvádzaná strata funkcií starších vo vysoko industrializovaných západných kultúrach a oddelenie od rodiny nemožno pozorovať v rómskej kultúre v rovnakom rozsahu. Viaceré výskumy medzi Rómami ako autonómnou kultúrnou skupinou ukázali, že starší Rómovia častejšie ako v západných kultúrach žijú v jednej domácnosti so svojimi dospelými deťmi a preberajú množstvo funkcií a úloh v rodine a klane, ktoré sa s pribúdajúcim vekom čiastočne stávajú dôležitejšími. Rastúca inklúzia Rómov do spoločnosti môže so sebou prinášať aj zmenu situácie a významu starších Rómov. Hundsals už v roku 1979 vo svojom výskume 64 nemeckých rómskych rodín zistil, že trojgeneračná domácnosť sa u nich jasne zmenila. Dospelé deti už vtedy nežili všetky spolu v jednej domácnosti, ale napriek tomu sa všetky snažili žiť svojim rodičom čo najbližšie. Viac ako polovica opýtaných žila v priamom susedstve svojich rodičov a súrodencov. Napriek inklúzii majú starší Rómovia v rómskej komunite vždy veľký význam a to hlavne pri zachovaní a sprostredkovaní rómskych tradícií. Môžeme teda konštatovať, že napriek niektorým vonkajším zmenám a inklúzii Rómov do spoločnosti, nedochádza v rómskych komunitách k lokálnej ani sociálnej izolácii starších Rómov (Hundsals 1979). Aj v súčasnosti je téma starostlivosti o seniorov dlhodobo predmetom odborných diskusií v oblasti sociálnej práce, gerontológie a sociálnej politiky. Sociálna situácia seniorov v rómskych komunitách stojí na priesečníku starnutia, etnicity a sociálnej exklúzie. V slovenskom prostredí sa otázkami starnutia a starostlivosti zaoberajú Tokárová (2007), Balogová (2020) a ďalší. Ich výskumy poukazujú na rastúci tlak na rodiny a nedostatok dostupných služieb v menších obciach. Zahraničné štúdie potvrdzujú, že väčšina seniorov v rôznych kultúrnych prostrediach preferuje zotrvanie vo vlastnom domácom prostredí („aging in place“) pred pobytom v inštitúcii (de WEI, Y. at al. 2021; Cross-National Perspectives on Aging and Place 2023; PubMed 2020; PubMed 2020; BMC Geriatrics 2022; European Journal of Ageing 2025). Rozhodovanie o forme starostlivosti pritom ovplyvňujú faktory ako dostupnosť rodinnej pomoci, zdravotný stav, ekonomické možnosti, ale aj kultúrne a hodnotové postoje (de Cross-National Perspectives on Aging and Place 2023; PubMed 2020). V prostredí rómskych komunit je výskum tejto problematiky na Slovensku stále nedostatočný. Publikácie Vašečku (2002), Radičovej (2001) a Podolinskej a Hrustiča (2015) analyzujú širšie sociálne súvislosti marginalizovaných skupín, no špecificky starostlivosti o seniorov sa venujú len okrajovo alebo vôbec. Preto je dôležité doplniť tieto poznatky empirickým výskumom zameraným priamo na rómskych seniorov a ich rodinné prostredie.

Pojmový rámec výskumného problému

V teórii sociálnej práce sa pojem *senior* spravidla vzťahuje na osobu vo veku 60 rokov a viac. Starnutie je pritom chápané ako prirodzený, celoživotný proces postupného úbytku telesných a duševných funkcií, ktorý má aj významné sociálne dimenzie. Starostlivosť o seniora možno chápať ako súhrn činností, ktoré zabezpečujú uspokojovanie jeho biologických, psychologických a sociálnych potrieb. Rozlišuje sa neformálna – rodinná a komunitná – a formálna, teda profesionálne organizovaná starostlivosť. Z pohľadu sociálnej práce má obdobie staroby osobitné špecifiká –

seniori sa často stretávajú so stratou spoločenského statusu a so zmenou rolí, či so závislosťou na pomoci iných (Balogová, 2020). WHO 2020 venuje v súlade s koncepciou aktívneho a dôstojného starnutia čoraz viac pozornosti tomu, ako môžu seniori prežívať starobu v prostredí, ktoré im poskytuje pocit istoty, zmyslu a sociálnej integrácie. Dôraz pritom kladie na priateľské prostredie, integrovanú a dlhodobú starostlivosť. Vansač (2024) ešte dodáva, že pre spokojnosť seniora so životom je dôležitý aj aspekt spirituality. Tieto rámce sú uplatniteľné aj v marginalizovaných komunitách (WHO 2015). Rodina je v tomto kontexte stále hlavným pilierom starostlivosti o seniorov, a to najmä v kultúrach, kde sú medzigeneračné väzby silné (Balogová, 2015). V rómskych komunitách rodina predstavuje nielen základnú sociálnu jednotku, ale aj nositeľa hodnôt, tradícií a identity. Starší členovia komunity sú často vnímaní ako autority, ktorých úlohou je odovzdávať skúsenosti a hodnoty mladším generáciám (Vašečka 2002). Rozhodovanie seniorov o forme starostlivosti ovplyvňujú najmä kultúrne a hodnotové faktory.

Domovy sociálnych služieb (DSS) predstavujú pobytovú formu starostlivosti hlavne pre tých, ktorí sú na pomoci iných závislí. Podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách poskytujú komplexnú pomoc osobám, ktoré stratili schopnosť samostatne zvládať základné životné úkony. Pre rómske komunity je však DSS často symbolom vzdialenosti od rodiny a narušenia tradičných väzieb. V systéme starostlivosti o odkázané osoby na Slovensku existujú ešte aj formy pomoci, ktoré sa líšia podľa miery odbornej intervencie a zapojenia rodiny. Kľúčovú úlohu doteraz zohrával opatrovateľ, ktorého činnosť je upravená zákonom č. 448/2008 Z. z. Významnú súčasť systému však predstavujú aj neformálni opatrovatelia – najčastejšie rodinní príslušníci, ktorí poskytujú starostlivosť na základe zákona č. 447/2008 Z. z. V pripravovanej reforme (LP/2025/519) sa predpokladá vznik novej profesie - pracovník dlhodobej starostlivosti, ktorá má spájať sociálne a zdravotné aspekty pomoci a poskytovať komplexnú starostlivosť v domácom prostredí. Tento model reaguje na potrebu posilniť terénne a komunitné formy pomoci a odbremeniť rodiny od výlučnej zodpovednosti za starostlivosť o seniorov. Projekt Zdravé regióny predstavuje iniciatívu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorá bola zriadená s cieľom zlepšiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti a zdravotnej osvedy v marginalizovaných rómskych komunitách. Kľúčovou súčasťou projektu sú asistenti osvedy zdravia (AOZ) – pracovníci pochádzajúci priamo z rómskych komunít, ktorí sú vyškolení na realizáciu zdravotno-vzdelávacích aktivít, prevenciu chorôb a podporu zdravého životného štýlu. Ich činnosť je zameraná nielen na deti a matky, ale čoraz viac aj na seniorov, ktorí často žijú v prostredí so zhoršenými hygienickými a zdravotnými podmienkami. Asistenti osvedy zdravia svojou činnosťou prirodzene dopĺňajú prácu terénnych sociálnych pracovníkov, opatrovateľov a iných odborníkov v oblasti sociálnej starostlivosti (Belák 2020). Tieto formy môžu byť vhodné aj pre rómske komunity, keďže zohľadňujú kultúrne špecifiká a posilňujú dôveru medzi komunitou a inštitúciami.

Cieľ výskumu

Na základe teoretických východísk a stanoveného predmetu výskumu bol definovaný hlavný cieľ práce a z neho odvodené špecifické ciele, hypotézy a výskumné otázky. Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť postoje a názory rómskych seniorov k formám starostlivosti o starších ľudí, so zameraním na rodinnú, komunitnú a inštitucionálnu starostlivosť (DSS, opatrovateľská služba). Zámerom bolo zároveň pochopiť, aké faktory ovplyvňujú rozhodovanie o využívaní sociálnych služieb a aké sú bariéry prijatia pomoci mimo rodiny.

Špecifické ciele:

1. Preskúmať, či miera domácej pomoci od rodiny ovplyvňuje záujem rómskych seniorov o umiestnenie do domova sociálnych služieb.
2. Zistiť, ako informovanosť rómskych seniorov o DSS súvisí s ich postojom k využívaniu týchto služieb.
3. Zistiť, či miera domácej pomoci ovplyvňuje ochotu rómskych seniorov prijať inú službu, napr. domácu opatrovateľskú službu.
4. Identifikovať, aké sú najčastejšie dôvody odmietania pobytu v DSS.
5. Zhodnotiť úroveň informovanosti rómskych seniorov o možnostiach sociálnych služieb.
6. Zistiť dôvody, pre ktoré by rómski seniori nechceli ísť do DSS.
7. Preskúmať, ako rómski seniori vnímajú pobyt staršieho človeka v domove sociálnych služieb.

Výskumné otázky:

VO1: Má miera rodinnej pomoci vplyv na záujem seniorov o DSS?

VO2: Ako seniori vnímajú možnosť prijatia cudzej pomoci v domácom prostredí?

VO3: Ako seniori vnímajú DSS? Prijímajú ho alebo odmietajú?

VO4: Aký typ podpory by podľa seniorov mohol zvýšiť využívanie DSS v rómskej komunite?

VO5: Aký vplyv na postoj k DSS by malo prispôsobenie sa DSS rómskemu kultúrnemu prostrediu?

VO6: Aká je informovanosť rómskych seniorov o možnostiach domovov sociálnych služieb a majú záujem získať o nich viac informácií?

Hypotézy:

H1: Medzi mierou domácej pomoci, ktorú rómski seniori dostávajú od rodiny a ich záujmom o umiestnenie do DSS existuje štatisticky významná súvislosť.

HO1: Medzi mierou domácej pomoci, ktorú rómski seniori dostávajú od rodiny a ich záujmom o umiestnenie do DSS neexistuje štatisticky významná súvislosť.

H2: Medzi mierou domácej pomoci u seniorov a ich ochotou prijať cudziu opatrovateľskú pomoc existuje štatisticky významná súvislosť.

HO2: Medzi mierou domácej pomoci u seniorov a ich ochotou prijať cudziu opatrovateľskú pomoc neexistuje štatisticky významná súvislosť.

H3: Medzi informovanosťou seniorov o DSS a ich postojom k DSS existuje štatisticky významný rozdiel.

HO3: Medzi informovanosťou seniorov o DSS a ich postojom k DSS neexistuje štatisticky významný rozdiel.

Výskumné metódy

V rámci štúdie *Seniori v rómskej komunite* bol realizovaný kvantitatívno-kvalitatívny výskum, ktorého cieľom bolo zistiť postoje rómskych seniorov k rôznym formám starostlivosti – najmä k domácomu opatrovaniu, inštitucionálnej starostlivosti v domovoch sociálnych služieb (DSS) a k možnosti opatrovateľskej pomoci zo strany cudzích osôb alebo terénnych pracovníkov. Takto koncipovaná štruktúra výskumu umožňuje nielen štatisticky overiť možné súvislosti, ale aj hlbšie porozumieť kultúrnym a sociálnym faktorom, ktoré tieto súvislosti ovplyvňujú. Uplatnenie kombinácie hypotéz a výskumných otázok zároveň prispieva ku komplexnejšiemu a realistickejšiemu pohľadu na skúmaný jav a podporuje prepojenie kvantitatívnych výsledkov s kvalitatívnou interpretáciou. Takto formulovaný rámec výskumu vytvára pevný základ pre nasledujúcu časť práce, v ktorej je podrobne opísaný výskumný súbor, použité metódy a postup spracovania údajov. Na overenie stanovených hypotéz bol použitý Pearsonov chí-kvadrát test nezávislosti (Field 2018; De Veaux, Velleman & Bock 2021) (χ^2 test), ktorý je vhodný na zisťovanie vzťahov medzi kategorickými (nominálnymi) premennými. V rámci výskumu sa skúmali súvislosti medzi mierou domácej pomoci, ktorú rómski seniori dostávajú od rodiny, a ich postojom k rôznym formám starostlivosti (napr. k umiestneniu do domova sociálnych služieb alebo k prijatiu cudzej pomoci). Pearsonov test porovnáva pozorované a očakávané frekvencie v kontingenčnej tabuľke a umožňuje zistiť, či sa rozdiely medzi skupinami líšia viac, než by bolo možné pripísať náhode. Keďže všetky analyzované premenné boli nominálne a počet respondentov v jednotlivých kategóriách bol dostatočne veľký ($n = 181$), tento test predstavoval najvhodnejšiu metódu štatistického overenia hypotéz. Spearmanov korelačný koeficient, nebol vzhľadom na charakter údajov a rozsah výskumnej vzorky vhodný. Výsledky testov boli interpretované na hladine významnosti $\alpha = 0,05$. Ak je p-hodnota nižšia alebo rovná 0,05, zamietajú sa nulové hypotézy (H_0) a výsledok sa považuje za štatisticky významný. Ak je však p-hodnota vyššia než 0,05, nulová hypotéza sa nezamietajú a predpokladá sa, že medzi premennými neexistuje významná súvislosť. Jedna z hypotéz sa overovala Fisherovým exaktným testom, ktorý sa používa pri malých vzorkách alebo nerovnomerné rozložených odpovediach, ako v našom prípade, ak očakávané frekvencie v niektorej bunke kontingenčnej tabuľky klesli pod 5. Na doplnenie výsledkov Pearsonovho chí-kvadrát testu bola v analýze použitá aj hodnota Cramérovho V, ktorá vyjadruje silu a smer súvislosti medzi dvoma kategorizovanými premennými. Tento ukazovateľ nadväzuje na výsledok testu χ^2 a umožňuje lepšie interpretovať, do akej miery je vzťah medzi premennými prakticky významný, aj keď nemusí byť štatisticky významný.

Pri spracovaní údajov boli teda použité nasledujúce výskumné metódy:

Metóda dotazníka – ako hlavný nástroj kvantitatívneho zberu dát. Dotazník bol koncipovaný tak, aby zachytil postoje, hodnoty a sociálne správanie respondentov v oblasti starostlivosti o seniorov. Dotazník bol zostavený autormi práce na základe teoretických východísk a konzultácií s odborníkmi zo sociálnej práce a komunitnej praxe. Dotazník obsahoval uzavreté, polootvorené aj otvorené otázky, ktoré boli rozdelené do viacerých tematických oblastí (základné demografické údaje, forma pomoci, ktorú seniori dostávajú, názory na umiestnenie do domova sociálnych

služieb (DSS), informovanosť o možnostiach sociálnych služieb, postoje k domácej opatrovateľskej starostlivosti, hodnotenie DSS a skúsenosti s DSS).

Metóda obsahovej analýzy – použitá pri spracovaní odpovedí na otvorené otázky („iné“ dôvody odmietania DSS), kde sa identifikovali kľúčové hodnotové a kultúrne vzorce (rodina, tradícia, cudzie prostredie).

Metóda komparácie – porovnávanie výsledkov medzi mužmi a ženami a následné syntetizovanie údajov pre celý výskumný súbor.

Metóda indukcie a dedukcie – využitá pri interpretácii výsledkov a formulovaní záverov v kontexte sociálnej práce a kultúrnych špecifik rómskej populácie.

Kvantitatívna časť výskumu bola spracovaná prostredníctvom deskriptívnej a inferenčnej štatistiky. Dáta boli vyhodnotené v programoch Microsoft Excel a Gretl (Gnu Regression, Econometrics and Time-series Library), ktorý umožňuje výpočet základných testov nezávislosti pre kategorizované premenné. Deskriptívna štatistika bola využitá na sumarizáciu a vizualizáciu údajov (absolútne a relatívne frekvencie, percentuálne zastúpenia).

Zber dát prebiehal v teréne, v prostredí rómskej komunity, za aktívnej spolupráce pastoračných sociálnych pracovníkov, ktorí zabezpečovali preklad, sprostredkovanie kontaktu a asistenciu pri vyplňaní dotazníka. Výskum sa uskutočnil v období od októbra 2025 do novembra 2025. Respondenti boli oboznámení s cieľom výskumu a zapojenie do neho bolo dobrovoľné a anonymné. Pri spracovaní dát bol dodržaný princíp etickej neutrality, ochrany osobných údajov a rešpektovania kultúrnych špecifik respondentov. Všetky zistenia boli spracované výlučne pre potreby tejto štúdie a prezentované v súlade s akademickými zásadami výskumnej etiky. Spracovanie a vyhodnocovanie údajov prebiehalo v niekoľkých etapách. V prvej fáze boli všetky dotazníky skontrolované z hľadiska úplnosti a čitateľnosti odpovedí, následne boli jednotlivé odpovede kódované a zapísané do elektronickej databázy. Tento proces umožnil systematickú analýzu a porovnávanie odpovedí medzi jednotlivými kategóriami respondentov. Pri spracovaní kvantitatívnych údajov boli použité základné metódy deskriptívnej štatistiky, najmä výpočet absolútnych a relatívnych početností (frekvencií a percentuálneho zastúpenia). Výsledky boli prezentované prostredníctvom prehľadných tabuliek a grafov, ktoré slúžili na vizualizáciu zistení a na podporu interpretácie výsledkov.

Charakteristika výskumného súboru

Podľa údajov z obce Jarovnice žilo k 30.9.2025 v komunite spolu 398 seniorov nad 60 rokov, z toho 214 rómskeho pôvodu (103 mužov a 111 žien). Náš výskumný súbor nakoniec tvorilo 181 rómskych seniorov, z ktorých sa do výskumu aktívne zapojilo 86 mužov a 95 žien. Zber údajov bol realizovaný osobne v spolupráci s pastoračnými pracovníkmi. Tento prístup zabezpečil lepšie pochopenie otázok respondentmi a zvýšil mieru ich spolupráce. Počas zberu dát niektorí respondenti odmietli dotazník vyplniť, o niektorých sa zistilo, že sú už zosnulí, niektorí neboli v čase návštevy výskumníkov doma (boli na ošetrovaní, na návšteve) a niektorí sa odsťahovali. Čo síce mierne ovplyvnilo pôvodne plánovaný počet dotazníkov, avšak nemalo podstatný vplyv na celkovú výpovednú hodnotu výskumu. Rozdiel v počte mužov a

žien, ktorí sa zúčastnili výskumu ($N = 86$ a $N = 95$), bol relatívne malý a zodpovedal reálnemu pohlavnému rozloženiu rómskych seniorov v Jarovniciach. Z tohto dôvodu bolo možné uskutočniť porovnanie medzi pohlaviami, pričom cieľom nebolo dosiahnuť štatistickú reprezentatívnosť, ale odhaliť tendencie a rozdiely v postojoch rómskych mužov a žien k formám sociálnej starostlivosti. Porovnanie má teda orientačný a exploračný charakter – umožňuje identifikovať kultúrne a rodové špecifiká v postojoch k prijímaniu pomoci, k rodinnej a inštitucionálnej starostlivosti či k domácim opatrovateľským službám. Výsledky nemožno generalizovať na všetkých rómskych seniorov, avšak majú vysokú výpovednú hodnotu pre danú komunitu a prinášajú poznatky využiteľné pre prax sociálnej práce v rómskom prostredí. Výber bol teda účelový a exploratívny, nie reprezentatívny pre celú rómsku populáciu, čo je v súlade s kvalitatívno-kvantitatívnym charakterom výskumu.

Výsledky výskumu

Hypotéza H1 – téma: Vzťah medzi mierou domácej pomoci a záujmom o umiestnenie do DSS

V rámci prvej výskumnej hypotézy sa sledovala súvislosť medzi mierou domácej pomoci, ktorú rómski seniori dostávajú od rodiny, a ich záujmom o umiestnenie do domova sociálnych služieb (DSS). Cieľom bolo zistiť, či rozsah pomoci zo strany rodiny ovplyvňuje ochotu seniorov využiť inštitucionálnu formu starostlivosti. Analýza týchto údajov umožňuje posúdiť, či je záujem o DSS podmienený praktickou potrebou pomoci alebo skôr hodnotovými postojmi k rodinnej starostlivosti. Za účelom overenia tejto hypotézy bol použitý Pearsonov chí-kvadrát test nezávislosti, ktorý je vhodný na zisťovanie vzťahov medzi dvoma kategorizovanými (nominálnymi) premennými. Premennou „miera domácej pomoci“ boli rozlíšené štyri úrovne (má dostatok pomoci, niekedy potrebuje pomoc, pravidelne potrebuje pomoc, odkázaný na pomoc iných). Premenná „ochota umiestniť sa do domova sociálnych služieb“ obsahovala tri odpovede (áno, nie, neviem). Výsledky chí-kvadrát testu ukázali, že medzi mierou domácej pomoci, ktorú rómske seniorky dostávajú od rodiny, a ich záujmom o umiestnenie do DSS neexistuje štatisticky významná súvislosť ($p > 0,05$). Získané rozdiely medzi skupinami sú malé a môžu byť vysvetlené náhodnými odchýlkami v rámci vzorky. Prevažná väčšina žien (87,4 %) odmieta možnosť umiestnenia do DSS, bez ohľadu na to, či majú dostatok pomoci od rodiny, alebo niekedy potrebujú pomoc. Ženy, ktoré sú viac odkázané na pomoc iných, tiež túto možnosť odmietajú, čo naznačuje, že rozhodnutie nie je podmienené praktickou potrebou, ale hodnotovým postojom. Na základe výsledkov testu ($\chi^2 = 4,91$; $df = 6$; $p = 0,55$) sa hypotéza H1 u žien štatisticky nepotvrdila. Ochota ísť do domova sociálnych služieb nie je významne ovplyvnená mierou pomoci, ktorú ženy dostávajú od rodiny. Rómske seniorky v Jarovniciach uprednostňujú starostlivosť v rámci rodiny a DSS vnímajú skôr ako symbol oslabenia rodinných väzieb. Tento postoj odráža silnú kultúrnu normu rodinnej zodpovednosti a tradičný model starostlivosti o starších členov komunity. Kontingenčná tabuľka obsahovala aj odpovede 86 mužov – seniorov, z ktorých 73 uviedlo, že majú dostatok pomoci od rodiny, 7 niekedy potrebujú pomoc, 3 pravidelne potrebujú pomoc a 3 sú odkázaní na pomoc iných. Záujem o umiestnenie do domova

sociálnych služieb prejavil 1 respondent, 76 mužov by do DSS nechcelo ísť a 9 mužov odpovedalo, že nevedia. Na základe vykonaného testu boli získané nasledujúce výsledky: $\chi^2 = 3,47$; $df = 6$; $p = 0,748$; Cramerovo $V = 0,14$. Keďže vypočítaná p-hodnota ($p = 0,748$) je vyššia ako hladina významnosti $\alpha = 0,05$, nulová hypotéza o nezávislosti premenných sa aj u mužov nezamieta. To znamená, že medzi mierou domácej pomoci od rodiny a ochotou seniorov umiestniť sa do domova sociálnych služieb **nebola preukázaná štatisticky významná súvislosť**. Hodnota Cramerovho $V = 0,14$ zároveň poukazuje na **veľmi slabú mieru vzťahu** medzi premennými. Porovnanie výsledkov Hypotézy H_1 medzi mužmi a ženami ukázalo, že v oboch skupinách **nebola potvrdená štatisticky významná súvislosť** medzi mierou domácej pomoci a záujmom o umiestnenie do domova sociálnych služieb. Tak muži, ako aj ženy, vo väčšine prípadov odmietli možnosť umiestnenia do DSS, bez ohľadu na to, či dostávajú dostatok pomoci od rodiny alebo sú čiastočne odkázaní na pomoc iných. Tento výsledok potvrdzuje, že rozhodovanie rómskych seniorov o forme starostlivosti **nie je založené na praktickej potrebe pomoci**, ale na **hodnotovo-kultúrnych faktoroch**. Porovnanie medzi mužmi a ženami ukázalo veľmi podobný trend – v oboch skupinách sa hypotéza H_1 nepotvrdila a väčšina respondentov odmieta DSS bez ohľadu na mieru domácej pomoci. Ženy sa však predsa len vyznačujú mierne vyšším percentom neistých odpovedí („neviem“) – 11,6 % oproti 10,5 % u mužov, čo môže naznačovať väčšiu váhavosť alebo neistotu v rozhodovaní o tejto téme. Kým muži spájajú DSS najmä s osobnou stratou slobody alebo hrdosti, ženy vnímajú pobyt v DSS emocionálnejšie – ako znak, že sa o ne rodina nechce starať. Tento pohľad potvrdzuje aj kvalitatívna časť výskumu, v ktorej 53 žien uviedlo, že podľa nich „pobyt v DSS znamená, že rodina sa nechce o seniora starať“.

Zhrnutie

- Hypotéza H_1 sa nepotvrdila ani u mužov, ani u žien.
- V oboch prípadoch odmietanie DSS nesúvisí s praktickou potrebou pomoci, ale s hodnotovým systémom komunity.
- U žien sa však prejavuje silnejší emocionálny rozmer – DSS vnímajú ako porušenie rodinnej súdržnosti.
- Tento trend potvrdzuje, že v rómskej kultúre je starostlivosť o seniora predovšetkým rodinnou povinnosťou a otázkou úcty.

Skupina	Použitý test	Výsledky	Interpretácia
Muži (n = 86)	Pearsonov chí-kvadrát test nezávislosti	$\chi^2 = 5,21$; $p = 0,47$	Záujem o DSS nesúvisí s tým, koľko pomoci majú od rodiny. 1 muž (1,2 %) by išiel do DSS, 76 nie, 9 nevie.
Ženy (n = 95)	Pearsonov chí-kvadrát test nezávislosti	$\chi^2 = 5,92$; $p = 0,43$	Rovnako ako u mužov – 1 žena (1,1 %) by išla do DSS, 83 nie, 11 nevie. Miera domácej pomoci neovplyvňuje záujem o DSS.
Spolu (N = 181)	Pearsonov chí-kvadrát test nezávislosti	$\chi^2 = 5,86$; $p = 0,44$	Nulová hypotéza sa nezamieta . Postoj k DSS nesúvisí s mierou pomoci – rozhoduje kultúrna orientácia na rodinu.

Hypotéza H2 – téma: Vzťah medzi mierou domácej pomoci a ochotou prijať cudziu opatrovateľskú pomoc

Druhá výskumná hypotéza sa zameriava na zisťovanie, či existuje štatisticky významná súvislosť medzi mierou domácej pomoci a ochotou rómskych seniorov prijať domácu opatrovateľskú službu poskytovanú terénnym sociálnym pracovníkom alebo opatrovateľom. Cieľom bolo zistiť, či ochota prijať pomoc od inej osoby než člena rodiny súvisí s tým, ako často seniori potrebujú pomoc pri bežných činnostiach. Analýza umožňuje lepšie pochopiť postoj seniorov k formám starostlivosti mimo rodinného prostredia. Výsledky testovania hypotézy H2, ktorá predpokladala, že medzi mierou domácej pomoci, ktorú rómski muži seniori dostávajú od rodiny, a ich ochotou prijať domácu opatrovateľskú službu existuje štatisticky významná súvislosť, nepreukázali významný vzťah medzi sledovanými premennými. Na overenie bol použitý Pearsonov chí-kvadrát test nezávislosti, ktorého výsledky ($\chi^2 = 6,42$; $df = 9$; $p = 0,694$) nepotvrdili štatisticky významnú závislosť. Vypočítaná hodnota Cramerovho $V = 0,17$ zároveň poukazuje na veľmi slabú mieru vzťahu medzi premennými. Z údajov vyplýva, že väčšina mužov, bez ohľadu na mieru pomoci, ktorú od rodiny dostávajú, nechce prijímať opatrovateľskú službu zo strany cudzej osoby. Dokonca aj respondenti, ktorí pravidelne potrebujú pomoc alebo sú odkázaní na pomoc iných, prevažne uviedli, že cudziu pomoc odmietajú. Tieto zistenia naznačujú, že postoj rómskych seniorov k opatrovateľskej starostlivosti nie je ovplyvnený objektívnou potrebou pomoci, ale hodnotovo a kultúrne zakotvenou preferenciou rodinnej starostlivosti. Na základe výsledkov chí-kvadrát testu ($\chi^2 = 6,02$; $df = 9$; $p = 0,74$) sa hypotéza H2 štatisticky nepotvrdila ani u žien. Ochota žien prijať domácu opatrovateľskú službu nie je významne ovplyvnená mierou pomoci, ktorú dostávajú od rodiny. Väčšina rómskych senioriek odmieta cudziu pomoc bez ohľadu na vlastnú potrebu starostlivosti, čo naznačuje, že rozhodnutie vychádza z hodnotových a kultúrnych postojov, nie z praktickej potreby. Porovnanie výsledkov medzi mužmi a ženami ukázalo podobné tendencie. V oboch skupinách **nebola potvrdená štatisticky významná súvislosť medzi mierou domácej pomoci a ochotou prijať domácu opatrovateľskú službu**. Tak muži, ako aj ženy, prevažne odmietajú externú pomoc, hoci ženy vykazujú mierne vyššiu mieru odmietania (82 % vs. 76 %) a o niečo nižšiu ochotu „možno, podľa potreby“. Z hľadiska interpretácie to potvrdzuje, že odmietanie cudzej pomoci má spoločné kultúrne korene v preferencii rodinnej starostlivosti a silno súvisí so sociálnym očakávaním, že starostlivosť má poskytovať rodina.

Zhrnutie:

- Hypotéza H2 sa nepotvrdila ani u mužov, ani u žien.
- V oboch skupinách dominuje odmietanie cudzej pomoci.
- Postoje sú kultúrne podmienené, nie prakticky.
- Rodinná starostlivosť je pre Rómov (mužov aj ženy) centrálnou hodnotou v starobe.

Skupina	Použitý test	Výsledky	Interpretácia
Muži (n = 86)	Pearsonov chí-kvadrát test nezávislosti	$\chi^2 = 4,96$; p = 0,50	Väčšina mužov (73) cudziu pomoc odmieta; aj odkázaní ju neprijímajú. 1 áno určite, 10 možno, 73 nie.
Ženy (n = 95)	Pearsonov chí-kvadrát test nezávislosti	$\chi^2 = 5,74$; p = 0,46	Podobne – 3 ženy áno určite, 6 možno, 78 nie. Odmietanie cudzej pomoci je dominantné bez ohľadu na odkázanosť.
Spolu (N = 181)	Pearsonov chí-kvadrát test nezávislosti	$\chi^2 = 5,49$; p = 0,48	Nulová hypotéza sa nezamieta . Ochota prijať cudziu pomoc nesúvisí s mierou domácej pomoci – dominujú kultúrne postoje

Hypotéza H3 – téma: Vzťah medzi informovanosťou o DSS a postoji k jeho využívaniu

Pri testovaní hypotézy H3 bola u žien v jednej bunke kontingenčnej tabuľky zistená extrémne nízka frekvencia ($n = 1$). Z tohto dôvodu nebolo vhodné použiť Pearsonov chí-kvadrát test, ktorý predpokladá dostatočne veľké očakávané hodnoty (≥ 5). Na overenie súvislosti medzi informovanosťou a postojom k umiestneniu do DSS bol preto použitý Fisherov exaktný test, ktorý umožňuje presný výpočet pravdepodobnosti aj pri malých výberoch. Výsledok testu ($p = 1,00$) nepreukázal štatisticky významnú súvislosť medzi premennými. Vzhľadom na to, že u mužov žiadny neuviedol, že by niekedy dostal informácie o DSS, test potvrdil, že nie je možné štatisticky preukázať žiadny rozdiel medzi informovanými a neinformovanými. Všetci muži, bez ohľadu na informovanosť, DSS odmietajú. Z výsledkov vyplýva, že odmietanie domova sociálnych služieb u rómskych mužov nesúvisí s nedostatkom informácií, ale s hlboko zakoreneným postojom k rodinnej starostlivosti. $p = 1,00 > 0,05 \rightarrow$ nulová hypotéza sa **nezamieta**. Medzi informovanosťou o DSS a postojom žien k využitiu tejto služby tiež **neexistuje štatisticky významný rozdiel**. Aj jediná informovaná žena vyjadrila nezáujem o DSS, čo poukazuje na to, že vedomosť o službe **nemá vplyv na jej prijatie**. $p = 1,00 > 0,05 \rightarrow$ nulová hypotéza sa **nezamieta**. Výsledky potvrdzujú, že **neexistuje štatisticky významný rozdiel** medzi informovanosťou o DSS a postojom k jeho využívaniu. Zistenia naznačujú, že odmietanie inštitucionálnej starostlivosti **nie je dôsledkom nedostatku informácií**, ale je **kultúrne a hodnotovo podmienené**. Prevažná väčšina seniorov (99,5 %) nemala žiadne vedomosti o existencii alebo podmienkach DSS, no zároveň 88 % z nich vyjadrilo jednoznačný nezáujem o túto formu starostlivosti. Aj keby mali informácie, podľa ich výpovedí by sa rozhodnutie nezmenilo, pretože „rodina sa má o človeka postarať doma“. Hypotéza H3 testovala vzťah medzi informovanosťou o DSS a postojom k jeho využitiu. Vzhľadom na extrémne nízku informovanosť (len jedna informovaná osoba) sa nepotvrdila štatisticky významná súvislosť ($p = 1,00$). Nulová hypotéza sa **nezamieta**. Odmietanie DSS vyplýva z kultúrnej tradície rodinnej starostlivosti, nie z absencie poznatkov o možnostiach sociálnych služieb.

Zhrnutie:

Skupina	Použitý test	Výsledky	Interpretácia
Muži (n = 86)	Fisherov exaktný test (malé frekvencie)	p = 1,00	Žiadny informovaný respondent. Všetci muži (100 %) nemajú informácie o DSS a väčšina (88 %) ho odmieta.
Ženy (n = 95)	Fisherov exaktný test (malé frekvencie)	p = 1,00	1 informovaná žena (1,1 %); všetky ostatné bez informácií. 83 žien DSS odmieta.
Spolu (N = 181)	Fisherov exaktný test	p = 1,00	Nulová hypotéza sa nezamieta . Rozdiel medzi informovanými a neinformovanými nie je štatisticky významný. Postoje sú ovplyvnené hodnotami, nie informovanosťou.

Zhrnutie výsledkov všetkých hypotéz

Hypotéza	Test	p-hodnota	Výsledok	Interpretácia
H ₁	Pearsonov chí-kvadrát	0,44	Ho sa nezamieta	Záujem o DSS nesúvisí s mierou pomoci.
H ₂	Pearsonov chí-kvadrát	0,48	Ho sa nezamieta	Ochota prijať cudziu pomoc nesúvisí s mierou pomoci.
H ₃	Fisherov exaktný test	1,00	Ho sa nezamieta	Informovanosť nemá vplyv na odmietanie DSS.

Výskumné otázky

Dotazník obsahoval prevažne uzavreté otázky s možnosťou výberu odpovede, ktoré boli spracované kvantitatívne (frekvenčná a percentuálna analýza, chí-kvadrát test, Fisherov exaktný test). Niektoré otázky obsahovali aj otvorenú časť („iné – uveďte aké“) alebo doplnujúce slovné odpovede, ktoré umožnili kvalitatívnu interpretáciu motívov a postojov respondentov prostredníctvom tematickej analýzy obsahu. Z otvorených odpovedí vyplýva, že väčšina rómskych seniorov (44,2 %) vníma pobyt staršieho človeka v domove sociálnych služieb negatívne – ako dôkaz, že sa o neho rodina nechce starať. Len 11,6 % respondentov považuje DSS za miesto, kde je o seniora dobre postarané, a rovnako 44,2 % sa nad touto otázkou nikdy nezamýšľalo. Tento výsledok naznačuje, že domovy sociálnych služieb sú v rómskej komunite vnímané s odstupom a často aj s negatívnym morálnym významom. Prevažuje presvedčenie, že starostlivosť o seniora je morálnou povinnosťou rodiny, a jej prenesenie na inštitúciu môže byť chápané ako zlyhanie rodinnej solidarity. Takéto vnímanie DSS potvrdzuje aj výsledky predchádzajúcich hypotéz (H₁–H₃), ktoré ukázali odmietavý postoj k inštitucionálnej pomoci a silnú orientáciu na rodinu ako hlavného poskytovateľa starostlivosti. V rámci výskumu bola respondentom položená aj otázka, ako vnímajú, keď starší človek žije v domove sociálnych služieb. Výsledky ukázali, že 44,2 % mužov považuje takúto situáciu za prejav nezájmu rodiny o seniora, 44,2 % sa nad touto otázkou nikdy nezamýšľalo a len 11,6 % respondentov uviedlo, že v DSS je o seniora dobre postarané.

Výskumná otázka VO1: Má miera rodinnej pomoci vplyv na záujem seniorov o DSS?

Dáta ukázali, že väčšina rómskych seniorov má zabezpečenú dostatočnú podporu v rámci rodiny. Z celkového počtu 181 respondentov uviedlo 152 (84,0 %), že majú dostatok pomoci, 20 (11,0 %) odpovedalo, že pomoc potrebujú *niekedy*, 5 (2,8 %) ju potrebujú *pravidelne* a 4 (2,2 %) sú *odkázaní na pomoc iných*. Podobná tendencia sa prejavila u oboch pohlaví – u mužov 84,9 % a u žien 83,2 % deklarovalo dostatočnú rodinnú pomoc. Tieto údaje svedčia o tom, že v rómskych komunitách pretrváva silná neformálna sieť solidarity, ktorá do veľkej miery nahrádza formálne sociálne služby.

Výskumná otázka VO2: Ako seniori vnímajú možnosť prijatia cudzej pomoci v domácom prostredí?

Respondentov sme sa pýtali, zo strany koho by boli ochotní prijať pomoc domácej opatrovateľskej pomoci. Väčšina rómskych seniorov odmieta možnosť prijať pomoc od osoby mimo rodiny, a to dokonca aj vtedy, ak by išlo o pracovníka z ich komunity. Z celkového počtu 181 respondentov uviedlo až 151 seniorov (83,4%), že nechcú cudziu pomoc v domácom prostredí. Len 4 seniori (2,2%) by takúto pomoc určite prijali a 16 (8,8%) by ju zvážilo „možno podľa potreby“. Zvyšných 10 (5,5%) odpovedalo, že sa nad tým nikdy nezamýšľalo alebo, že nevedia. Aj keď ide o službu poskytovanú v domácom prostredí, väčšina respondentov cudziu pomoc odmieta. Z kvalitatívnych poznámok vyplýva, že seniori považujú starostlivosť za povinnosť rodiny a zásah cudzej osoby (aj z komunity) vnímajú ako narušenie súkromia a intimity.

Výskumná otázka VO3: Ako seniori vnímajú DSS? Prijímajú ho alebo odmietajú?

Výsledky výskumu jednoznačne ukázali, že rómski seniori DSS odmietajú a vnímajú ich prevažne negatívne. Z celkového počtu 181 respondentov (86 mužov, 95 žien) uviedli len dvaja seniori (1,1 %), že by boli ochotní ísť do domova sociálnych služieb, ak by v budúcnosti potrebovali celodennú starostlivosť. Až 159 respondentov (87,8 %) odpovedalo, že do DSS ísť nechce, a 20 (11,0 %) si nevedelo predstaviť, ako by sa rozhodli. Rozdiel medzi mužmi a ženami bol minimálny - muži: 1,2 % áno, 88,4 % nie, 10,4 % neviem a ženy: 1,1 % áno, 87,4 % nie, 11,5 % neviem.

Z odpovedí na doplňujúcu otázku „Čo podľa Vás znamená, keď starší človek žije v DSS?“ vyplynulo, že DSS je vnímaný nie ako priestor pomoci, ale ako znak rodinného zlyhania. Najčastejšie odpovede zneli:

- „Rodina sa o neho nechce starať.“ (muži 38; ženy 53)
- „Neviem, nikdy som o tom nerozmýšľal/a.“ (muži 38; ženy 30)
- „Je o neho dobre postarané.“ (muži 10; ženy 12)

Vnímanie DSS je teda negatívne alebo indiferentné – len malá časť seniorov (spolu 22 respondentov, 12,2 %) v ňom vidí miesto, kde sa poskytuje starostlivosť, väčšina ho spája s odmietnutím rodiny. Odmietanie DSS nie je len prejavom nedostatku informácií, ale výsledkom hlboko zakorenených kultúrnych hodnôt rómskej komunity. V tejto kultúre je starostlivosť o rodičov morálnou a emocionálnou povinnosťou rodiny, a presun staršieho člena do inštitúcie je chápaný ako porušenie tejto tradície. DSS je preto v očiach seniorov symbolom „odloženia“

starého človeka – nie starostlivosti. Takéto výroky potvrdzujú silný emocionálny a hodnotový rozmer odmietania DSS. Väčšina rómskych seniorov domovy sociálnych služieb odmieta. Ich vnímanie DSS je prevažne negatívne – spojené s predstavou opustenosti a zlyhania rodiny. DSS sa pre nich neviaže s kvalitou starostlivosti, ale s pocitom sociálnej stigmy a izolácie. Záver možno zhrnúť takto: Prijatie DSS je minimálne (1 %), odmietanie je takmer univerzálne (88 %), vnímanie DSS ako negatívneho symbolu dominuje nad praktickým aspektom poskytovanej starostlivosti. Zároveň sa ukázalo, že ani predstava „rómskeho DSS“ (s personálom z komunity, tradičnou stravou a kultúrnym prostredím) by zásadne nezmenila postoj seniorov – väčšina odpovedala „nie“ alebo „možno“. Preto možno konštatovať, že DSS ako forma starostlivosti nie je v súčasnosti pre rómskych seniorov akceptovateľná, a riešenie treba hľadať v domácej alebo komunitnej pomoci s dôrazom na dôveru a kultúrnu blízkosť.

Výskumná otázka VO4: Aký typ podpory by podľa seniorov mohol zvýšiť využívanie DSS v rómskej komunite?

Táto otázka bola kombinovaného typu (uzavretá s možnosťou doplniť „iné – uveďte“).

Dáta boli preto spracované kvantitatívne aj kvalitatívne.

Kvantitatívna časť obsahovala odpovede u mužov: 19 (22,1 %) by uvítalo viac informácií a osvety, 2 (2,3 %) domácu opatrovateľskú službu, 65 (75,6 %) uviedlo možnosť „iné“. U žien by 16 (16,8 %) uvítalo viac informácií a osvety, 1 (1,1 %) personál z komunity, 10 (10,5 %) domácu opatrovateľskú službu, 68 (71,6 %) uvidelo „iné“. Kvalitatívna časť v otvorených odpovediach „iné“ sa opakovali tri hlavné motívy:

„Chcem zostať s rodinou“ – vyjadruje hodnotovú orientáciu na rodinu a blízkosť.

„Nič nechcem“ – symbolizuje rezignáciu alebo nedôveru voči inštitúciám.

„Nezaujímam sa o to“ – naznačuje absenciu vedomia o význame sociálnych služieb.

Tematická analýza týchto odpovedí ukázala, že aj keď niektorí seniori vidia prínos v lepšej informovanosti, väčšina odmieta systémové riešenia a zdôrazňuje vlastnú rodinu ako jediný prijateľný zdroj starostlivosti.

Výskumná otázka VO5: Aký vplyv na postoj k DSS by malo prispôsobenie sa DSS rómskemu kultúrnemu prostrediu?

Odpovede na túto otázku poskytovali otázky o dôvodoch odmietania a o postoji ku kultúrnej prispôbovateľnosti DSS rómskej kultúre. Respondenti odpovedali nasledovne:

„Chcem zostať so svojou rodinou“ – muži 85 (98,8 %), ženy 92 (96,8 %)

„Bolo by to proti tradíciám“ – muži 41 (47,7 %), ženy 57 (60,0 %)

„Nechcem byť medzi cudzími ľuďmi“ – muži 44 (51,2 %), ženy 59 (62,1 %)

„Necítil/a by som sa dobre (zvyky, jazyk, jedlo)“ – muži 7 (8,1 %), ženy 12 (12,6 %)

Muži a ženy následne vyjadrili svoj postoj k DSS, ktorý by sa prispôbil rómskym zvykom nasledovne: Muži: 0 áno, 6 možno, 79 nie, 1 bez odpovede. Ženy: 1 áno, 6 možno, 88 nie.

Tieto výsledky ukazujú, že ani kultúrna adaptácia DSS by zásadne nezmenila postoj rómskych seniorov. Z kvalitatívneho hľadiska sa ako hlavné dôvody odmietania

objavili: potreba blízkosti rodiny, obava zo straty identity a rešpektu, nedôvera k inštitúciám a pocit, že DSS „nie je miestom pre Róma“.

Výskumná otázka VO6: Aká je informovanosť rómskych seniorov o možnostiach domovov sociálnych služieb a majú záujem získať o nich viac informácií?

Cieľom tejto výskumnej otázky bolo zistiť, do akej miery majú rómski seniori prehľad o možnostiach využívania domovov sociálnych služieb (DSS) a či majú záujem dozvedieť sa o tejto forme starostlivosti viac. Otázka bola uzavretá s alternatívnymi odpoveďami „áno / nie“, pričom druhá časť obsahovala doplňujúcu otázku pre tých, ktorí odpovedali „nie“. Tieto údaje ukazujú, že takmer všetci respondenti (99,4 %) nikdy nedostali žiadne informácie o domovoch sociálnych služieb alebo o iných možnostiach sociálnej starostlivosti.

Jedine jedna žena uviedla, že bola informovaná, avšak ani táto respondentka neprejavila záujem o umiestnenie do DSS. Výsledky jednoznačne poukazujú na extrémne nízku informovanosť aj záujem o túto tému. Aj keď je informovanosť o DSS prakticky nulová, len štyria seniori (2,2 %) vyjadrili ochotu dozvedieť sa viac. Väčšina odpovedí „nechcem“ alebo „nezaujíma ma to“ naznačuje, že seniori nevnímajú DSS ako pre seba relevantnú tému. Tieto postoje potvrdzujú, že nízka informovanosť nie je len dôsledkom chýbajúcej osvetu, ale aj vnútorného nezájmu a nedôvery voči inštitucionálnym formám pomoci. Medzi hlavné dôvody nezájmu patrili: rodinná orientácia, tradícia, nedôvera k inštitúciám. Tieto výsledky dopĺňajú zistenia z hypotézy H2 a potvrdzujú, že odmietanie DSS nie je dôsledkom nevedomosti, ale kultúrneho presvedčenia o sebestačnosti rodiny. Zároveň naznačujú potrebu komunitne citlivej osvetu, ktorú by mohli zabezpečovať pracovníci dlhodobej starostlivosti alebo asistenti osvetu zdravia priamo v rómskych komunitách.

Zhrnutie výsledkov výskumných otázok

Výsledky výskumu čerpali z dotazníkového prieskumu realizovaného medzi 181 rómskymi seniorami (86 mužov a 95 žien) v obci Jarovnice. Dáta boli spracované kvantitatívne (frekvenčná a percentuálna analýza, Pearsonov chí-kvadrát test, Fisherov exaktný test) a doplnené o kvalitatívnu obsahovú analýzu otvorených odpovedí. Zistenia priniesli tieto závery: Rómski seniori majú väčšinou **dostatočnú rodinnú podporu** a sú málo odkázaní na externú pomoc. **Domov sociálnych služieb** odmieta drvivá väčšina (takmer 90 %), bez rozdielu pohlavia. **Cudziu opatrovateľskú pomoc** nechce viac než 80 % respondentov. Aj keď časť seniorov uvádza potrebu väčšej informovanosti, väčšina odpovedí naznačuje **hodnotové a kultúrne dôvody odmietania**. Ani **DSS prispôsobený rómskej kultúre** by podľa väčšiny respondentov nezmenil ich postoj. Väčšina nevidí potrebu zmeny systému – ich postoje vychádzajú z **tradičných hodnôt a rodinných väzieb**. **Informovanosť o DSS je prakticky nulová** a záujem o nové poznatky veľmi nízky – seniori sa spoliehajú na vlastnú rodinu, nie na štátne alebo obecné inštitúcie.

Výsledky potvrdzujú, že u rómskych seniorov prevláda **silná rodinná orientácia, kultúrna tradícia a nedôvera k inštitucionálnej starostlivosti**. Tieto faktory sú rozhodujúce pri formovaní ich postojov k sociálnym službám a poukazujú na potrebu rozvoja **komunitne zakotvených foriem pomoci**. Z týchto

zistení vyplýva, že rozhodujúcim faktorom prístupu k starostlivosti o seniorov v rómskej komunite **nie je nedostatok informácií, ale kultúrne a hodnotové nastavenie**. Efektívne riešenia preto musia vychádzať z **komunitne citlivých foriem práce v teréne**, napr. prostredníctvom **pracovníkov dlhodobej starostlivosti alebo asistentov osvetu zdravia**, ktorí môžu pôsobiť priamo v prostredí rómskych domácností.

Zhrnutie výskumných otázok

Kód VO	Výskumná otázka	Hlavné zistenia (kvantitatívne)	Kvalitatívne zistenia / interpretácia	Záver
VO1	Má miera rodinnej pomoci vplyv na záujem seniorov o DSS?	84 % respondentov uviedlo, že majú dostatok rodinnej pomoci; 11 % pomoc potrebujú niekedy; 2,8 % pravidelne; 2,2 % sú odkázaní na iných.	Rodina predstavuje primárny zdroj starostlivosti; solidarita nahrádza formálne služby.	Rómski seniori sú prevažne sebestační v rámci rodiny, čo znižuje záujem o DSS.
VO2	Ako seniori vnímajú možnosť prijatia cudzej pomoci v domácom prostredí?	83,4 % odmieta cudziu pomoc, 2,2 % by ju určite prijalo, 8,8 % „možno“, 5,5 % nevedia.	Cudzia pomoc vnímaná ako narušenie súkromia; starostlivosť patrí rodine.	Odmietanie cudzej pomoci vychádza z kultúrnych a morálnych hodnôt.
VO3	Ako seniori vnímajú DSS? Prijímajú ho alebo odmietajú?	1,1 % by bolo ochotných ísť do DSS, 87,8 % nie, 11 % nevedia.	DSS je chápaný ako „odloženie“ seniora, znak zlyhania rodiny.	DSS je vnímaný negatívne – odmietanie vychádza z morálnych a kultúrnych hodnôt.
VO4	Aký typ podpory by podľa seniorov mohol zvýšiť využívanie DSS?	Muži: 22,1 % informovanosť; 2,3 % domáca opatera; 75,6 % iné. Ženy: 16,8 % informovanosť; 1,1 % personál z komunity; 10,5 % opatera; 71,6 % iné.	Otvorené odpovede: „chcem zostať s rodinou“, „nič nechcem“, „nezaujímam sa o to“.	Väčšina odmieta DSS bez ohľadu na osvetu; rodina zostáva jediným akceptovaným zdrojom starostlivosti.
VO5	Aký vplyv by malo prispôbenie DSS rómskemu kultúrnemu prostrediu?	Muži: 0 % áno, 6 možno, 79 nie. Ženy: 1 áno, 6 možno, 88 nie.	Dôvody odmietania: potreba rodiny, tradície, obava zo straty identity.	Kultúrna adaptácia DSS by zásadne nezmenila postoje seniorov.
VO6	Aká je informovanosť seniorov o DSS a záujem o viac informácií?	99,4 % nikdy nedostalo informácie o DSS; 2,2 % prejavilo záujem dozvedieť sa viac.	Nezáujem nie je len dôsledok nevedomosti, ale aj nedôvery a rodinného presvedčenia.	Informovanosť o DSS je extrémne nízka, záujem minimálny; treba komunitne citlivú osvetu.

Diskusia

Výsledky výskumu potvrdili, že preferencia rodinnej starostlivosti je v rómskej komunite mimoriadne silná. Tento jav sa ukázal ako stabilný naprieč pohlavím aj mierou závislosti od pomoci iných. Zistenia naznačujú, že rozhodovanie o prijatí pomoci či o využití domova sociálnych služieb (DSS) nie je determinované len praktickými potrebami, ale predovšetkým kultúrnymi a hodnotovými faktormi. Podobné závery uvádza Balogová (2015), podľa ktorej starostlivosť o seniora v rodine predstavuje prejav úcty a solidarity medzi generáciami. Aj pre Barkasi (2022) je najlepšou formou starostlivosti o seniora starostlivosť v rodine. Dirgová (2010) uvádza, že aj seniori sú neodmysliteľnou súčasťou života našej modernej spoločnosti. V rómskych komunitách však tento princíp nadobúda ešte silnejší význam, pretože rodina je základom identity a sociálneho zabezpečenia (Vašečka, 2003). Aj keď rodinné väzby ostávajú silné, dlhodobé poskytovanie pomoci býva limitované chudobou, slabou infraštruktúrou služieb a nízkou informovanosťou. Medzinárodné výskumy poskytujú zaujímavé porovnanie. Napríklad štúdia Wiles et al. (2012), publikovaná v *Social Science & Medicine*, ukazuje, že väčšina seniorov v rôznych kultúrach uprednostňuje zotrvanie v domácom prostredí („aging in place“) pred inštitucionalizovanou starostlivosťou. Táto preferencia je založená na potrebe zachovať autonómiu, dôveru a osobnú históriu spojenú s domovom. V rómskych komunitách sa tento trend prelína s hodnotovou orientáciou na rodinu, pričom rozdiel spočíva v tom, že rodina je tu chápaná ako kolektívna jednotka solidarity, nie ako individuálny výber.

Z hľadiska interpretácie hypotéz je dôležité zdôrazniť, že ani miera domácej pomoci, ani úroveň odkázanosti neovplyvnili postoje k DSS či cudzej pomoci. Tento výsledok korešponduje so zisteniami Zhang et al. (2021), ktorí upozorňujú, že emocionálna väzba na rodinu a dôvera majú väčší vplyv na kvalitu života seniorov než samotná dostupnosť služieb. Podobne Werner et al. (2016) poukazujú na to, že rozhodnutie o využívaní inštitucionálnej starostlivosti prichádza až pri strate sebestačnosti alebo absencii rodinnej podpory. V slovenskom prostredí však ide o špecifickú situáciu, pretože Rómovia často nevnímajú DSS ako súčasť sociálnej pomoci, ale ako symbol zlyhania rodiny. Táto predstava sa odráža aj v odpovediach respondentov: viac ako polovica žien (55,8 %) a takmer polovica mužov (44,2 %) vníma pobyt v DSS ako znak nezáujmu rodiny. Tento názorový vzorec sa opakuje v kvalitatívnych výskumoch Radičovej (2002), ktorá upozorňuje, že v rómskych komunitách odchod starého človeka z domácnosti znamená oslabenie rodinnej kohézie a narušenie spoločenského statusu. Zaujímavým zistením je aj extrémne nízka informovanosť – až 99 % respondentov nikdy nedostalo informácie o možnostiach DSS. Podľa Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR (2025) má nová koncepcia pracovníka dlhodobej starostlivosti tento problém riešiť prostredníctvom jednotného systému starostlivosti, ktorý prepája zdravotné a sociálne zložky a umožňuje personalizovaný prístup v domácom prostredí. V týchto pracovných postupoch by, ako uvádza Hunyadiová (2018) malo byť sociálne poradenstvo neodmysliteľnou súčasťou. Za pozornosť stojí aj paralela s iniciatívou Zdravé regióny, v rámci ktorej asistenti osvetu zdravia (AOZ) pôsobia priamo v rómskych komunitách, poskytujú zdravotno-sociálne poradenstvo a posilňujú dôveru medzi obyvateľmi a inštitúciami

(Ministerstvo zdravotníctva SR, 2024). Tento model predstavuje komunitný prístup s kultúrnou senzibilitou, čo je podľa našich výsledkov kľúčové pre prácu so seniormi v marginalizovaných komunitách.

Z výsledkov vyplýva, že hoci rómski seniori odmietajú inštitucionálne služby, neodmietajú samotnú pomoc – pod podmienkou, že pochádza z prostredia, ktorému dôverujú. Práve v tom spočíva význam komunitných a terénnych foriem práce – asistenti dlhodobej starostlivosti alebo AOZ môžu fungovať ako most medzi rodinou, komunitou a štátnym systémom služieb.

Záver

Cieľom výskumu bolo zistiť, ako rómski seniori vnímajú pomoc od rodiny a inštitúcií, aký majú postoj k domovom sociálnych služieb a či existuje súvislosť medzi ich mierou domácej pomoci a ochotou prijať formálnu starostlivosť. Výskum potvrdil, že väčšina rómskych seniorov v Jarovniciach dostáva pomoc od rodiny a len malé percento je odkázané na pravidelnú pomoc iných. Zároveň sa ukázalo, že miera domácej pomoci nijako nesúvisí so záujmom o DSS, ani s ochotou prijať domácu opatrovateľskú službu. Seniori, ktorí majú pomoc, aj tí, ktorí ju nemajú, DSS odmietajú a uprednostňujú starostlivosť v rodine. Výsledky testovania hypotéz nepreukázali štatisticky významnú súvislosť medzi mierou domácej pomoci, ktorú rómski seniori dostávajú od rodiny, a ich záujmom o umiestnenie do domova sociálnych služieb. Tento výsledok naznačuje, že ochota seniorov využiť služby DSS nie je ovplyvnená praktickou potrebou pomoci, ale skôr hodnotovo-kultúrnymi faktormi. Väčšina respondentov odmietla možnosť umiestnenia do domova sociálnych služieb bez ohľadu na to, či majú dostatok rodinnej pomoci alebo sú odkázaní na iných. Takýto postoj odráža tradičné chápanie starostlivosti v rómskej komunite, kde je rodina považovaná za hlavného poskytovateľa podpory a kde je inštitucionálna forma pomoci často vnímaná s nedôverou. Výsledky následne ukázali, že medzi mierou domácej pomoci, ktorú rómski seniori dostávajú od rodiny, a ich ochotou prijať domácu opatrovateľskú službu nebola zistená štatisticky významná súvislosť. Väčšina respondentov, bez ohľadu na mieru pomoci, odmietla možnosť prijať pomoc od terénneho sociálneho pracovníka alebo opatrovateľa mimo rodiny. Dokonca aj tí, ktorí pravidelne potrebujú pomoc alebo sú odkázaní na iných, vo väčšine prípadov uviedli, že cudziu pomoc nechcú. Tento výsledok naznačuje, že rozhodovanie rómskych seniorov o prijatí opatrovateľskej starostlivosti nie je podmienené objektívnou potrebou, ale skôr silnou rodinnou orientáciou a kultúrnymi hodnotami, ktoré zdôrazňujú význam rodiny ako primárneho zdroja starostlivosti a podpory. Štúdia zistila, že aj odmietavý postoj rómskych seniorov k umiestneniu do domova sociálnych služieb nie je dôsledkom neinformovanosti, ale vychádza z ich kultúrnych a rodinných hodnôt. Hoci všetci respondenti uviedli, že nikdy nedostali informácie o možnostiach pobytu v DSS, väčšina z nich neprejavila záujem tieto informácie získať. Rovnako len malá časť respondentov uviedla, že by väčšiemu využívaniu DSS pomohla väčšia osвета. Prevažná väčšina odpovedí zdôrazňovala preferenciu rodinného prostredia („chcem byť s rodinou“, „nič nechcem“, „nezaujímam sa o to“). Tieto zistenia potvrdzujú, že postoj k sociálnym službám nie je determinovaný nedostatkom informácií, ale

kultúrnou orientáciou na rodinu, sebestačnosť a tradičné hodnoty rómskej komunity. 98,8 % mužov a 96,8 % žien chcú zostať so svojou rodinou, polovica respondentov uvádza, že pobyt v DSS by bol „proti tradíciám komunity“, a viac než polovica nechce byť medzi cudzími ľuďmi. Aj keby bolo DSS prispôbené rómskemu prostrediu, viac ako 90 % mužov aj žien by do takého zariadenia ísť nechcelo. Odmietanie DSS teda nie je len otázkou prístupu alebo informovanosti, ale hlboko zakoreneným hodnotovým postojom. Odpovede respondentov potvrdzujú, že medzi rómskymi seniormi prevažuje negatívne vnímanie inštitucionálnej starostlivosti, ktoré je spojené s hodnotovým systémom rodinnej solidarity a vzájomnej zodpovednosti. Pobyt v DSS je často interpretovaný ako dôkaz zlyhania rodiny, nie ako legitímna forma starostlivosti. Výsledok teda nepotvrdzuje príčinný vzťah medzi informovanosťou a postojom k DSS, ale poukazuje na hodnotové aspekty odmietania formálnej pomoci. V kontexte rómskej komunity možno túto situáciu interpretovať ako prejav hodnotového systému založeného na rodinnej solidarite a dôvere v blízke vzťahy, nie ako výsledok nedostatku informácií.

Všetky p-hodnoty dosiahnuté v testoch (0,44; 0,48; 1,00) boli vyššie ako α , preto sa vo všetkých prípadoch nulové hypotézy nezamietli. Použitie kombinácie kvantitatívnych a kvalitatívnych prístupov umožnilo zachytiť nielen štatistické súvislosti, ale aj kultúrny a hodnotový kontext rozhodovania rómskych seniorov. Zvolená metodológia bola primeraná cieľu výskumu – porozumieť tomu, prečo rómski seniori odmietajú inštitucionálne formy starostlivosti, a aké faktory (sociálne, kultúrne, informačné) tento postoj ovplyvňujú. Štatistické testy preukázali, že postoje seniorov nie sú štatisticky závislé od miery pomoci, informovanosti ani ochoty prijať cudziu opateru, čo poukazuje na silný kultúrny a rodinný determinant ich rozhodovania.

Z týchto výsledkov sa odporúča fakt, že rodinný príslušník môže byť zapojený do všetkých troch foriem starostlivosti – ako neformálny opatrovateľ, ako profesionálny opatrovateľ po absolvovaní kurzu, alebo ako pracovník dlhodobej starostlivosti po získaní potrebnej kvalifikácie. Najvhodnejší model pre budúcnosť je systém, ktorý spája výhody všetkých troch – zachováva rodinné väzby, poskytuje odbornú podporu a zabezpečuje finančné i inštitucionálne zázemie. Odporúča sa, aby reforma dlhodobej starostlivosti umožnila jednoduchý prechod rodinných opatrovateľov do systému formálnej pomoci, napríklad prostredníctvom vzdelávacích kurzov, supervízie a uznania ich skúseností. Takéto opatrenia by posilnili dostupnosť starostlivosti a zachovali kultúrne hodnoty, ktoré sú pre rómske komunity kľúčové.

Staroba je v rómskej komunite v Jarovniciach u seniorov prirodzenou súčasťou života v rodine, kde sa starostlivosť chápe ako prejav úcty, nie ako služba. Pre sociálnu prácu to znamená potrebu hľadať spôsoby, ako budovať služby, ktoré budú kultúrne citlivé, komunitne orientované a rodinne kompatibilné, aby mohli byť rómskymi seniormi prijímané ako doplnok, nie ako náhrada rodinnej starostlivosti.

Z vedeckého hľadiska práca prispieva k poznaniu postojov rómskych seniorov k starobe a sociálnym službám, pričom poukazuje na kultúrne a hodnotové korene odmietania inštitucionálnej pomoci. Empiricky potvrdzuje význam rodiny ako primárneho systému starostlivosti a zdôrazňuje potrebu kultúrne senzitivného

prístupu v práci so seniormi z marginalizovaných komunít. Pre prax sociálnej práce je prínosom identifikácia kľúčových bariér – najmä nedostatku informácií, nízkej dôvery v inštitúcie a silnej orientácie na rodinu. Tieto poznatky môžu slúžiť ako základ pre tvorbu komunitne orientovaných služieb, ktoré budú rodinu dopĺňať, nie nahrádzať. Spoločenský význam práce spočíva v tom, že upozorňuje na potrebu prepojenia formálneho systému sociálnych služieb s komunitným prostredím a budovania dôvery prostredníctvom terénnej práce a osvetu.

Výsledky práce odporúčajú pre prax sociálnej práce posilniť kultúrnu citlivosť služieb – prezentovať pomoc ako podporu rodiny, nie jej náhradu. Využiť novú profesiu pracovníka dlhodobej starostlivosti a prepájať ju s terénnou prácou. Zvýšiť informovanosť prostredníctvom komunitnej osvetu a rómskych mediátorov. Podporiť rodinne orientované služby – terénna opatera, donáška stravy, denné stacionáre. Monitorovať implementáciu reformy a jej dopady na rómske komunity.

Pre obec Jarovnice, ktorá patrí medzi najväčšie obce s rómskou komunitou v Strednej Európe, odporúčame Zaviesť komunitný model informovania o sociálnych službách. Prepojiť terénnych pracovníkov s pracovníkom dlhodobej starostlivosti. Rozšíriť domáce a terénne formy starostlivosti pre rómskych seniorov. Vytvoriť miestny program „Staroba s rodinou“ – osvetové a intergeneračné aktivity. Spolupracovať s Prešovským samosprávnym krajom na pilotných projektoch reformy. Monitorovať spokojnosť a spätnú väzbu od rodín a seniorov.

Výsledky výskumu otvárajú ďalšie možnosti pre výskum v týchto oblastiach: Vplyv reformy dlhodobej starostlivosti na rómske komunity. Komparatívne štúdie medzi rómskymi komunitami na Slovensku.

Výskum potvrdil, že rómski seniori vnímajú starostlivosť o seba ako zodpovednosť rodiny, nie inštitúcií. Ich postoje k DSS a inštitucionálnej pomoci sú ovplyvnené kultúrnymi tradíciami, skúsenosťami a hodnotovým systémom komunity. Úspešná sociálna práca v rómskom prostredí preto musí vychádzať z princípov rešpektu, dôvery a spolupráce s rodinou, nie z paternalistických modelov.

BIBLIOGRAFIA

AGING-IN-PLACE PREFERENCES AND INSTITUTIONALIZATION AMONG JAPANESE OLDER ADULTS. 2022 a 7-year longitudinal study. BMC Geriatrics, 2022. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35062887/?utm_source=chatgpt.com

BALOGOVÁ, B. 2020. *Sociálne témy a dilemy seniorov*. Prešov: PU v Prešove. 137 s. ISBN 978-80-555-2477-1.

BALOGOVÁ, B., 2015. *Sociálna práca so seniormi*. 2. vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. 164 s. ISBN 978-80-555-1562-9.

BARKASI, D. 2022. Sociálna starostlivosť o seniorov. In: Kaleidoskop vybraných informácií o zdraví pre seniora. Bardejov: Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie, 2022. – ISBN 978-80-974237-3-5, s. 2-3

BARTOŠOVIČ, I.; ZRUBÁKOVÁ K.; MIKUS P. 2021. *Rómski seniori*. Lek. Obz., 70, 2021, č. 4, s. 132 –137. ISSN 0457-4214.

BELÁK, A. 2020. *Úrovně podmienok pre zdravie a zdravotné potreby vo vylúčených rómskych osídleniach na Slovensku: záverečná správa zo vstupného merania a systematického stanovenia potrieb cieľových lokalít Národného projektu Zdravé komunity 2A*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, 2020. [online]. Dostupné z: https://www.zdraveregion.eu/wp-content/uploads/2018/04/ZK_potreby_e-verzia.pdf

BUJDOVÁ, N.; BUJDA, S.; RAZZOUKOVÁ, E. 2013. *Status seniora v súčasnej spoločnosti*. In: *Sociálna politika a seniori: súbor vedeckých štúdií*. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, 2013. – ISBN 978-80-8075-612-3, s. 26-31.

COOK, B.; WAYNE, G.F.; VALENTINE, A.; LESSIOS, A.; YEH, E. 2013. *Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003–2012* (International Journal of Public Health, 2013, vol. 58, no. 6, pp. 885-911): ISSN 1661-8556.

CROSS-NATIONAL PERSPECTIVES ON AGING AND PLACE. 2023. *Implications for Age-Friendly Cities and Communities*. Oxford: Oxford Academic, 2023. Dostupné z: https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/62/1/119/6428607?utm_source=chatgpt.com

DE VEAUX, R. D.; VELLEMAN, P. F.; BOCK, D. E. Intro Stats. 6th ed. New York: Pearson Education, 2021. 768 s. ISBN 978-0-13-737492-2.

DIRGOVÁ, E. 2010. *Seniori – súčasť života modernej spoločnosti*. In: *Disputationes scientifiacae. Universitatis Catholicae in Ružomberok*. – Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku. VERBUM - vydavateľstvo KU. – ISSN 1335-9185. – Roč. 10, č. 4 (2010), s. 66-72.

FIELD, A. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5th ed. London: SAGE Publications, 2018. 888 s. ISBN 978-1-5264-1951-4.

FILADELFIOVA, J.; GERBERY, D. 2012. *Report on the Living Conditions of Roma households in Slovakia 2010*. Bratislava: UNDP; 2012.

FRA. European Union Agency for Fundamental Rights. 2022. *Roma Survey 2021 – Main results. Roma in 10 European Countries*. Austria: Vienna, 2022. 79 s. ISBN (PDF): 978-92-9489-125-9.

HUNDZALZ, A. 1979. *Der ältere Mensch in der Zigeunerfamilie* [Starí medzi Cigánmi]. Z Gerontol. 1979 júl - august; 12(4):313-8. PMID: 506374.

HUNYADIOVÁ, S. 2018. *Sociálne poradenstvo v pracovných postupoch sociálneho pracovníka*. In: *Dia nádej* [textový dokument (print)] [elektronický dokument] : časopis o sociálnej a zdravotnej pomoci pre diabetikov. – Michalovce (Slovensko) : Zväz diabetikov a edukátorov Slovenska. – ISSN 2453-9821. – Roč. 2, č. 1 (2018), s. 5-8.

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SR, 2025. *Koncepcia rozvoja dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike 2025–2030*. Bratislava: MPSVR SR. Dostupné online: www.employment.gov.sk.

NON-MEDICAL BARRIERS AND FACILITATORS OF AGEING IN PLACE. 2025. *A cohort study in the Netherlands*. European Journal of Ageing, 2025. Dostupné z: https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-025-00859-9?utm_source=chatgpt.com

PODOLINSKÁ, T.; HRUSTIČ, T. 2015. *Čierno-biele svety. Rómovia v majoritnej spoločnosti na Slovensku*. Bratislava: Veda, 2015. 595 s. ISBN 978-80-224-1413-5.

RADIČOVÁ, I. 2001. *Hic sunt Romales*. Bratislava: Space, 2001. 318 s. ISBN 80-88991-13-7

RADIČOVÁ, I., 2002. *Sociálna politika na Slovensku*. Bratislava: VEDA. 296 s. ISBN 80-224-0711-2.

SCHMITZ-SCHERZER, R.; TOKARSKI, W. 1986. *Zur Situation alter Menschen bei Zigeunern* [Postavenie starších ľudí medzi Rómami]. Z Gerontol. 1986 september-október; 19(5):355-7. PMID: 3811470.

THE IMPACT OF COMMUNITY CARE SERVICES ON THE PREFERENCE FOR AGEING IN PLACE IN URBAN CHINA. 2020. PubMed, 2020. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32783285/?utm_source=chatgpt.com

THE SOCIOCULTURAL MEANING OF “MY PLACE”. 2020. *Rural Korean Elderly People’s Perspective of Aging in Place*. PubMed, 2020. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283313/?utm_source=chatgpt.com

TOKÁROVÁ, A. 2007. *Sociálna práca*. Prešov: Akcent Print, 2007. 572 s. ISBN 978-80-969-4198-8.

VANSÁČ, P. 2024. *Súvislosť medzi spiritualitou a spokojnosťou seniorov so životom*. In: Zborník vedeckých prác z druhej etapy projektu 004-24-IG: Podpora zdravého starnutia v okrese Michalovce „Faktory ovplyvňujúce spokojnosť seniorov so sociálnymi službami v okrese Michalovce“. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety - rektorát, 2024. – ISBN 978-80-8132-296-9, s. 118-139.

VAŠEČKA, M. 2002. *Čačipen pal o Roma : súhrnná správa o Rómoch na Slovensku*. Bratislava : Inštitút pre verejné otázky, 2002. 911 s. ISBN 80-88935-41-5.

WEI, Y. at al. 2021. *Understanding Health and Social Challenges for Aging and Long-Term Care in China*. Research on Aging Volume 43, Issue 3-4, March 2021, Pages 127-135. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0164027520938764>

WERNER, P., LOWENSTEIN, A. & SHALEV, S., 2016. *Perceptions of institutional care among elderly populations: A cross-cultural perspective*. Journal of Aging Studies, 39, 30–38. ISSN 0890-4065. DOI: 10.1016/j.jaging.2016.09.002.

WHO. 2015. *World report on Ageing and health*. Luxembourg: WHO, 2015. 246 s. ISBN 978-92-4-156504-2.

WILES, J. L. et al., 2012. *The meaning of “aging in place” to older people*. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2252–2259. ISSN 0277-9536. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.08.026.

ZHANG, L. et al., 2021. *Elderly care preferences and family solidarity in East Asia*. *BMC Geriatrics*, 21(1), 410. ISSN 1471-2318. DOI: 10.1186/s12877-021-02390-1.

RODINA AKO VÝZNAMNÁ SÚČASŤ HOLISTICKY ORIENTOVAanej OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

FAMILY AS AN IMPORTANT COMPONENT OF HOLISTICALLY ORIENTED NURSING CARE

Hudáková Tatiana^{1,2,3}, Šulcová Jana ^{1,4}, Ivanková Viera^{1,5}

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

² Stredná zdravotnícka škola Michalovce

³ NsP Penta Hospitals, a.s, Trebišov

⁴ FN sP J.A Reimana, Prešov

⁵ NsP Penta Hospitals, a.s, Michalovce

Abstrakt: Príspevok popisuje význam rodiny v živote človeka s akcentom na význam sociálnej opory rodiny pri chorobe. Uvádzame možnosti podpory rodiny pri poskytovaní sociálnej opory svojim členom prostredníctvom proroďinnej orientovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová: Rodina. Sociálna opora. Rodinnej orientovaná starostlivosť.

Abstract: The article describes the importance of the family in a person's life, with an emphasis on the significance of the family's social support during illness. We present the possibilities of supporting the family in providing social support to its members through family-oriented nursing care.

Keywords: Family. Social support. Family-oriented care.

Úvod

Rodina je definovaná ako „najbližšie a najvplyvnejšie prostredie, ktoré už od narodenia, neskôr počas vývoja a dospievania podmieňuje formovanie osobnosti a správanie každého člena“. Ako najstaršia základná spoločenská skupina je ovplyvnená vzťahmi, funkciami a činnosťami zabezpečujúcimi potreby svojich členov a spoločnosti ako celku. Skôr, ako vznikli spoločenské vedy a vedy o človeku, bola rodina predmetom skúmania vo filozofii či teológii, v kontexte celkových úvah o osobnej a spoločenskej podstate ľudského bytia. Sociológia bola prvou vedou, ktorá sa začala priamo a systematicky zaujímať o rodinu ako sociálnu inštitúciu a základnú bunku ľudskej spoločnosti. Až do sedemdesiatych rokov minulého storočia bola rodina len na okraji záujmu psychológie. Psychológia sa dlho zaujímala o ľudského jednotlivca bez väčšieho záujmu o prostredie, v ktorom vyrastá a žije. Práve v sedemdesiatych rokoch minulého storočia nastáva explózia záujmu o rodinu, a to najmä vo vývinovej psychológii. V sociológii ako vede o spoločnosti sú akceptované viaceré definície rodiny, pričom väčšina z nich poníma rodinu ako spoločenstvo rodičov a detí, zdôrazňujúc pritom manželské, pokrvné alebo adoptívne vzťahy a istý spoločný systém úloh (Kurucová, 2021).

Rodina formuje interpersonálne vzťahy, hodnoty, postoje, základy etiky a

životného štýlu. Je univerzálna sociálna skupina, v ktorej prebiehajú významné sociálno-psychologické javy v životnom vývine jednotlivca. Na základe dôvery a emocionálne silných opätovaných vzťahov mu poskytuje prostredie pre jeho ďalší psychosociálny vývoj a na základe dôvery v seba, postojov k sebe samému i k okoliu sa formujú modely správania, osvojujú sa formy komunikácie, ako verbálnej tak i neverbálnej. Okrem uvedeného sa v rodine poskytujú aj potrebné zručnosti a schopnosti pre plynulé začlenenie sa do spoločnosti, formuje sa tu vlastná osobnosť a jedinečnosť jednotlivých členov. V spoločnosti je často vyzdvihovaná emocionálna funkcia rodiny. Nakoľko životné istoty rodiny spočívajú viac vo vnútorných vzťahoch než vo vonkajších väzbách, stáva sa táto funkcia najdôležitejším faktorom súdržnosti rodiny (Kurucová, 2021).

Každému človeku prináša život ťažkosti, sklamanie a komplikácie, každý z nás musí prekonávať rôzne prekážky a dostáva sa do situácií, v ktorých sa cíti bezbranný. Často sa stretávame s tým, že sa nám z hodiny na hodinu zmení život. Strata zdravia, či už prechodná alebo trvalá, strata zamestnania, strata partnera alebo rozvod, strata možnosti bývania, nedostatok finančných prostriedkov, autohavária a dlhodobé liečenie. Samozrejme, často by sme sa takýmto situáciám najradšej vyhli, ale väčšinou im musíme čeliť tvárou v tvár a hľadať primerané spôsoby ich riešenia. Náročné životné situácie zasahujú do života človeka odjakživa, a napriek rastu životnej úrovne tak sa stali prirodzenou súčasťou jeho bytia, ktoré formuje ľudskú osobnosť. V posledných desaťročiach sa záujem odborníkov z viacerých vedných disciplín obrátil na zvládanie problémov a záťažových situácií. Človek sa na svojej životnej ceste nepretržite stretáva so situáciami, ktoré svojimi požiadavkami preverujú jeho prispôsobivosť, kladú nároky na jeho psychickú i fyzickú zdatnosť. Činnosť každého z nás nie je len pasívnym prispôsobovaním sa vonkajšiemu prostrediu, ale predstavuje rozporný proces, v ktorom sme nútení aktívne riešiť nepríjemné úlohy, problémové, frustrujúce, konfliktové, stresové situácie, teda náročné životné situácie (Šrobárová, 2014).

Význam sociálnej opory v živote človeka

Sociálna opora je poskytovanie pomoci alebo útechy iným, zvyčajne s cieľom pomôcť im vyrovnať sa s biologickými, psychickými a sociálnymi stresormi. Podpora môže pochádzať z

akéhokoľvek medziľudského vzťahu v sociálnej sieti jednotlivca, ktorý zahŕňa rodinných príslušníkov, priateľov, susedov, náboženské inštitúcie, kolegov, opatrovateľov alebo podporné

skupiny. Môže mať formu praktickej pomoci (napríklad vykonávať domáce práce, ponúkať rady), hmatateľnej podpory, ktorá zahŕňa poskytnutie peňazí alebo inej priamej materiálnej pomoci, a emocionálnej podpory, ktorá jednotlivcovi umožňuje cítiť sa docenený, akceptovaný a pochopený (APA, 2018).

Vanková (2020) uvádza nasledovné zložky sociálnej opory:

- emocionálna opora – prejav empatie a prijatie človeka takého aký, komunikácia o prežívaných problémoch, je ňou dodávaná nádej,
- hodnotiaci opora – umožňuje zhodnotenie komunikácie, poskytuje informácie užitočné pre samohodnotenie. Posilňuje kladné seba hodnotenie a sebavedomie

- človeka, ktorý je v zmenenej životnej situácii,
- informačná opora – umožňuje poskytnutie poradenstva, ktoré pomáha riešiť vzniknuté problémy,
 - inštrumentálna opora – poskytuje praktické druhy hmotnej a materiálnej pomoci.

Podpora rodiny do zapojenia sa do ošetrovateľskej starostlivosti

Starostlivosť zameraná na osobu je charakterizovaná ako odklon od biomedicínskeho modelu (t.j. človek ako „choroba vyžadujúca diagnostiku a liečbu“) smerom k poznaniu celého človeka a jeho skúseností so zdravím v priebehu času (Starfield, 2011; Olsson et al., 2013). Iné pohľady považujú starostlivosť zameranú na pacienta za morálny koncept a filozofiu a za správnu vec, ktorú je potrebné robiť pri navrhovaní a poskytovaní rešpektujúcej, humánnej a etickej starostlivosti (Edvardson & Innes, 2010).

Perspektíva etiky predpokladá, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti uplatňujú na človeka zamerané postoje a správanie, ktoré rešpektuje človeka ako celok a jeho preferencie s ohľadom na jeho kultúru a zahŕňa zdieľané rozhodovanie v rámci celého terapeutického procesu s cieľom zlepšiť klinické výsledky a spokojnosť so starostlivosťou (RNAO, 2015).

Starostlivosť zameraná na pacienta je ďalej definovaná ako starostlivosť založená na uzdravujúcich vzťahoch (ktoré zahŕňajú emocionálne aj fyzické zložky) a na zapojení rodiny a priateľov. V tejto perspektíve má človek kontrolu nad svojou starostlivosťou, pretože sú mu poskytnuté informácie a edukácia, ktoré mu pomáhajú pri rozhodovaní o zdraví počas celého jeho života (Greene et al., 2012).

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) chápe starostlivosť zameranú na človeka ako široký koncept, v ktorom poskytovanie starostlivosti a služieb nezahŕňa len zdravie jednotlivca, ale aj jeho rodinu, kultúru a komunitu. Tento pohľad má širšie zameranie na globálne stratégie navrhnuté na zlepšenie faktorov súvisiacich so sociálnymi, ekonomickými a environmentálnymi determinantami zdravia a zameriava sa na prevenciu chorôb a zdravie na populačnej úrovni (RNAO, 2015).

Pacientsky a rodinne orientovaná starostlivosť je zameraná na osobu a rodinu, je to spolupracujúci prístup k plánovaniu, poskytovaniu a hodnoteniu klinických služieb pre pacienta. Je založená na obojstranne výhodnom partnerstve medzi odkázanými jednotlivcami, rodinami a poskytovateľmi. Redefinuje vzťahy v zdravotnej starostlivosti tým, že kladie dôraz na spoluprácu s ľuďmi všetkých vekových skupín, na všetkých úrovniach starostlivosti a vo všetkých zdravotníckych a sociálnych službách. V starostlivosti zameranej na pacienta a rodinu definujú pacienti a rodiny svoju „rodinu“ a určujú, ako sa budú podieľať na starostlivosti a rozhodovaní. Kľúčovým cieľom je podpora zdravia a dobrých životných podmienok jednotlivcov a rodín a zachovanie ich kontroly. Každá strana je vo vzťahu rovnako dôležitá a každá strana rešpektuje znalosti, zručnosti a skúsenosti, o ktoré sa musia ostatní podeliť (Baas, 2012).

Jedným zo spôsobov, ako priniesť takýto záväzok k životu je, že organizácia vyzýva pacientov a rodinných príslušníkov, aby spoločne s nimi rozhodovala o

plánovaní starostlivosti, ktorú poskytuje. Pacienti a ich rodiny sa stávajú poradcami, sú to súčasní, alebo bývalí pacienti ambulancie, nemocnice, ústavu, alebo ich rodinní príslušníci. Pomáhajú tak zlepšiť zdravotné služby. Stávajú sa plne aktívnymi členmi rôznych zdravotníckych výborov, správnych rád a projektových tímov. Tento prístup k starostlivosti používajú profesionáli, napr. lekári, sestry, poradcovia, pedagógovia, logopédi, profesionálni terapeuti a fyzioterapeuti. Aj keď môže byť označovaný rôznymi názvami, napr. starostlivosť zameraná na pacienta a rodinu, dôraz je rovnaký práca s jednotlivcom a rodinou. Perspektíva „PROS“ je založená na uznaní, že pacienti a rodiny sú zásadnými spojencami kvality a bezpečnosti nielen pri interakciách v rámci priamej starostlivosti, ale aj pri zlepšovaní kvality, bezpečnostných stratégií, vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov, výskume, navrhovaní zariadení a rozvoji stratégie. Starostlivosť zameraná na pacienta a rodinu vedie k lepším zdravotným výsledkom, lepšej skúsenosti pacientov a rodiny so starostlivosťou, lepšej spokojnosti lekárov a ďalšieho personálu ako aj k múdrejšiemu rozdeľovaniu zdrojov (Kočanová, et al., 2021).

Základné hodnoty a princípy "PROS" (IPFCC, 2017):

- Úcta, dôstojnosť a rešpekt: Zdravotníci a sociálni pracovníci počúvajú a ctia pacienta a jeho individuálne rodinné perspektívy a možnosti. Pacienti a ich rodiny, úroveň vedomostí, hodnoty, presvedčenie a kultúrne prostredie sú začlenené do plánovania a poskytovania zdravotnej starostlivosti.
- Zdieľanie informácií: Sestry/iní zdravotníci a sociálni pracovníci komunikujú a zdieľajú úplné a neskreslené informácie s pacientami a ich rodinami, spôsobmi, ktoré sú overené a užitočné. Pacienti a ich rodiny dostávajú včasné, úplné a presné informácie, aby sa vedeli účinne podieľať na starostlivosti a na spolurozhodovaní.
- Účasť: Pacienti a rodiny sú povzbudzovaní a podporovaní k účasti na dlhodobej starostlivosti aj na rozhodovaní na takej úrovni, ktorú si vyberú.
- Spolupráca: Pacienti, rodiny, lekári, sestry, zdravotná starostlivosť a manažéri zdravotno-sociálnej starostlivosti spolupracujú v politike, vo filozofii a rozvoji programov, realizujú aj hodnotia spoločne starostlivosť. Priamo v zariadení modelujú starostlivosť, odborné vzdelávanie príbuzných, ako aj poskytovanie starostlivosti, odovzdávajú si vlastné skúsenosti.

Osem dimenzií starostlivosti zameranej na pacienta a rodinu (spracované podľa RNAO, 2015):

- Rešpektovanie hodnôt, preferencií a vyjadrených potrieb pacienta a jeho rodiny - správať sa k jednotlivcom s rešpektom, spôsobom, ktorý zachováva ich dôstojnosť a preukazuje citlivosť voči ich kultúrnym hodnotám, zapojiť pacienta a jeho rodinu do procesu rozhodovania o liečbe, zameranie sa na kvalitu života, ktorá môže byť ovplyvnená chorobou a liečbou.
- Koordinácia a integrácia starostlivosti - koordinácia a integrácia zdravotnej starostlivosti, starostlivosti o pacienta a služieb s cieľom znížiť pocity strachu a zraniteľnosti.
- Informácie a vzdelávanie -poskytovanie úplných informácií o klinickom stave,

vývoji a prognóze, poskytovanie úplných informácií o procese starostlivosti, poskytovanie úplných informácií, ktoré pomôžu zabezpečiť ich autonómiu a schopnosť postarať sa o seba a podporiť ich zdravie.

- Fyzické pohodlie -zvýšenie fyzického pohodlia v priebehu starostlivosti, najmä z hľadiska manažmentu bolesti, zvýšenie fyzického pohodlia prostredníctvom pomoci pri každodenných činnostiach, udržanie dôrazu na nemocničné prostredie (napr. zachovanie súkromia, čistota, pohodlie, dostupnosť návštev).
- Emocionálna podpora, zmiernenie strachu a úzkosti - pomoc pri zmiernovaní strachu a úzkosti, ktorú môže osoba pociťovať v súvislosti so svojím zdravotným stavom (fyzický stav, liečba a prognóza), pomoc pri zmiernovaní strachu a úzkosti vyplývajúcej z dopadu choroby na osobu a jej rodinu, pomoc pri zmiernovaní strachu a úzkosti vyplývajúcej z finančného dopadu choroby.
- Zapojenie rodiny a priateľov - uznanie a rešpektovanie úlohy rodiny a priateľov osoby v ich skúsenostiach so zdravotnou starostlivosťou cez prispôbenie sa jednotlivcom, ktorí poskytujú osobe podporu počas starostlivosti, rešpektovanie ich úlohy obhajcu pri rozhodovaní, podporu rodinných príslušníkov a priateľov ako opatrovateľov a uznanie ich potrieb.
- Kontinuita a prechod z nemocničnej na následnú/dlhodobú starostlivosť - zmiernenie úzkosti súvisiacej so schopnosťou postarať sa o seba po prepustení z nemocnice prostredníctvom poskytnutia informácií týkajúcich sa užívania liekov, fyzického obmedzenia, diétnych opatrení a pod., koordinovania pokračujúcej liečby a služieb aj po prepustení a zdieľania týchto informácií s osobou a jej rodinou, priebežného poskytovania informácií o dostupnej podpore (napr. sociálnej, fyzickej a finančnej).
- Prístup k starostlivosti - zabezpečenie dostupnosti najmä ambulantnej starostlivosti: , prístup k viacerým službám (napr. ADOS, všeobecný lekár, špecializované ambulancie), dostupnosť prepravy, jednoduché plánovanie a dostupnosť termínov, v prípade potreby prístup k špecialistom a špeciálnym službám.

Záver

Profesionálna empatia a počúvanie pacienta, jeho rodiny, komunity sestrou je spojené so zvýšenou spokojnosťou so starostlivosťou. Naproti tomu, čím negatívnejší je prístup sestry, tým nespokojnejší je človek so svojou starostlivosťou. Znalosť emocionálnych, fyzických, psychických stavov, duchovných potrieb osôb, ich nádeje a obavy zvyšuje kvalitu v terapeuticknej oblasti (NICE, 2014).

Prístup zameraný na človeka a rodinu umožňuje osobe spoluplávať, byť aktívnym partnerom, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti pri určovaní cieľov a plánov pre starostlivosť. Zahrnutie pacienta do plánovania starostlivosti personalizuje starostlivosť uznaním jeho silných stránok, nádejí a preferencií v starostlivosti na základe individuálnych presvedčení, hodnôt, kultúry a životného kontextu. Aby sa zlepšila skúsenosť osoby so zdravotnou starostlivosťou a službami, perspektíva osoby musí byť počas procesu plánovania ústredná, aby sa zabezpečilo, že plán starostlivosti bude personalizovaný, bude sa týkať jedinečných potrieb a životných okolností osoby a

bude pozostávať zo stratégií založených na dôkazoch vhodných pre zdravotné potreby danej osoby (RNAO,2015).

BIBLIOGRAFIA

American Psychological Association. 2018. Social support. In APA Dictionary of Psychology. [online]. Citované dňa: [3.11.2025]. Dostupné z: <<https://dictionary.apa.org/socialsupport>>.

BAAS, L.S. 2012. Patient and family-centered care. [online]. Citované dňa: [3.11.2025]. Dostupné z: [http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563\(12\)00309-3/fulltext](http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(12)00309-3/fulltext).

EDVARDSON, D., & INNES, A. 2010. Measuring person-centered care: A critical comparative review of published tools. In: *The Gerontologist*, vol. 50, no. 6, p. 834-846.

GREENE, S. M., et al. 2012. A framework for making patient-centered care front and center. In: *The Permanente Journal*, vol. 16, no. 3, p. 49-53.

KOČANOVÁ, L. et al. 2021. Pacientsky a rodinne orientovaná starostlivosť - "PROS". Multidisciplinárny štandard pre dlhodobú starostlivosť. [online]. Citované dňa: [3.11.2025]. Dostupné z: http://health.gov_pacientsky_a_rodinne_orientovana_starostlivost_pdf.

KURUCOVÁ, M. 2021. *Vybrané kapitoly z primárnej ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin. Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva, 75 s. ISBN 978-80-8187-101-6.

IPFCC. Institute for Patient and Family Centered Care. 2017. Patient- and Family-Centered Care Defined. [online]. Citované dňa: [3.11.2025]. Dostupné z: <https://www.ipfcc.org/bestpractices/sustainablepartnerships/background/pfcc-defined.html>

NATIONAL INSTITUT for HEALTH and CLINICAL EXCELLENCE (NICE). 2014. Patient experience in adult NHS services: Evidence update 52. Retrieved from [online]. Citované dňa: [3.11.2025]. Dostupné z: <https://www.evidence.nhs.uk/>.

OLSSON, L. E., et al. 2013. Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials-A systematic review. In: *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, no. 3-4, p. 456-465.

RNAO - Registered Nurses Association of Ontario, 2015, Patient and Family centered care - Clinical best practice guidelines . [online]. Citované dňa: [3.11.2025]. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_Web_Version_o.pdf

STARFIELD, B. 2011. Is patient-centred care the same as person-focused care? In: *The Permanente Journal*, vol. 15, no. 2, p. 63-69.

ŠROBÁROVÁ, S. 2014. Riešenia záťažových situácií, krízová intervencia a sociálna opora. In: Kozoň, A. Sociálne zdravie jedinca a spoločnosti. Trenčín: Sposointe, 2014. ISBN: 978-80-89533-12-1.

VANKOVÁ, K. 2020. Penitenciárna a postpenitenciárna starostlivosť v teórii a praxi. vyd. Bratislava: Ultra Print Digital, s. r. o., 2020. 164 s. ISBN 978-80-558-1557-2

Kontakt

PhDr. Tatiana Hudáková, PhD, MPH
VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, Ústav sv. J. N. Neumanna Příbram;
SZŠ Michalovce
SČK ÚS Trebišov,
NsP OAMIS Trebišov, Penta Hospitals a.s.
s.tana@centrum.sk

SKÚSENOSTI SESTIER S PROBLEMATIKOU TÝRANIA, ZNEUŽÍVANIA A ZANEDBÁVANIA STARŠÍCH ĽUDÍ V MEDZIGENERAČNÝCH VZŤAHOCH

NURSES' EXPERIENCES WITH THE ISSUES OF ABUSE, ABUSE AND NEGLECT OF ELDERLY PEOPLE IN INTERGENERATIONAL RELATIONSHIPS

Ivanková Viera¹, Hujdičová Jana², Nemčíková Miroslava³, Hudáková Tatiana⁴

¹³⁴ *Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.*

² *PentaHospitals Nemocnica Michalovce*

Abstrakt

Úvod: Problematika týrania, zneužívania a zanedbávania starších ľudí predstavuje komplexný zdravotný a sociálny problém s preukázanými negatívnymi dopadmi na fyzickú a psychickú pohodu zasiahnutých jedincov. Sestry zohrávajú kľúčovú úlohu v systéme včasnej identifikácie a manažmentu týchto fenoménov, avšak empirické údaje o ich skúsenostiach a postojoch v tejto oblasti sú obmedzené.

Cieľ: Zistiť, aké sú skúsenosti a postoje sestier k problematike týrania, zneužívania a zanedbávania starších ľudí.

Metóda: Realizovali sme výskum metódou anonymného dotazníka so vzorkou 136 sestier, ktoré pracujú so staršími hospitalizovanými pacientmi. Bol využitý validovaný dotazník na zber údajov, pričom štatistická analýza bola vykonaná prostredníctvom softvérového balíka SPSS Statistics verzie 26. Na hodnotenie rozdielov medzi skupinami bol aplikovaný Kruskal-Wallisov neparametrický test.

Výsledky: Výsledky ukázali, že 63% respondentov ohodnotilo svoju znalostnú úroveň o problematike týrania, zanedbávania a zneužívania starších ľudí ako dobrú alebo priemernú, pričom štatistická analýza nepreukázala významný vplyv dosiahnutej úrovne formálneho vzdelania na tieto znalosti ($p > 0,05$). Analýzou perceptuálneho vnímania závažnosti problému podľa vekových kohort neboli zistené štatisticky relevantné rozdiely. Schopnosť identifikovať príznaky týrania vykazovala variabilitu v závislosti od profesionálnej praxe, avšak výsledky nedosiahli štatistickú významnosť ($p > 0,05$). Sestry v inštitúciách pre seniorov uviedli častejší výskyt identifikovaných prípadov týrania, čo poukázalo na rozdiely súvisiace s kontextom pracovného prostredia.

Diskusia: Zistenia akcentujú potrebu rozšírenia špecializovaných edukačných modulov a profesionálnych školení zameraných na posilnenie edukácie sestier v oblasti prevencie a efektívnej identifikácie týrania starších osôb. Osobitný dôraz by mal byť kladený na rozvoj protokolov a intervenčných stratégií na pracoviskách s vyšším výskytom týchto prípadov.

Záver: Výskum poukazuje na významný vplyv profesijnej skúsenosti a typu pracovného prostredia na schopnosti sestier účinne identifikovať a riešiť prípady týrania. Optimalizácia preventívnych a intervenčných opatrení je kľúčová na posilnenie ochrany zraniteľných starších populácií pred zneužívaním a zanedbávaním v medzigeneračných vzťahoch.

Kľúčové slová: Starší človek. Týranie. Zneužívanie. Zanedbávanie. Prevencia. Úloha sestry.

Abstract

Introduction: The issue of elder abuse, neglect, and mistreatment represents a complex health and social problem with proven negative impacts on the physical and psychological well-being of affected individuals. Nurses play a crucial role in the early identification and management of these phenomena; however, empirical data on their experiences and attitudes in this area are limited.

Objective: To investigate the experiences and attitudes of nurses regarding the issue of elder abuse, neglect, and mistreatment.

Method: We conducted research using an anonymous questionnaire with a sample of 136 nurses who work with hospitalized elderly patients. A validated questionnaire was used for data collection, and statistical analysis was performed using the SPSS Statistics software package, version 26. The Kruskal-Wallis non-parametric test was applied to evaluate differences between groups.

Results: The results showed that 63% of respondents rated their knowledge level on the issue of elder abuse, neglect, and mistreatment as good or average, with statistical analysis revealing no significant impact of the level of formal education on this knowledge ($p > 0.05$). Analysis of the perceived severity of the problem by age cohorts found no statistically significant differences. The ability to identify signs of abuse varied with professional practice, although the results did not reach statistical significance ($p > 0.05$). Nurses in senior institutions reported a higher incidence of identified abuse cases, indicating differences related to the context of the work environment.

Discussion: The findings highlight the need for expanded specialized educational modules and professional training aimed at enhancing nurse education in the prevention and effective identification of elder abuse. Special emphasis should be placed on developing protocols and intervention strategies at workplaces with a higher occurrence of these cases.

Conclusion: The research indicates the significant impact of professional experience and the type of work environment on nurses' abilities to effectively identify and address cases of abuse. Optimizing preventive and intervention measures is crucial to strengthening the protection of vulnerable elderly populations from abuse and neglect within intergenerational relationships.

Keywords: Elderly. Abuse. Neglect. Mistreatment. Prevention. Role of nurses.

Úvod

Problematika týrania, zneužívania a zanedbávania starších ľudí predstavuje vážny spoločenský a zdravotný problém, ktorý si zaslúži zvýšenú pozornosť. So starnutím populácie a predlžujúcou sa dĺžkou života pribúda aj počet seniorov, ktorí sú vystavení rôznym formám zneužívania. Tieto formy môžu zahŕňať fyzické a psychické násilie, finančné zneužívanie či zanedbávanie základných potrieb. Závažnosť tejto

situácie podčiarkujú dôkazy o negatívnych dopadoch na fyzickú a psychickú pohodu postihnutých jedincov, čím sa ovplyvňuje aj kvalita ich života. V rámci tejto dynamiky zohrávajú sestry nezastupiteľnú úlohu, keďže často predstavujú prvú líniu v starostlivosti a rozpoznaní tohto fenoménu v rámci systému zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Ich schopnosť včasne identifikovať príznaky zneužívania či zanedbávania a zasiahnuť, je kľúčová pre ochranu ohrozených osôb. Avšak, skúsenosti a postoje sestier v tejto oblasti sú stále nedostatočne preskúmané a pochopené, čo obmedzuje efektívnosť intervencií.

Cieľom príspevku je zdôrazniť problematiku týrania, zneužívania a zanedbávania starších ľudí a poukázať na skúsenosti sestier a to najmä v kontexte medzigeneračných vzťahov.

Súčasný stav

Problematika týrania, zneužívania a zanedbávania starších ľudí predstavuje významný zdravotný a sociálny problém, ktorý má vážne negatívne dopady na fyzickú a psychickú pohodu tejto zraniteľnej skupiny. Podľa správy publikovanej Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO) zažíva 7 % -10 % starších dospelých na celom svete nejakú formu týrania (Yon et al., 2017). Už od 80. rokov minulého storočia, krajiny ako Nórsko, Švédsko, Čína, Kanada, USA a Austrália uskutočňovali výskumy zamerané na tieto otázky (Schavel a kol., 2011, s. 238). Napríklad výskum v USA z roku 1991 odhalil, že až 1,57 miliónov starších ľudí bolo obeťami násilia v domácom prostredí. V Kanade v roku 2000 sa zistilo, že 7 % ľudí sa stretlo s emocionálnym násilím, 1 % čelilo finančnému zneužívaniu a ďalšiemu 1 % bolo obeťou sexuálneho zneužívania najbližšími (Schavel a kol., 2011, s. 238). V Českej republike Kalvach a následne agentúra STEM zistili, že tento problém sa týka približne 10 % respondentov, ktorí zaznamenali u príbuzných, pričom 4 % zažili násilie v ich vlastnej rodine (Buriánek a kol., 2006, s. 87-106). Podobné problémy v zariadeniach ústavnej starostlivosti identifikovali Habart (2006), zatiaľ čo finančný aspekt skúmala Zimmerlová (2007) a zlé zaobchádzanie, konkrétne skúmala Ivanová a kol (2011). Na Slovensku sa tejto otázke venoval Koval (2000) a neskôr Ivančáková (2013), ktorí skúmali zdravotné a sociálne aspekty tohto fenoménu. Hegyi (2010) a následne Ilieová a Juhássová v tom istom roku poukázali na skúsenosti sestier so systémom starostlivosti o starších ľudí, ktorí čelia násiliu a zanedbávaniu. Dôležitou iniciatívou bol prieskum Fóra pre pomoc starším z roku 2014, ktorý ukázal, že viac ako 90 % starších vníma existenciu násilia voči seniorom, pričom viac ako 80 % čerpalo vedomosti z osobných zdrojov alebo okolia (Gáliková, 2014). Tieto údaje poukazujú na alarmujúcu situáciu, ktorá si vyžaduje okamžitú pozornosť. Ukázalo sa, že starší ľudia často čelia zneužívaniu kvôli nedostatku informácií o možnostiach, ako sa brániť.

Sestry tiež čelia výzvam, ako sú nedostatočné znalosti právnych postupov, neochota zapojiť sa do súdnych konaní a absencia rutinných skriningových protokolov (Esteban et al., 2025). Je preto potrebné posilniť úlohu sestier v tejto problematike, pretože sestry môžu zohrávať kľúčovú úlohu pri hlásení prípadov, včasnom zásahu a manažmente starostlivosti o týraných seniorov.

Pojmový rámec výskumného problému

Týranie starších ľudí je definované ako jednorazový alebo opakovaný čin alebo nedostatok vhodných opatrení, ku ktorému dochádza v akomkoľvek vzťahu, kde sa očakáva dôvera, a ktorý staršej osobe spôsobuje ujmu alebo utrpenie (Aflakseir et al., 2016). Medzi formy týrania starších ľudí patrí fyzické, sexuálne, psychologické a emocionálne týranie; finančné a materiálne vykorisťovanie; opustenie; zanedbávanie; a vážna strata dôstojnosti a rešpektu (Hognerová, 2020). Tieto formy týrania sú spojené s významnými nepriaznivými zdravotnými následkami vrátane zhoršeného duševného zdravia, zvýšenej chorobnosti a predčasnej úmrtnosti, ako aj s vyššou mierou hospitalizácie a rehospitalizácie (Corbi et al., 2019).

Napriek rozšírenosti týrania starších ľudí a potenciálnemu významu jeho včasnej identifikácie, sestry na urgentoch často nedokážu takéto prípady rozpoznať alebo nahlásiť (Rosen et al., 2018). Prekážky, ktorým čelia sestry na urgentoch a oddeleniach pri hlásení týrania starších ľudí, sú mnohostranné a zahŕňajú faktory súvisiace s pacientom ako potenciálnou obeťou, rodinou alebo blízkymi kontaktmi pacienta a samotnými sestrami. Vysoká ostražitosť pacientov a nedostatočné povedomie sú významnými prekážkami, ktoré bránia obetiam v hlásení. Pacienti sú ostražití a reagujú negatívne. Medzi typické reakcie pacientov patrí strach z odvety, strach z umiestnenia v opatrovateľskom dome, pocity bezmocnosti a túžba chrániť svoju rodinu (Phelan, 2018). Členovia rodiny môžu byť týranie popierať, alebo sú sami páchatelmi. Ako uvádza Žigová (2011), ak sa pri kontakte so starým človekom zistia neodôvodnené prejavy strachu, úzkosť pri otázkach alebo zmienkach o členoch rodiny, odmietanie odpovedí na niektoré otázky, alebo ak rodina nechce dovoliť vyšetrenie starého človeka bez prítomnosti jej člena, je vyššia pravdepodobnosť, že môže ísť o zanedbávanie, týranie či násilie.

Sestry sú často priamymi svedkami starostlivosti o starších pacientov, čo im dáva jedinečnú príležitosť rozpoznať príznaky zneužívania, či už ide o fyzické, emocionálne alebo finančné formy. Napriek ich kľúčovej úlohe môže byť ich schopnosť účinne reagovať ovplyvnená viacerými faktormi. Jedným z hlavných problémov je nedostatočné vzdelanie a tréning, ktorý by sestram poskytol potrebné nástroje a znalosti na rozpoznanie a riešenie prípadov zneužívania. Bez adekvátnej prípravy môžu sestry prehliadnuť dôležité varovné signály alebo sa cítiť neisto pri rozhodovaní o najlepšom postupe. Ďalším problémom sú organizačné a systémové prekážky, ako sú nedostatok zdrojov, podpora zo strany vedenia alebo nejasné politiky, ktoré môžu obmedziť možnosti sestier zasiahnuť. Okrem praktických aspektov je potrebné zohľadniť aj emocionálne a etické výzvy, ktorým sestry čelia pri riešení prípadov zneužívania. Tieto situácie môžu byť emocionálne vyčerpávajúce a vyžadovať zložité etické rozhodovanie, čo môže ovplyvniť ich profesionálnu spokojnosť a duševnú pohodu.

Cieľ výskumu

Primárnym cieľom nášho výskumu bolo zistiť skúsenosti sestier s problematikou zneužívania, zanedbávania a týrania starších dospelých. Čiastkovými cieľmi bolo zmapovať úroveň vedomostí sestier o tejto problematike a pochopiť, ako

sestry vnímajú tento problém. Tiež sme sa zamerali na identifikáciu špecifických foriem zneužívania, zanedbávania a vykorisťovania, s ktorými sa sestry stretli vo svojej praxi. Okrem toho sme skúmali ich schopnosť rozpoznať príznaky zneužívania, zanedbávania a vykorisťovania u starších osôb a snažili sme sa zistiť, či sa s takýmito prípadmi stretli na svojich pracoviskách a tiež odhaliť osobné skúsenosti sestier so zlým zaobchádzaním so staršími pacientmi, aby sme lepšie pochopili ich perspektívy a potreby pri riešení týchto závažných problémov.

Charakteristiky výskumného súboru

Na účely nášho výskumu sme zvolili dotazník vlastnej konštrukcie, cielený špecificky pre sestry, aby sme zhromaždili podrobné údaje o problematike týrania, zneužívania a zanedbávania starších osôb. Realizácia výskumu prebiehala od októbra do decembra 2024 a bola vykonaná v troch nemocniciach na východnom Slovensku. Zo 160 oslovených sestier sme obdržali 144 vyplnených dotazníkov. Po vylúčení 8 neúplných odpovedí sme do záverečnej analýzy zahrnuli 136 platných dotazníkov, čo predstavuje návratnosť 85 % a poskytuje robustný základ pre ďalšiu kvantitatívnu a kvalitatívnu analýzu. Demografická charakteristika vzorky 136 sestier zahŕňala 123 žien (90,4 %) a 13 mužov (9,6 %). Veková distribúcia ukázala, že najväčšia skupina spadá do kategórie 20-30 rokov (31,6%), nasledovaná skupinami vo veku 41-50 rokov (25,7%) a 31-40 rokov (24,3%). Nižšie zastúpenie mali respondenti vo veku 51-60 rokov (11,8%) a najmenšiu skupinu tvoria respondenti nad 61 rokov (6,6%). Vzdelanostná úroveň respondentiek bola dominovaná sestrami s vysokoškolským vzdelaním 1. stupňa (Bc.) s 55,1 % podielom, nasledovanými sestrami s vysokoškolským vzdelaním 2. stupňa (Mgr.) predstavujúcimi 16,9 %. Tiež boli zastúpené sestry so špecializáciou (11,8 %), so stredoškolským vzdelaním (8,8 %), diplomované sestry (4,4 %), a najmenší podiel mali sestry s vysokoškolským vzdelaním 2. stupňa (PhDr.) s 2,9 %. Z pohľadu dĺžky praxe, najpočetnejšiu skupinu tvorili sestry s praxou do 5 rokov (29,4 %), sledované skupinami s praxou 6-10 rokov (19,9 %), 21-30 rokov (17,6 %), a 11-15 rokov (14,7 %). Staršie sestry s praxou nad 30 rokov tvorili 9,6% a najmenšie zastúpenie mali sestry s praxou 16-20 rokov (8,8%). Pokiaľ ide o pracovné zaradenie, podiel mali sestry z rôznych odborných oddelení v troch nemocniciach na východnom Slovensku ako onkológia, infekčné choroby, chirurgia, ortopédia, urológia, traumatológia, urgent, JIS, OAIM, KAIM a angiológia, s 38,2 %. Interné oddelenie zastupovalo 22,1 % sestier, nasledované oddeleniami pre dlhodobých chorých a geriatrickými oddeleniami (14 %). Zastúpenie mali aj neurologické oddelenie (13,2%) a najmenej respondentov bolo zo zariadení pre seniorov (12,5%). Demografické údaje respondentov uvádzame v tabuľke 1.

Tab.1 Demografické charakteristiky respondentov

Charakteristika	Kategória	n	%
Pohlavie	Ženy	123	90,4%
	Muži	13	9,6%
Veková kategória	20-30 rokov	43	31,6%

Charakteristika	Kategória	n	%
	31-40 rokov	33	24,3%
	41-50 rokov	35	25,7%
	51-60 rokov	16	11,8%
	Nad 61 rokov	9	6,6%
Vzdelanie	VŠ 1. stupeň (Bc.)	75	55, %1
	VŠ 2. stupeň (Mgr.)	23	16,9%
	Špecializácia	16	11,8%
	Stredoškolské	12	8,8%
	Diplomované sestry	6	4,4%
	VŠ 2. stupňa (PhDr.)	4	2,9%
Dĺžka praxe	Do 5 rokov	40	29,4%
	6-10 rokov	27	19,9%
	11-15 rokov	20	14,7%
	16-20 rokov	12	8,8%
	21-30 rokov	24	17,6%
	Nad 30 rokov	13	9,6%
Pracovné zaradenie	Rôzne odborné oddelenia	52	38,2%
	Interné oddelenie	30	22,1%
	Oddelenia pre dlhodobo chorých	19	14,0%
	Neurologické oddelenie	18 rokov	13,2%
	Zariadenia pre seniorov	17	12,5%

Výsledky výskumu

Tab.2 Skúsenosti sester s prípadmi týrania starších pacientov

Ako často sa stretávate s prípadmi týrania starších pacientov vo vašom zariadení?	Výsledky	
	n	%
Veľmi často	1	0,7%
Často	3	2,2%
Občas	29	21,3%
Zriedkavo	90	66,2%
Nikdy	13	9,6%
Celkom	136	100%

Na základe výsledkov zozbieraných z dotazníkov sme zistili, že prípady týrania starších pacientov sa vyskytujú vo vybraných prípadoch s rôznou frekvenciou. Iba 0,7% respondentov uviedlo, že sa s týmito prípadmi stretávajú veľmi často. Často sa s týraním stretáva 2,2% sester. Viac ako pätina, konkrétne 21,3% respondentov, zaznamenala tieto prípady len občas. Väčšina sester (66,2 %), uviedla, že sa s týraním starších pacientov stretáva zriedkavo. Nakoniec 9,6% sester tvrdilo, že sa s týmito prípadmi nikdy nestretávajú.

Tab.3 Najčastejšie formy týrania, zneužívania a zanedbávania starších ľudí

Ktoré formy týrania, zneužívania a zanedbávania starších ľudí sú podľa Vašich skúseností najčastejšie?	Výsledky	
	n	%
Emocionálne alebo psychické zneužívanie	95	69,9%
Finančné zneužívanie	84	61,8%
Zanedbávanie	80	58,8%
Fyzické násilie	51	37,5%
Sexuálne zneužívanie	3	2,2%
Iné	0	0%

Na základe našich zistení sú najčastejšími formami týrania, zneužívania a zanedbávania starších ľudí podľa skúseností sestier emocionálne alebo psychické zneužívanie, čo viedlo k 69,9 % respondentov. Finančné zneužívanie sa vyskytuje často podľa 61,8 % sestier. Zanedbanie starších osôb je tiež výrazne prítomné, to uviedlo 58,8 % opýtaných. Fyzické násilie je menej časté, ale stále prítomné podľa 37,5 % sestier. Naopak, sexuálne zneužívanie uviedlo len 2,2% respondentov.

Tab.4 Príznaky ktoré by mohli naznačovať, že staršia osoba zažíva týranie, zneužívanie alebo zanedbávanie

Aké sú podľa Vás najvýznamnejšie príznaky, ktoré by mohli naznačovať, že staršia osoba zažíva týranie, zneužívanie alebo zanedbávanie?	Výsledky	
	n	%
Zmenený vzhľad alebo hygiena	90	66,2%
Zmeny v správaní alebo nálade	87	64,0%
Nevysvetlené fyzické zranenia	77	56,6%
Sociálna izolácia	60	44,1%
Finančné problémy	54	39,2%
Iné	0	0,0%

Podľa skúseností sestier sú najvýznamnejšími príznakmi, ktoré môžu naznačovať týranie, zneužívanie alebo zanedbávanie starších osôb, zmeny vzhľadu alebo hygieny, ktoré potvrdilo 66,2 % respondentov. Ďalším dôležitým indikátorom sú zmeny v správaní alebo nálade, na ktoré poukázalo 64 % sestier. Nevysvetlené fyzické zranenie považujeme za významný príznak 56,6 % opýtaných. Sociálna izolácia je tiež častým príznakom podľa 44,1 % respondentov, zatiaľ čo 39,2 % sestier uvádza finančné problémy ako možný indikátor.

Tab. 5 Najviac týrané osoby podľa pohlavia z pohľadu sestier

Kto je podľa Vás najviac týraný, zanedbávaný alebo zneužívaný?	Výsledky

	n	%
Ženy	122	89,7%
Muži	14	10,3%
Celkom	136	100%

Podľa skúseností opýtaných sestier sú najviac týrané, zanedbávané alebo zneužívané ženy, čo uviedlo 89,7 % respondentov. Muži sú podľa odpovedí sestier týraní, zanedbávaní alebo zneužívaní oveľa menej často, čo uviedlo 10,3% opýtaných.

Tab.6 Vnímanie starších ľudí spoločnosťou

Ako podľa Vás vníma spoločnosť starších ľudí?	Výsledky	
	n	%
Starí ľudia sú krehkí a chorľavý, je potrebné sa o nich starať	84	61,8%
Starší ľudia sú ekonomickou záťažou pre štát	37	27,2%
Sociálne izolovaný, nezaujíma ich vonkajší svet	8	5,9%
Dôchodcovia užívajúci si dôchodok	7	5,1%
Iné	0	0%

Podľa názorov opýtaných sestier sú viac starší ľudia vnímaní ako krehkí a chorí, o ktorých je potrebné sa starať, čo viedlo 61,8 % respondentov. Tretina respondentov, konkrétne 27,2%, vníma starších ľudí ako ekonomickú záťaž pre štát. Len malá časť, 5,9 %, považujeme starších ľudí za sociálne izolovaných, ktoré nezaujímajú vonkajší svet. Iba 5,1 % respondentov si myslí, že dôchodcovia si užívajú dôchodok.

Tab.7 Rozpoznanie príznakov, kedy je starší človek týraný, zneužívaný alebo zanedbávaný

Podľa akých príznakov môžeme rozpoznať staršieho človeka, ktorý je týraný, zneužívaný alebo zanedbávaný?	Výsledky	
	n	%
Modriny	113	83,1%
Zanedbaná hygiena	90	66,2%
Strach	90	66,2%
Podvýživa	89	65,4%
Plačlivosť	66	48,5%
Dekubity	57	41,9%
Iné	1	0,7%

Podľa skúseností sestier môžeme rozpoznať staršieho človeka, ktorý je týraný, zneužívaný alebo zanedbávaný, najmä podľa prítomnosti modrín, čo uviedlo 83,1 % opýtaných. Mimoriadne významné príznaky sú zanedbaná hygiena a strach, ktoré

uviedlo až 66,2 % respondentov. Podvýživa je znakom týrania podľa 65,4% sestier. Plačlivosť udáva ako príznak 48,5% respondentov, zatiaľ čo dekubity sú indikátorom podľa 41,9% sestier.

Tab.8 Rozpoznanie správania človeka podozrivého z týrania

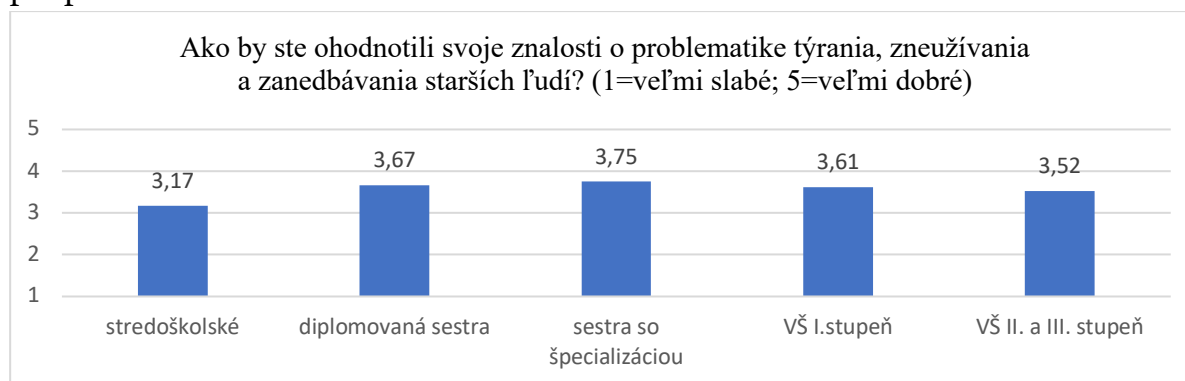
Ako sa podľa Vás správa niekto, kto je podozrivý z týrania, zanedbávania starších ľudí?	Výsledky	
	n	%
Nezáujem o príbuzného a jeho zdravotný stav	88	64,7%
Spôsob komunikácie so seniorom	85	62,5%
Arogantné správanie	81	59,6%
Nenavštíví a nedonesie nič príbuznému do nemocnice	55	40,4%
Iné	0	0%

Podľa skúseností sestier je hlavným indikátorom správanie osoby podozrivej z týrania alebo zanedbávania starších ľudí. Nezáujem o zdravotný stav staršieho príbuzného uviedlo 64,7 % sestier. Ďalším častým znakom je spôsob komunikácie so seniorom, ktorý zaznamenalo 62,5 % sestier. Arogantné správanie je príznakom podľa 59,6% opýtaných. Neprejavenie záujmu tým, že príbuzného nenavštívia alebo mu neprinesú nič do nemocnice uviedlo ako príznak zanedbávania 40,4 % respondentov.

Tab. 9 Overenie H1

	N	M	SD	Mdn	H	df	P
Stredoškolské	12	3,17	0,72	3,00	4,143	4	0,387
Diplomovaná sestra	6	3,67	0,52	4,00			
Sestra so špec.	16	3,75	0,58	4,00			
VŠ I. stupeň	75	3,61	0,84	4,00			
VŠ II. a III. Stupeň	27	3,52	0,85	4,00			

Vysvetlivky: N – počet respondentov, M – priemer, SD – smerodajná odchýlka, Mdn – medián H – testovacia štatistika Kruskal-Wallisovho testu, df – počet stupňov voľnosti, p – p-hodnota



Graf 1 Znalosti o problematike týrania v závislosti od vzdelania.

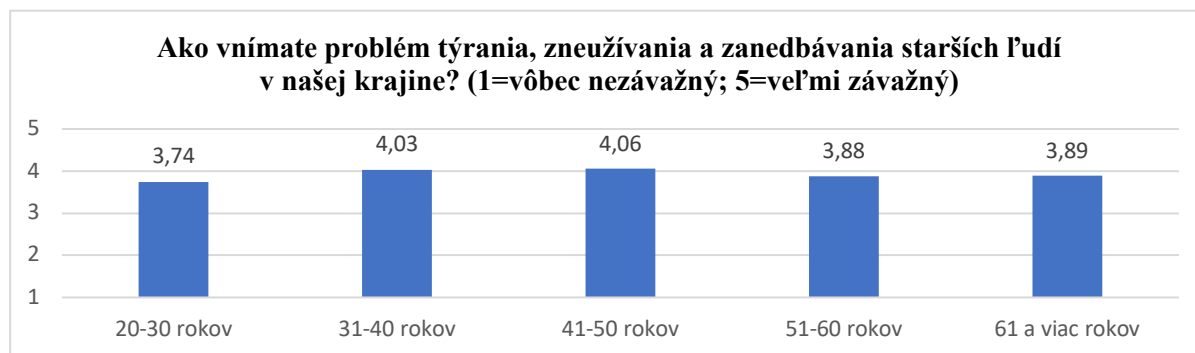
Stanovili sme hypotézy, ktoré sme následne testovali. Na základe stanovenej H₁, kde sme predpokladali existenciu štatisticky významného rozdielu v znalostiach sestier o probléme týrania, zneužívania a zanedbávania starších ľudí v závislosti od dosiahnutia ich vzdelania. Pre účely tejto analýzy sme rozdelili respondentov do vzdelanostných skupín, pričom sme spojili druhého vysokoškolského vzdelania II. a III. stupňa z dôvodu nízkeho počtu respondentov v III. stupni (len štyria), čo by mohlo ovplyvniť relevantnosť výsledkov. Účelom našej analýzy bolo preskúmanie ordinálnej premennej charakterizujúcej sebahodnotenie znalostí sestier, ktoré respondenti hodnotili na 5-bodovej stupni. Pre porovnanie medzi piatimi rôznymi vzdelanostnými skupinami sme sa rozhodli použiť Kruskal-Wallisov test, čo je nevýparametrický test určený na vyhodnotenie rozdielov medzi viacerými nezávislými skupinami. Z výsledkov testu, ktoré sú zhrnuté v tabuľke 8, vyplýva, že priemerná hodnota sebahodnotenia znalostí u sestier so stredoškolským vzdelaním je nižšia v porovnaní s ostatnými skupinami. Ostatné vzdelanostné úrovne sú podobnej priemernej hodnoty. Na základe testovacej štatistiky Kruskal-Wallisovho testu $H = 4,143$ s počtom stupňov voľnosti $df = 4$ a p-hodnota 0,387 vyplýva, že rozdiely medzi skupinami nie sú štatistické významné, p-hodnota je vyššia ako 0,05.

Na základe uvedených výsledkov nemôžeme potvrdiť platnosť hypotézy H₁, pretože sme nezistili významné rozdiely v miere znalostí medzi sestrami podľa rôznych úrovní vzdelania. Analýza teda potvrdzuje, že úroveň vzdelania sestier nevykazuje výrazný vplyv na ich vnímanie a znalosti týkajúce sa problematiky týrania, zneužívania a zanedbávania starších ľudí.

Tab. 10 Overenie H₂

	N	M	SD	Mdn	H	df	P
20-30 rokov	43	3,74	0,90	4,00	3,767	4	0,439
31-40 rokov	33	4,03	0,95	4,00			
41-50 rokov	35	4,06	0,97	4,00			
51-60 rokov	16	3,88	0,81	4,00			
61 a viac rokov	9	3,89	0,60	4,00			

Vysvetlivky: N – počet respondentov, M – priemer, SD – smerodajná odchýlka, Mdn – medián H – testovacia štatistika Kruskal-Wallisovho testu, df – počet stupňov voľnosti, p – p-hodnota



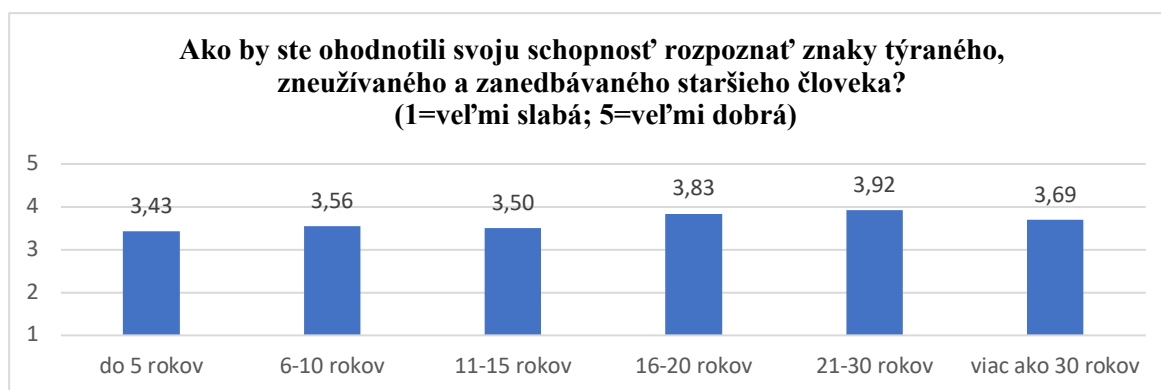
Graf.2 Vnímanie problematiky týrania v závislosti od veku.

Hypotéza H2 testovala, či existuje štatisticky významný rozdiel vo vnímaní týrania, zneužívania a zanedbávania starších ľudí ako problém v našej krajine v závislosti od veku sestier. Pri analýze sme sa zamerali na ordinálnu premennú vychádzajúcu z otázok č. 10, kde sme skúmali rozdiely medzi rôznymi vekovými skupinami respondentov. Rovnako ako v predchádzajúcej analýze sme aplikovali Kruskal-Wallisov test na posúdenie týchto rozdielov. Výsledky testovania: pre skupinu sestier vo veku 20-30 rokov 3,74, pre 31-40 rokov 4,03, pre 41-50 rokov 4,06, pre 51-60 rokov 3,88 a pre skupinu nad 61 rokov 3,89. Všetky vekové skupiny majú medián zhodne rovnajúci sa 4,00. Kruskal-Wallisova testovacia štatistika bola $H = 3,767$ s počtom stupňov významné voľnosti $df = 4$ a p-hodnotou 0,439, čo znamená, že rozdiely vo vnímaní problému medzi skupinami nie sú štatisticky významné. P-hodnota presahujúca hranicu 0,05 znamená, že rozdiely medzi skupinami nie sú na úrovni, ktorá by potvrdila hypotézu H2. Na základe uvedených výsledkov je nemožno potvrdiť hypotézu H2, pretože nedošlo k zisteniu štatistických významných rozdielov vo vnímaní problematiky týrania, zneužívania a zanedbávania starších ľudí na základe vekovej skupiny sestier.

Tab. č. 11 Overenie H3

	N	M	SD	Mdn	H	Df	P
Do 5 rokov	40	3,43	0,75	3,00	5,865	5	0,320
6-10 rokov	27	3,56	0,75	4,00			
11-15 rokov	20	3,50	0,61	4,00			
16-20 rokov	12	3,83	1,03	4,00			
21-30 rokov	24	3,92	0,97	4,00			
Viac ako 30 rokov	13	3,69	0,63	4,00			

Vysvetlivky: N – počet respondentov, M – priemer, SD – smerodajná odchýlka, Mdn – medián H – testovacia štatistika Kruskal-Wallisovho testu, df – počet stupňov voľnosti, p – p-hodnota



Graf 3 Schopnosti rozpoznať znaky týraného, zneužívaného staršieho človeka v závislosti od dĺžky praxe.

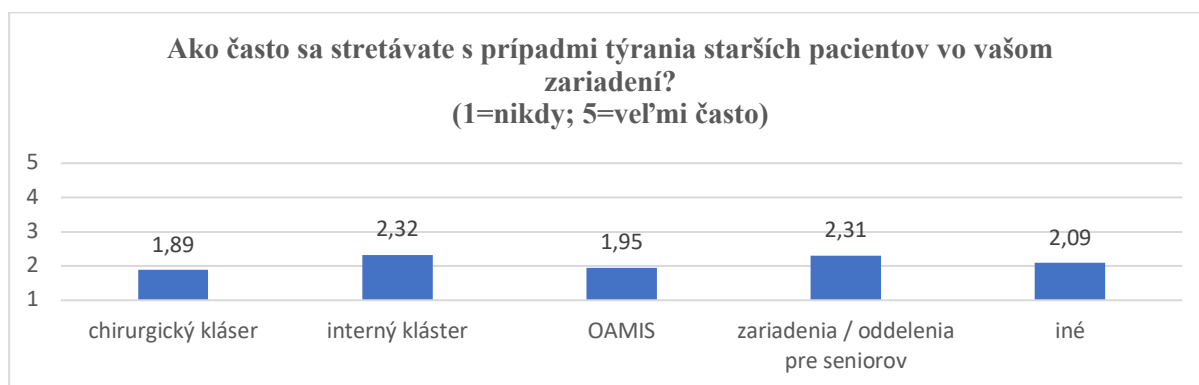
Hypotéza H3 skúmala, či existuje štatisticky významný rozdiel v schopnosti sestier rozlíšiť znaky týraného, zneužívaného a zanedbávaného staršieho človeka v závislosti od dĺžky ich praxe. Na posúdenie týchto rozdielov sme sa zamerali na

ordinálnu premennú z otázky č. 11 a aplikovali sme Kruskal-Wallisov test. V tabuľke 11 sú uvedené priemerné hodnoty, smerodajné odchýlky a mediány schopnosti rozpoznať znaky týraného človeka pre jednotlivé skupiny sestier podľa dĺžky praxe. Hodnoty sa pohybujú medzi 3,43 pre sestry s praxou do 5 rokov až po 3,92 pre sestry s praxou 21-30 rokov. Medián pre každú skupinu je prevažne na hodnotách 3 alebo 4, čo znamená, že väčšina sestier sa hodnotí ako priemerne schopné až nadpriemerne schopné rozpoznať tieto znaky. Testovacia štatistika Kruskal-Wallisovho testu je $H = 5,865$ s počtom stupňov voľnosti $df = 5$ a p-hodnotou 0,320. Táto p-hodnota naznačuje, že rozdiely v schopnosti rozlíšiť znaky medzi rôznymi skupinami podľa dĺžky praxe nie sú štatisticky významné, keďže p-hodnota presahuje hranicu 0,05. Na základe týchto výsledkov nemôžeme potvrdiť platnosť hypotézy H_3 .

Tab. č. 12 Overenie H_4

	N	M	SD	Mdn	H	df	p
chirurgický kláster	18	1,89	0,32	2,00	11,242	4	0,024
interný kláster	50	2,32	0,65	2,00			
OAMIS	21	1,95	0,50	2,00			
Zariadenia / oddelenia pre seniorov	36	2,31	0,75	2,00			
Iné	11	2,09	0,83	2,00			

Vysvetlivky: N – počet respondentov, M – priemer, SD – smerodajná odchýlka, Mdn – medián H – testovacia štatistika Kruskal-Wallisovho testu, df – počet stupňov voľnosti, p – p-hodnota



Graf 4 Stretnutie sa s prípadmi týrania v závislosti od typu oddelenia.

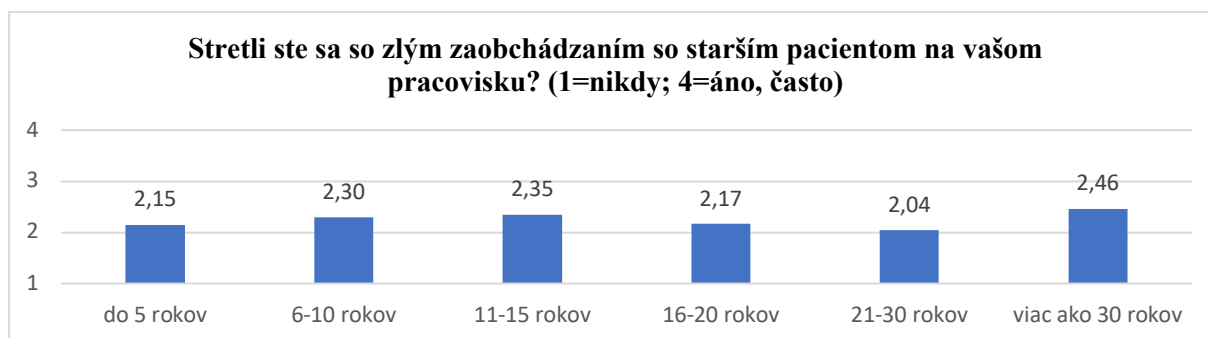
Pri testovaní hypotézy H_4 sme sa zamerali na zistenie, či existuje štatisticky významný rozdiel v skúsenostiach sestier s týranými staršími pacientmi v závislosti od typu oddelenia alebo zariadenia, kde pôsobia. Pre tento účel sme vyhodnotili odpovede

na otázku č. 16, pričom sme rozdelili respondentov do klastrov na základe typu oddelenia: chirurgický klaster, interný klaster, klaster OAMIS (urgentný príjem a ARO a JIS), zariadenia/oddelenia pre seniorov a iné (zahŕňajúce rôzne iné oddelenia). Výsledky Kruskala-Wallisovho testu, ktoré sú uvedené v tabuľke č. 12, že p-hodnota je 0,024, čo je menej ako hranica 0,05. Testovacia štatistika H bola 11 242 s počtom stupňov voľnosti $df = 4$. Tieto výsledky dokazujú, že rozdiely medzi jednotlivými klastrami sú štatisticky významné, čo znamená, že sestry majú skutočne rôzne skúsenosti s prípadmi týrania pacientov v závislosti od typu oddelenia alebo zariadenia, v ktorom pracujú. Z analýzy vyplýva, že sestry na internom klastri a v zariadeniach pre seniorov sa stretávajú s prípadmi týrania starších pacientov. Naopak najnižšia úroveň skúseností s týmito prípadmi bola zaznamenaná u sester pracujúcich na chirurgickom oddelení a na OAMIS. Na základe týchto zistení môžeme potvrdiť hypotézu H₄, keďže **existujú štatisticky významné rozdiely** v skúsenostiach s týranými staršími pacientmi podľa typu oddelenia alebo zariadenia, kde pôsobia.

Tab. č. 13 Overenie H₅

	N	M	SD	Mdn	H	df	p
Do 5 rokov	40	2,15	0,77	2,00	4,272	5	0,511
6-10 rokov	27	2,30	0,67	2,00			
11-15 rokov	20	2,35	0,81	2,00			
16-20 rokov	12	2,17	0,94	2,00			
21-30 rokov	24	2,04	0,75	2,00			
Viac ako 30 rokov	13	2,46	0,66	3,00			

Vysvetlivky: N – počet respondentov, M – priemer, SD – smerodajná odchýlka, Mdn – medián H – testovacia štatistika Kruskal-Wallisovho testu, df – počet stupňov voľnosti, p – p-hodnota



Graf 5 Skúsenosť so zlým zaobchádzaním na pracovisku v závislosti od dĺžky praxe.

Hypotéza H₅ testovala, či existuje štatisticky významný rozdiel v skúsenostiach so zlým zaobchádzaním so staršími pacientmi na ich pracovisku v závislosti od dĺžky ich praxe. Pri analýze sme sa zamerali na odpovede na otázku č. 21, ktorá dala možnosť zoradiť odpovede podľa ordinality a preskúmali sme ich pomocou Kruskal-Wallisovho

testu. Tabuľka 13 poskytuje prehľad priemerných hodnôt, smerodajných odchýlok a mediánov pre každú skupinu sestier rozdelenú podľa dĺžky praxe. Skúseností so zlým zaobchádzaním so staršími ľuďmi sa pohybujú od 2,04 pre sestry s praxou 21-30 rokov po 2,46 rokov s praxou viac než 30 rokov. Mediány sú prevažne na hodnote 2, zatiaľ čo u dlhšej praxe sestier medián dosiahne 3. Testovacia štatistika Kruskala-Wallisovho testu dala hodnoty $H = 4,272$ s počtom stupňov voľnosti $df = 5$ a p-hodnotou 0,511, čo znamená, že rozdiely medzi skupinami nie sú štatisticky významné, keďže p-hodnota presahuje hranicu 0,05. Na základe týchto výsledkov nemôžeme potvrdiť platnosť H_5 , keďže nedošlo k zisteniu štatistických významných rozdielov so skúsenosťami so zlým zaobchádzaním v závislosti od dĺžky ich praxe.

Diskusia

Zneužívanie, zanedbávanie a zlé zaobchádzanie so staršími ľuďmi predstavujú významné sociomedicínske výzvy, ktoré si vyžadujú multidisciplinárny prístup a trvalý systémový zásah. Svetová zdravotnícka organizácia charakterizuje zneužívanie starších ľudí ako jednorazové alebo opakované činy, ktoré spôsobujú starším ľuďom ujmu alebo utrpenie (Yon et al., 2017). Repková (2013) identifikuje tieto zneužívajúce praktiky ako často prameniace z nenápadnej neúcty, ktorá môže potenciálne eskalovať do vážnej psychickej a fyzickej ujmy. Od 80. rokov 20. storočia štúdie v rôznych krajinách vrátane Nórska, Švédska, Číny, Kanady a Spojených štátov zdôrazňujú tento všadeprítomný problém a zdôrazňujú dôležitosť kultúrnych a ekonomicky kontextových riešení (Koval, 2001). Cieľom našej štúdie bolo preskúmať skúsenosti sestier so zlým zaobchádzaním so staršími ľuďmi, pričom sa zamerali na ich úlohu pri identifikácii a nahlásení takéhoto zneužívania. Sestry majú kľúčovú zodpovednosť za rozpoznanie fyzického, psychického a finančného zneužívania vzhľadom na ich dvojité úlohu v poskytovaní starostlivosti a ochrane zraniteľných skupín obyvateľstva. Hogerová (2020) zdôrazňuje potrebu, aby boli sestry primerane informované a vyškolené v etických a právnych rámcoch, aby mohli tieto prípady efektívne zvládať. Vzorku nášho výskumu tvorilo 136 sestier, prevažne žien (90,4 %), pričom väčšina z nich bola vo veku 20 – 30 rokov (31,6 %). Pokiaľ ide o vzdelanie, väčšina sestier mala bakalársky titul (55,1 %), čo uľahčilo analýzu vplyvu vzdelania na vedomosti a prístupy k zlému zaobchádzaniu so staršími ľuďmi. Zistenia odhalili heterogenitu v úrovni vedomostí, pričom 45,6 % sestier hodnotilo svoje porozumenie ako dobré a 35,3 % ako priemerné. Najčastejšie bolo identifikované emocionálne a psychologické zneužívanie (69,9 %), čo je v súlade s Lovašom (2010), ktorý zdôraznil rozšírenosť finančného a emocionálneho vykorisťovania. Hypotéza H_1 predpokladala znalostné rozdiely na základe dosiahnutého vzdelania, čo sa nepotvrdilo, čo naznačuje, že samotná úroveň vzdelania spoľahlivo nepredpovedá pochopenie týrania starších ľudí. Toto tvrdenie je v súlade s Kožiakom (2015) a kontrastuje s výskumom Kicovej (2013), ktorá pozorovala určité vplyvy vzdelávania na povedomie o ageizme. Hypotéza H_2 v našom výskume skúmala vnímanie závažnosti zneužívania v porovnaní s vekom sestier, čo nebolo dokázané, čo naznačuje jednotnú informovanosť vo všetkých vekových skupinách. To by sa dalo pripísať všadeprítomnému šíreniu informácií prostredníctvom médií a vzdelávacích iniciatív. Hypotéza H_4 **potvrdila rozdiely v skúsenostiach** so

zneužíváním na základe typu oddelenia. Sestry v internej a geriatrickej starostlivosti hlásili vyššiu frekvenciu prípadov zneužívania v porovnaní so sestrami na chirurgických alebo pohotovostných oddeleniach, pravdepodobne v dôsledku trvalejších interakcií s dlhodobo chorými alebo zraniteľnými pacientmi. Hypotéza H3 skúmala koreláciu medzi schopnosťou rozpoznať zneužívanie a dĺžkou praxe, pričom nebol zistený žiadny významný rozdiel. Hypotéza H5, ktorá sa týkala vzťahu dĺžky praxe na skúsenosti so zneužívaním, nebola potvrdená, čo zdôrazňuje potrebu organizačnej podpory a štruktúrovaného školenia namiesto spoliehania sa výlučne na dĺžku klinickej praxe pre efektívne rozpoznanie a intervenciu v prípade zneužívania starších ľudí. Záverom možno konštatovať, že zlepšenie ošetrovateľskej praxe prostredníctvom komplexných vzdelávacích programov a vývoja protokolov na riešenie týrania starších ľudí je nevyhnutné. Tento prístup sa zameriava nielen na zlepšenie kvality starostlivosti, ale aj na posilnenie ochrany a dodržiavanie práv starších pacientov (Koval, 2004; Muhlpachr, 2004).

Záver

Výskum zameraný na skúsenosti sestier s týraním, zneužívaním a zanedbávaním starších ľudí v kontexte medzigeneračných vzťahov odhalil niekoľko kľúčových aspektov, ktoré súvisia so starostlivosťou o túto zraniteľnú skupinu. Zistenia poukazujú na to, že schopnosť sestier rozpoznať situáciu je spojená s ich odbornou prípravou a podporou v pracovnom prostredí. Významnou časťou výskumu bolo zistenie, že medzigeneračné vzťahy predstavujú komplexné dynamiky, ktoré môžu ohroziť starších ľudí. Sestry často fungujú ako mediátorky medzi generáciami, pričom musia zvládať náročné komunikačné situácie a rodinnú dynamiku, ktoré môžu prispievať k zneužívaniu. Analýza tiež ukázala, že hoci mnohé sestry hodnotia svoje znalosti o problematike ako primerané, existuje potreba pre hlbšie pochopenie psychologických a emocionálnych aspektov, s dôrazom na subtílné formy zneužívania. Rozdiely medzi jednotlivými oddeleniami, kde sestry pracujú, ovplyvňujú ich schopnosť a pripravenosť na riešenie zložitých situácií. Pre rozvoj ochrany starších osôb je preto potrebná systematická podpora sestier prostredníctvom neustáleho vzdelávania a špecializovaných tréningov, ktoré budú zamerané na zručnosti a efektívne riešenie týchto problémov. Vypracovanie záväzných protokolov a špecifických programov na podporu medzigeneračných vzťahov by mohli prispieť k prevencii a rýchlej reakcii na problém zanedbávania, týrania a zneužívania starších ľudí. Posilňovanie medzigeneračnej spolupráce a podpora sestier v komplexnom chápaní dynamiky týchto vzťahov sú kľúčové pre zlepšenie starostlivosti a ochrany práv starších ľudí.

BIBLIOGRAFIA

AFLAKSEIR, A., MOHAMMAD-ABADI, M.,S. 2016 The role of health locus of control in predicting depression symptoms in a sample of Iranian older adults with chronic diseases. In *Iran J Psychiatry*. 2016;11(2):82–6. PMCID: PMC4947224 PMID: 27437004.

BURIÁNEK, J. a kol. 2006. *Domáci násilí – Násilí na mužích a seniorech*. 1. vyd. Praha/Kroměříž: Nakladatelství Triton, 2006. 108 s. ISBN 80-7254-914-6.

CORBI, G. et al. 2019. Elder abuse: perception and knowledge of the phenomenon by healthcare workers from two Italian hospitals. In *Intern Emerg Med*. 2019;14:549–55. [online].[cit. 2025-10-19]. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11739-019-02038-y>.

ESTEBARSARI, F. et al. 2025. Triage nurses' perspectives about abuse of older people: a study in a hospital setting. *BMC Nurs* 24, 293 (2025). [online].[cit. 2025-10-21]. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02949-6>

GÁLISOVÁ, Ľ. 2015. *Prieskum týrania a zlého zaobchádzania so staršími ľuďmi* [online].[cit. 2025-10-15]. Dostupné na :[https:// www.employment. Gov .sk/files/ slovensky/ministerstvo/rada-vlady-sr-prava-seniorov/zasadnutie-23-11.2015/bod-c.2/podporny-materiak-k-bodu-c-1-forum.pdf](https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/rada-vlady-sr-prava-seniorov/zasadnutie-23-11.2015/bod-c.2/podporny-materiak-k-bodu-c-1-forum.pdf)

GÁLISOVÁ, Ľ. 2021. Násilie páchané na senioroch je neodpušiteľné!. In *Fórum pre seniorov*. ISSN 1336-9571, 2021, roč. XIII., č. 3/2021, s. 8-9.

HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatría*. Bratislava: Herba, 2010. 601 s. ISBN 978-80-89171-73-6.

HEGYI, L. 2011. Ageizmus. In *Geriatría*. Slovenská gerontologická a geriatrická spoločnosť. Bratislava. ISSN 1335–1850, 2011. č. 2., s. 53.

HOGNEROVÁ, M., 2020. *Porovnanie právnej úpravy ochrany seniorov v krajinách EÚ*. Bratislava: Kancelária národnej rady Slovenskej republiky, [online], [cit. 2025-10-10]. Dostupné na: [https://www.nrsr. sk/web/Dynamic/Document Preview. aspx ? DocID=506742](https://www.nrsr.sk/web/Dynamic/DocumentPreview.aspx?DocID=506742)

IVANOVÁ, K., a kol. 2011. Nevhodné zacházení se seniory ze strany rodinných příslušníků v domovech pro seniory. In *Profese online*. ISSN 1803-4330, 2011, roč. 4, č. 1, s. 1-5. [online].[cit. 2025-10-10]. DOI: 10.5507/pol.2011.001

IVANČÁKOVÁ, M. 2013. *Týranie a zanedbávanie seniorov*. Trnavská univerzita v Trnave. 121 s.

JUHÁOVÁ, I., ILIEVOVÁ, Ľ. 2010. Násilie páchané na starších ľuďoch v systéme starostlivosti. In *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistancia*. ISSN 1336-183X, č. 6, 2010, s. 10-12.

KICOVÁ, L. 2013. *Úroveň informovanosti sestier o násilí páchanom na starších ľuďoch*. Trnavská univerzita v Trnave. 124 s.

KOVAL, Š. 2001. *Týranie starých ľudí*. Košice: Pont, 2001. 148 s. ISBN 80-976611-2-9.

KOŽIAK, L. 2015. *Úroveň vedomostí sestier o násilí páchanom na senioroch*. Diplomová práca. 2015/2016 VŠ ZaSP sv. Alžbety. 95 s.

LOVAŠ, L. 2010. *Agresia a násilie*. Bratislava: Ikar, 2010. 197 s. ISBN 978-80-551-1752-2.

MÁTEL, A., SCHAVEL, M. a kol. 2011. *Aplikovaná sociálna patológia v sociálnej práci*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2011. 442 s. ISBN 978-80-8132-009-5.

MÜHLPACHR, P. 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-5029-2.

PHELAN, A. 2018. The role of the nurse in detecting elder abuse and neglect: current perspectives. In *Nursing: Res Reviews*. 2018;8(null):15–22. [online]. [cit. 2025-10-19]. Available at: <https://doi.org/10.2147/NRR.S148936>.

REPKOVÁ, K., BALOGOVÁ, B. 2013. *Prevenia zlého zaobchádzania so staršími ľuďmi ako verejná politika*. Bratislava: Kancelária SZO na Slovensku, 2013. 160 s. ISBN 978-80-971420-7-0.

ROSEN, T., et al. 2018. Emergency department provider perspectives on elder abuse and development of a novel ED-based multidisciplinary intervention team. In *Emerg Med J*. 2018;35(10):600–7. [online]. [cit. 2025-10-23]. Available at: <https://doi.org/10.1136/emermed-2017-207303>.

ZIMMELOVÁ, P., ŠVESTKOVÁ, R. 2005. *Domáci násilí a seniori*. Prevence úrazů otrav a násilí. ISSN 1801-0261, 2005, č. 2, s. 77-81.

ŽIGOVÁ, E. 2011. Týranie a zneužívanie duševne chorých starších pacientov – kazuistiky. In *Psychiatrická prax*; 2011; 12 (3): 111–114. [online]. [cit. 2025-10-23]. Dostupné na: <https://www.solen.sk/storage/file/article/f3f7d0692640d1093a052deb16ee64d7.pdf>

YON, Y. et al. 2017. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. In *Lancet Global Health*. 2017;5(2):e147–56. [online]. [cit. 2025-10-25]. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2).

Kontakt:

PhDr. Viera Ivanková, PhD.
VŠZaSP Sv. Alžbety Bratislava, n.o
vierkai@centrum.sk

Mgr. Hujdičová Jana
PentaHospitals nemocnica Michalovce
j.hujdicova@gmail.com

VZDELÁVANIE V OBLASTI BEZPEČNOSTI PACIENTA - PERCEPCIA, VÝZVY A RIEŠENIA

PATIENT SAFETY EDUCATION - PERCEPTION, CHALLENGES AND SOLUTIONS

Karoľová Ľubomíra¹, Kilíková Mária²

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Detašované pracovisko bl. Salkaházi v Rožňave

Abstrakt

1. **Teoretické východiská:** V súvislosti s bezpečnosťou pacienta sa apeluje na potrebu budovania systému, ktorý funguje na princípe implementácie preventívnych opatrení na zníženie rizika poškodenia zdravia pacienta.

2. Fúzia odborných vedomostí a praktických zručností s procesom výučby sa javí ako účinný model pre integráciu efektívneho systému bezpečnosti pacienta.

Cieľ: Cieľom je poukázať na stav implementácie problematiky bezpečnosti pacienta do procesu vzdelávania na vysokých školách a univerzitách na Slovensku. Identifikovať rozsah a obsah implementácie v pregraduálnom stupni vzdelávania študentov v odbore ošetrovateľstvo.

3. **Metódy:** Na zber dát sme použili metódu obsahovej analýzy verejne dostupných informačných listov predmetov študijného programu ošetrovateľstvo. Databázu tvorilo 514 informačných listov z 8 vzdelávacích inštitúcií. Obsahovej analýze sme podrobili 309 dokumentov. Prieskum sme realizovali v období jún – september 2023.

Výsledky: Zistili sme, že otázka bezpečnosti pacienta v kontexte európskej a slovenskej legislatívy vo vzdelávacom procese absentuje. Iba 2 vysoké školy (n=8) etablovali do študijného plánu bezpečnosť pacienta ako samostatný predmet jadra študijného programu.

Záver: Vzdelávanie študentov oblasti bezpečnosti pacienta má svoje rezervy. Naše zistenia korešpondujú s zisteniami iných autorov. Odporúčame revidovať študijné plány tak, aby boli zárukou pripravenosti absolventov na prevzatie zodpovednosti za bezpečnosť pacienta.

Kľúčové slová: Bezpečnosť pacienta, vzdelávanie, študijný program.

Abstract

Background: In connection with patient safety, there is an appeal for the need to build a system that operates on the principle of implementing preventive measures to reduce the risk of harm to the patient's health. The fusion of professional knowledge and practical skills with the teaching process appears to be an effective model for integrating an effective patient safety system.

Objective: The aim of the thesis is to point out the status of the implementation of patient safety issues into the educational process at colleges and universities in Slovakia. To identify the scope and content of implementation in the undergraduate level of education of students in the field of nursing.

Methods: To collect data, we used the method of content analysis of publicly available information sheets of subjects of the nursing study program. The database consisted of 514 information sheets from 8 educational institutions. We subjected 309 documents to content analysis. We conducted the survey in the period June - September 2023.

Results: We found that the issue of patient safety in the context of European and Slovak legislation is absent in the educational process. Only 2 universities (n=8) have established patient safety as a separate subject in the core curriculum.

Conclusion: Student education in patient safety has its limitations. Our findings are consistent with those of other authors. We recommend revising curricula to ensure that graduates are prepared to take responsibility for patient safety.

Keywords: Patient safety, education, curriculum.

Úvod

Bezpečnosť pacienta je výzvou pre zdravotné systémy na celom svete. Národné a medzinárodné organizácie hľadajú odpovede na otázky, aké opatrenia by mohli mať vplyv na zvýšenie bezpečnosti pacienta. Apelujú na potrebu bezpečnej komunikácie, hlásenia a poučenia sa z chýb, ako aj prijatia opatrení na zníženie rizika poškodenia zdravia pacienta. Bezpečnosť pacienta významne ovplyvňuje financovanie zdravotníctva, procesy riadenia a plánovania na všetkých úrovniach. Medzinárodné štatistiky radia poškodenie pacienta celosvetovo medzi 14. najčastejšiu príčinu ekonomickej záťaže (Pokorná et al., 2019). Východisko a riešenie vidia vo vzdelávaní študentov ošetrovateľstva. Prepojenie vedomostí a zručností v klinickej praxi s procesom výučby o bezpečnosti pacienta sa javí ako účinný model.

4. Pojmový rámec výskumného problému

Manažment bezpečnosti pacienta je proces, ktorý sa neustále vyvíja a reaguje na rozvoj a zmeny v zdravotníctve. Kilíková (2020), ju prirovnáva k jednému zo základných atribútov kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Uvádza, že malo by byť v záujme každej krajiny, zabezpečiť pre svojich občanov zdravotnú starostlivosť s dôrazom na ich bezpečnosť. To si vyžaduje systémový prístup, ktorý spočíva v investovaní do tvorby koncepcie na prepojenie všetkých zložiek zdravotníckeho systému. Za vhodný koncept je možné považovať tzv. multimodálny prístup. Zosúladzuje klinické, profesionálne a podnikové riziká naprieč systémom (Slawomirski, Klazinga, 2022).

WHO prijala za posledné roky dôležité rezolúcie a programy týkajúce sa bezpečnosti pacienta. Sú to: Luxemburská deklarácia pre bezpečnosť pacienta, prijatá už v roku 2005 s dôrazom na podporu tvorby štandardov, legislatívnych noriem pre bezpečnosť pacientov, programov na podporu zdravotníckych pracovníkov a ich vzdelávanie (Poláková, 2013). Londýnska deklarácia pre bezpečnosť pacienta deklaruje potrebu zapojenia pacientov a ich rodín do spolupráce počas poskytovania zdravotnej starostlivosti (Sheridan et al., 2020). Helsinská deklarácia z roku 2010, ktorá bola zameraná na zvýšenie bezpečnosti v perioperačnej starostlivosti. Kilíková et al. (2020) uvádzajú, že spomínaná deklarácia priniesla množstvo prijatých odporúčaní, opatrení a zmien, zameraných na zvýšenie bezpečnej zdravotnej starostlivosti, ako aj prístrojového a personálneho vybavenia v anesteziológii a intenzívnej medicíne. V Tokijskej deklarácii podpísanej v roku 2018 sa apeluje na vytvorenie kultúry bezpečnosti a vzdelávania profesionálov. ICN vo svojej reakcii na túto deklaráciu

zverejnila vyhlásenie, v ktorom zdôrazňuje, že sestry by mali byť ústredným prvkom pri navrhovaní systémov a procesov bezpečnosti pacienta. Apeluje na poskytovateľov starostlivosti, aby bol zabezpečený normatívom daný počet sestier s predpísanou odbornou spôsobilosťou (Bandura, 2018, Flott et al., 2018).

Legislatívne opatrenia prijímané na základe zahraničných iniciatív, tvoria základ pre rámec bezpečnosti pacientov. MZ SR vydalo v roku 2019 Vyhlášku č. 444/2019 Z. z. o požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta s účinnosťou od 1.1.2020. Stanovuje rozsah hodnotenia bezpečnosti pacienta, ako aj kritériá hodnotenia bezpečnosti pacienta. Jednotlivé kritériá sa týkajú ústavnej zdravotnej starostlivosti, ambulantnej starostlivosti a záchranej zdravotnej služby. Rovnako sú spracované jednotlivé oblasti, potrebné pre hodnotenie bezpečnosti pacienta. Týkajú sa oblastí ako sú bezpečná identifikácia pacienta, bezpečnosť pri podávaní liekov, postupy hygieny rúk, bezpečné odovzdávanie pacientov, prevencia zámeny pacienta, zdravotného výkonu a strany alebo časti tela pri chirurgických zákrokoch, prevencie vzniku dekubitov, neodkladných stavov, mobility pacientov, dodržiavania práv pacientov, ako aj bezpečnej komunikácie (Karoľová, 2024).

Vzdelávanie v oblasti bezpečnosti pacienta

Kimm, Lee a Honga (2025) sú toho názoru, že kľúčovú úlohu v bezpečnosti pacienta majú sestry. Zabezpečujú efektívnu komunikáciu, spolupracujú s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi na holistickej starostlivosti, edukujú pacientov a rodiny, obhajujú potreby pacientov, implementujú bezpečnostné protokoly a podporujú kultúru bezpečnosti. Máme zato, že komplexné vzdelávacie programy sú zdrojom vedomostí a formujú kompetencie na zachovanie bezpečnosti pacienta. Praktická výučba je priestorom na rozvoj percepcie v danej oblasti. Manažment zdravotníckeho zariadenia by mal podľa Hulkovej a Kubriczkej (2017), podporovať sústavné vzdelávanie zamestnancov s cieľom dosiahnuť zmeny v myslení, správaní a postojoch k hláseniu chýb a omylov. Zamestnanci a študenti ošetrovateľstva by mali byť pripravení na riešenie situácií s rizikom nebezpečenstva, ev. pochybenia. Kompetencie sestier v oblasti bezpečnosti pacienta sú definované organizáciou QSEN a sú zhrnuté do šiestich bodov:

5. Starostlivosť zameraná na pacienta, s dôrazom na rešpektovanie pacientov, ich rodín a ich zapájanie do rozhodovania o ich starostlivosti, rešpektujúc ich hodnoty, kultúru a presvedčenie.
6. Tímová práca a spolupráca, ktorá predstavuje, prepojenie, koordináciu, komunikáciu všetkých členov tímu, vrátane pacienta a rodiny. Cieľom je zabezpečiť presné, jednoznačné a včasné zdieľanie a odovzdávanie informácií, informované rozhodovanie a plynulé prechody medzi poskytovateľmi.
7. Prax založená na dôkazoch, ktorá je nositeľom zabezpečenia najnovších dôkazov, podporujú hodnoty a preferencie pacientov.
8. Zlepšenie kvality, ktorá predstavuje meranie skutočnej poskytovanej zdravotnej starostlivosti, jej porovnanie s požadovanými referenčnými hodnotami a zavádzanie vhodných zlepšení systému.
9. Bezpečnosť, ktorá je zameraná na identifikáciu podmienok a procesov v prostredí zdravotnej starostlivosti, ktoré prispievajú k škodám, ktorým sa dá pri jej poskytovaní predchádzať.

10. Oblasť informatiky predstavuje navrhovanie a aplikáciu informačných technológií, s cieľom získavania informácií ich zdieľania, ktoré podporujú rozhodovanie (Sherwood, 2021, www.QSEN.org).
11. Ezzeddine (2017) podporuje edukovanosť sestier s dôrazom na prax založenú na dôkazoch. Pedagógovia by mali vo všetkých vzdelávacích programoch motivovať študentov k nácviku zručností kritického myslenia. Tieto zručnosti sú nevyhnutné pre schopnosť identifikovať súčasné alebo potenciálne riziká, ktoré majú na bezpečnosť pacienta vplyv. Wu a Buscha (2019) sú toho názoru, že vysokoškolské vzdelávanie by malo byť zamerané na rozvoj kľúčových kompetencií v tejto oblasti a otázka bezpečnosti pacienta by mala byť súčasťou celoživotného vzdelávania. Európska Únia vypracovala a financovala akčný projekt COST CA 15 208, od roku 2016 na obdobie štyroch rokov, do ktorého sa zapojilo viacero krajín. Jeho cieľom bolo preskúmať, ako prebieha odborná príprava v oblasti bezpečnej zdravotnej starostlivosti vo vzdelávaní sestier, ako aj výsledky vzdelávania pre sestry v praxi a pacientov. Kirwan et al. (2019) skúmali rozsah vzdelávania sestier v 27 krajinách. Ich závery potvrdzujú, že explicitne sa téma bezpečnosti pacienta nevyučuje. Je skôr skrytým prvkom v učebných osnovách mnohých predmetov. Zistili, že v rámci Európskej Únie nie sú vypracované kritériá a usmernenie na tvorbu učebných osnov s danou témou. Steven et al. (2016) skúmali metódy vzdelávania študentov, sestier a ostatných zdravotníckych pracovníkov o bezpečnosti pacienta. Analýzou učebných osnov, rozhovormi s vedúcimi študijných programov preukázali absenciu problematiky bezpečnosti pacienta. Podobne Mansour (2018) výskumy viacerých autorov poukázali, že výučba bezpečnosti pacienta nebola explicitne deklarovaná v osnovách.
12. Mentori klinickej praxe zohrávajú podľa Noviyanti, et al. (2018) a Stevena et al. (2023), dôležitú úlohu pri formovaní a nadobúdaní skúseností v danej oblasti. Študenti na hodinách odbornej praxe vnímajú celý rad postupov v oblasti bezpečnosti pacienta. Ich percepcia predikuje dodržiavanie zásad bezpečnosti pacienta. Tu vidia autori priestor pre rozvoj emocionálnej inteligencie, kritického myslenia. Yoonjung et al. (2021) uvádzajú, že odborná prax študentov ošetrovateľstva, by sa mal začať v období, keď dokážu uplatniť základné vedomosti, zručnosti a postoje súvisiace s bezpečnou. To si podľa autora vyžaduje integrované učebné osnovy, spájajúce prax s teóriou. Kľúčovými témami sú základné princípy bezpečnosti: tímová práca, komunikácia, zapojenie pacientov, riadenie rizík a zlepšovanie kvality. Ich štúdia preukázala, že spomínaným témam by sa malo venovať v teoretickej a rovnako aj v praktickej rovine. Začlenenie témy bezpečnosti pacienta do vzdelávania v procese zmien môže podľa Wu, Busch (2019), naraziť na prekážky ako sú :
 - nedostatok podpory, profesionality, tvorby konceptov na politickej úrovni, angažovanosť, nedostatok povedomia o problematike,
 - konzervatívna organizácia vysokoškolského vzdelávania, neefektívna komunikácia,

- preplnené kurikulá, učebné osnovy sú naplnené, zamerané na obsahové vzdelávanie a obmedzené možnosti interdisciplinárneho vzdelávania v praxi,
 - pedagógovia majú zaužívané vzdelávanie založené skôr na obsahu ako na základe kompetencií, ako aj ich nedostatočný počet, nedostatok učebného materiálu,
 - potreba zlepšenia financovania vzdelávania, nedostatok času a zvyšujúci pracovný tlak pedagógov, ako aj nedostatočný prístup k informáciám.
13. Kim et al. (2019) poukazujú na zvyšujúce sa nároky na transformáciu vzdelávania s dôrazom na bezpečnosť pacienta. Inovatívne prístupy vo vzdelávaní preukázali posun vo vedomostiach, zručnostiach a postojov študentov. Hodnotenie výsledkov vzdelávacích programov môže usmerniť rozvoj budúcich vzdelávacích iniciatív, čím sa zabezpečí, že budú efektívnejšie a účinnejšie (Kim, Lee, Hong, 2025).

Cieľ prieskumu

14. Cieľom je interpretovať výsledky obsahovej analýzy kurikul vzdelávania študentov na vysokých školách a univerzitách na Slovensku. Identifikovať rozsah a obsah danej problematiky v odporúčaných plánoch pregraduálneho vzdelávania študentov v odbore ošetrovateľstvo.

Prieskumné metódy

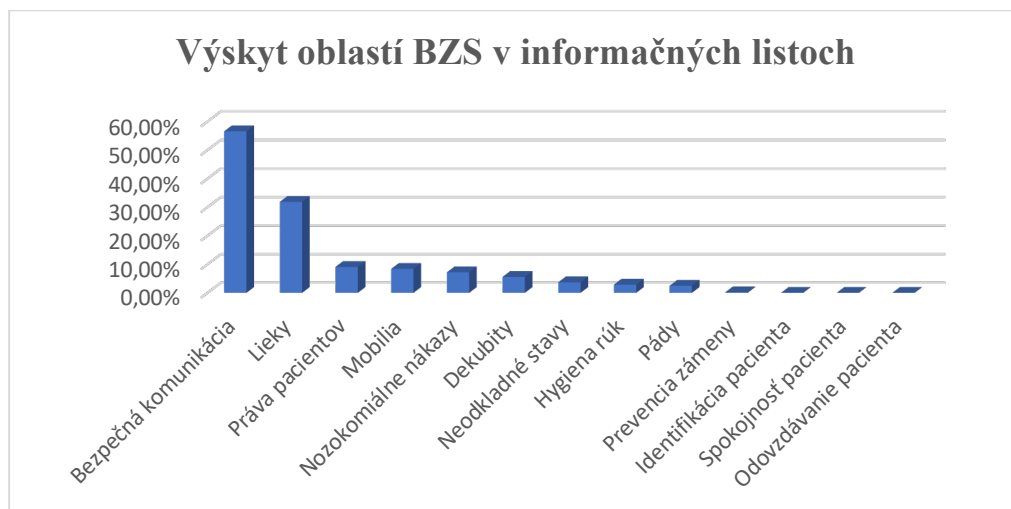
Pre splnenie cieľa sme zvolili metódu obsahovej analýzy kurikul vzdelávania. Dôkazy o integrácii témy do študijného programu sme hľadali v informačných listoch predmetov.

Cieľom bolo uskutočniť frekvenčnú obsahovú analýzu o prvkoch bezpečnosti pacienta. Za prvky (dôkazy) sme považovali slová, slovné spojenia: identifikácia pacientov, prevencia zámeny pacienta, výkonu, strany pri chirurgických výkonoch, postupy v hygiene rúk pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, bezpečné odovzdávanie pacientov, prevencia dekubitov, riešenie neodkladných stavov, preventívne opatrenia proti nozokomiálnym nákazám, prevencia pádov, udržateľnosť mobility pacientov, bezpečná komunikácia, dodržiavanie práv pacienta, sledovanie spokojnosti pacientov. Početnosť výskytu dôkazov sme zaznamenávali v tabuľke programu Microsoft Excel. Študovali sme 514 verejne dostupných Informačných listov z 8 vzdelávacích inštitúcií. Kritickej analýze sme podrobili 309 informačných listov. Obsahovú analýzu dokumentov sme realizovali v období júna – septembra 2023.

Výsledky výskumu

Výsledky frekvenčnej analýzy preukázali znaky bezpečnosti pacienta v oblasti komunikácie (94,2 %). 53,1 % informačných listov obsahovalo dôkazy o bezpečnom podávaní rôznych foriem liekov. Otázka práv pacientov, bola detegovaná v 15,2 % informačných listoch, a oblasť bezpečnej mobility v 13,9 % informačných listov. Znaky bezpečnosti pacienta v oblasti prevencie nozokomiálnych nákaz sme detegovali v rozsahu 12 %. Ostatné oblasti bezpečnosti ako sú prevencia dekubitov, riešenie neodkladných stavov, správna hygiena rúk, prevencia pádov a prevencia zámeny pacienta, výkonu, strany je spomenutá v menej ako 10% analyzovaných informačných listov. Znaky bezpečnosti pacienta v oblastiach ich identifikácie, spokojnosti či

odovzdávania pacienta nebola nájdená v žiadnom z analyzovaných informačných listov (graf 1). Z počtu 8 iba 2 vysoké školy etablovali do odporúčaného študijného plánu bezpečnosť pacienta ako samostatný predmet jadra programu. Predmet má rozsah 14 hodín a študent získa 1kredit. V druhej vzdelávacej inštitúcii má predmet 25 hodín za 1 kredit.



Graf č. 1 Frekvenčná analýza výskytu slov a slovných spojení o bezpečnosti pacienta (n=309).

Diskusia

Výsledky obsahovej analýzy dokumentov preukázali 94,1% výskyt slovných spojení v otázke bezpečnej komunikácie. V 53,1 % bola zastúpená oblasť prípravy a podávania liekov. Práva pacientov boli detegované 15,2 % a prevencia nozokomiálnych nákaz ako prvok bezpečnosti pacienta sa vyskytovala v 12 %. Pod 10 % sme identifikovali výskyt dôkazov o vzdelávaní prevencie dekubitov, riešení neodkladných stavov, hygiena rúk, prevencie pádov a zámieny pacienta. Dôkazy o vzdelávaní otázky bezpečnej identifikácie pacienta, spokojnosti pacienta či odovzdávania pacienta neboli nájdené v žiadnom z informačných listov. Iba 2 vzdelávacie inštitúcie (n=8) integrovali predmet nášho skúmania do predmetov jadra študijného programu. V porovnaní s so zisteniami Steven et al. (2016), ktorí vykonali analýzu učebných osnov, konštatujeme absenciu otázky bezpečnosti pacienta v učebných osnovách. Naše zistenia korešpondujú s výsledkami štúdie Mansour (2018) o absencii explicitnej deklarácie témy bezpečnosti pacienta. Kirwan et al. (2019) skúmali rozsah vzdelávania a odbornej príprave sestier na vysokých školách v 27 krajinách. Je možné súhlasiť s ich zisteniami, že téma bezpečnosti pacienta je skôr skrytým prvkom učebných osnov. Naše výsledky potvrdili zhodu s názormi autorov Kim, Lee, Hong (2025), že vzdelávanie témy bezpečnosť pacienta je parciálnou súčasťou obsahu rôznych predmetov. Autori odporúčajú zamerať výskumy na analýzu hodnotiacich premenných a metód vzdelávacích programov v oblasti bezpečnosti pacienta.

Záver

Integrácia systémov bezpečnosti si vyžaduje vedomosti, ktoré je možné získať štúdiom. Ukazuje sa, že vzdelávacie procesy na vysokých školách a univerzitách sú deficitné. Vzdelávanie v otázke bezpečnosti pacienta nie je vyriešená a nie sú implementované účinné mechanizmy na ich kontinuálnu integráciu do praxe. Procesy nie sú popísané a kompetencie majú svoje limity. Vypracovanie stratégie včasnej prevencie, ich uvedenie do praxe a kontrola ich dodržiavania je priestor pre prax. Spojenie týchto dvoch krokov, by mohol byť návrhom komplexného riešenia otázky bezpečnosti pacienta na Slovensku.

BIBLIOGRAFIA

BANDURA, P. 2018. Tokijská deklarácia o bezpečnosti pacientov. Závery 3. globálneho samitu. In *Zborník abstraktov Bezpečnosť pacienta. Bezpečnosť zdravotníckeho pracovníka*. Svet zdravia. Topoľčany. 2018. s.7. ISBN 978-80-570-0363-2.

DIMUNOVÁ, L. 2017. Bezpečnosť pacienta pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. 2017. ... 80- 86 s. In *Zborník vedeckých prác Piešťany. Ošetrovateľstvo 2020- Trendy, zmeny a budúcnosť. 2017*. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n.o. Bratislava Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaháziovej v Rožňavy. 2017. 264 s. ISBN 978-80-8132-166-5.

FLOTT, K., et al. 2018. The Tokyo declaration on patient safety. In *BMJ* [on line]. 2018. Aug 8;362:k34242021 .[citované 2022-01-20] Dostupné na internete: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30089631>>.

GAVORA, P. 2015. Obsahová analýza v pedagogickom výskume: Pohľad na jej súčasné podoby. In *Pedagogická Orientace*. [online] 2015 Brno, vol.25, Iss. 3, (2015):345-371. [citované 2024-01-20]. Dostupné na internete: <https://www.proquest.com/docview/openaccess/1708483282>>.

HULKOVÁ, V., KUBICZKÁ, V. 2017. Nežiadúce udalosti v kúpeľnom zariadení z ošetrovateľského aspektu. 2017. In *Zborník vedeckých prác Piešťany. Ošetrovateľstvo 2020- Trendy, zmeny a budúcnosť. 2017*. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n.o. Bratislava Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaháziovej v Rožňavy. 2017. s. 111-124. ISBN 978-80-8132-166-5.

KAROLIOVÁ, E. 2024. *Bezpečnosť zdravotnej starostlivosti ako požiadavka vzdelávania a praxe ošetrovateľov*. Dizertačná práca. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava. 2024. 121 s.

KILÍKOVÁ, M. et al. 2020. *Bezpečnosť pacienta – ukazovateľ kvality zdravotnej starostlivosti*. Dobříš: Tiskárna a grafické studio. 2020. 159 s. ISBN 978-80-88206-18-7.

KIM, J., LEE, M., HONG, E. 2025. Evaluating the outcomes of patient safety education programs in nursing education: a scoping review. In *BMC Nurs.* [online]. 2025 Mar

12;24(1):273.May:37:132-140. [citované 2025-11-04]. Dostupné na: inetrnete.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40075344/>. PMCID: PMC11900140.

KIRWAN, M. et all. 2019. Regulation and current status of patien safety content in pre-registration nurse education in 27 countries: FINDONG FROM THE Rationing-Missed nursing care (RANCARE) COST Action project. 2019. In *Nurce Educ Pract*. [online]. 2019 May:37:132-140. [citované 2023-12-25]. Dostupné na internete : <<https://ncbi.nlm.gov/31153130/>>.

MANSOUR, J. M., et al.,2018. Integration of patient safety education in the study programme for higher education nursing: discussion contribution. In *Open Nurs J*. [online]. 2018 12: 125–132.[citované 2022-02-10]. Dostupné na internete : <<https://www.ncbi.nlm.gov/articles/PMC6040211/>>.

NOVIYANTI, W., L., HANDIYANI, H., GAYATRI, D. 2018. Improving the implementation of patient safety by nursing students using nursing instructors trained in the use quality circles. In *BMC Nursing* [online]. 2018. Article number:53 (2018) [citované 2023-01-09]. Dostupné na internete : <<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-018-0318-7>>.

POKORNÁ, A. et al., 2019. *Managemet rizik-hodnocení závažnosti nežádoucích udalostí*. [online]. [citované 2025-01-11].Dostupné na internete : <[https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/management rizik hodnoceni i zavaznosti.pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/management_rizik_hodnoceni_zavaznosti.pdf)>.

POLÁKOVÁ, P. 2013. *Bezpečnosť pacienta pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti*. In *Slovenský pacient*. [online]. 2013[citované 2023-01-08]. Dostupné na internete: <<https://www.slovenskypacient.sk/bezpecnost-pacienta-pri-poskytovani-zdravotnej-starostlivosti/>>.

SHERIDAN, S. et al. 2020. Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management. Chapter 6. Patients for Patient Safety. In Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management. 2020. [online]. 2023 .[citované 2023-11-24]. Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585604/>>.

SLAWOMIRSKI, L., KLAZINGA, N. The economics of patient safety. From analysis to action. [on line]. [citované 2022-03-13]. Dostupné na : <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>.

STEVEN,A., et al. 2023. Aqualitative exploration of undergraduate nursing students' experience of emotional safety for learning during their clinical practice. In *Nurce Education Today* [online] volume 121, february 2023. [citované 2024-02-26]. Dostupné na internete: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691722004105>>.

WU, A., V., BUSCH, I., M.,2019. Patient safety: a new basic science for professional education. In *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* [online]. 36 (2). March

2019 [citované 2024-01-25]. Dostupné na internete:
<[www.researchgate.net/publication/331785929 Patient safety basic science for Professional education](http://www.researchgate.net/publication/331785929_Patient_safety_basic_science_for_Professional_education)>.

ŽALUDEK, A. 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. 2020. Praha: Grada Publishing, a.s. 2020, 248s. ISBN 978-80-271.2275-2.

YOONJUNG JI et al. 2021. Developing an integrated curriculum for patient safety in an undergraduate nursing program: a case study. [online] [citované 2022-03-28]. Dostupné na internete:
<<https://bncnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10:1186/s12912-021-00694-0.pdf>>.

Kontakt

Lubomíra Karolová, PhDr., PhD.

VŠZ a SP sv. Alžbety Detašované pracoviisko bl. Sály Szalkaházi v Rožňave

lubomirakarolova@gmail.com

Mária Kilíková, prof. PhDr., PhD., MPH

VŠZ a SP sv. Alžbety Detašované pracoviisko bl. Sály Szalkaházi v Rožňave

m.kilikova@gmail.com

PROFESIJNÉ CHARAKTERISTIKY OVPLYVŇUJÚCE POSTOJE SESTIER K HLÁSENIU NEŽIADUCICH UDALOSTÍ V KLINICKEJ PRAXI

PROFESSIONAL CHARACTERISTICS INFLUENCING NURSES' ATTITUDES TOWARD REPORTING ADVERSE EVENTS IN CLINICAL PRACTICE

Katriňáková Tatiana¹, Kilíková Mária², Štefanová Monika³

^{1,2}Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.,
Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaháziovej, Rožňava

³Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.

Abstrakt

Teoretické východiská: Bezpečnosť pacienta je úzko spätá so systematickým hlásením nežiaducich udalostí, pričom postoje sestier ovplyvňujú ich profesijné charakteristiky.

Cieľ: Analyzovať postoje sestier k hláseniu nežiaducich udalostí v závislosti od veku a dĺžky praxe.

Metódy: Výskumu sa zúčastnilo 200 sestier pôsobiacich na lôžkových oddeleniach v zdravotníckych zariadeniach vo Veľkom Krtíši, Leviciach a Žiari nad Hronom. Údaje boli získané prostredníctvom dotazníka vlastnej konštrukcie obsahujúceho 24 položiek, hodnotených na päťstupňovej Likertovej škále. Zber dát sa uskutočnil v období máj – jún 2024. Na spracovanie výsledkov sme použili deskriptívnu štatistiku a Kruskal–Wallisov test.

Výsledky: Najvyššiu mieru súhlasu s hlásením ako prejavom profesionálnej povinnosti sme zaznamenali u sestier vo veku 31–40 a 50+ rokov a s praxou nad 11 rokov ($\bar{x} = 3,85; 3,86$). Najmladšie sestry (23–30 rokov) vnímali hlásenie ako hrozbu ($\bar{x} = 2,43$), zatiaľ čo skupina s praxou 6–10 rokov vykazovala nižší pocit zodpovednosti ($\bar{x} = 3,36$). Štatisticky významný rozdiel sa preukázal pri tvrdení, že hlásenie nežiaducich udalostí umožňuje mladším kontrolovať prácu starších sestier ($H = 18,8; p < 0,001$).

Záver: Podpora sestier v rôznych fázach profesijného života prostredníctvom vzdelávania, supervízie, spätnej väzby a pracovného prostredia založeného na dôvere môže zvýšiť ochotu hlásiť nežiadúce udalosti a posilniť kultúru bezpečnosti.

Kľúčové slová:

Sestra. Profesionálne charakteristiky. Nežiaduca udalosť. Hlásenie. Bezpečnosť pacienta.

Abstract

Theoretical background: Patient safety is closely linked to the systematic reporting of adverse events (AEs), with nurses' attitudes influenced by their professional characteristics.

Aim: To analyze nurses' attitudes toward reporting adverse events in relation to age and length of practice.

Methods: The study involved 200 nurses working in inpatient wards of healthcare facilities in Veľký Krtíš, Levice, and Žiar nad Hronom. Data were collected using a self-designed questionnaire consisting of 24 items evaluated on a five-point Likert scale. Data collection took place between May and June 2024. Descriptive statistics and the Kruskal–Wallis test were used for analysis.

Results: The highest agreement with reporting as a manifestation of professional responsibility was found among nurses aged 31–40 and 50+ years and those with more than 11 years of practice ($\bar{x} = 3.85$; 3.86). The youngest nurses (23–30 years) perceived reporting more often as a threat ($\bar{x} = 2.43$), while nurses with 6–10 years of practice reported a lower sense of responsibility ($\bar{x} = 3.36$). A statistically significant difference was confirmed in the statement that reporting AEs allows younger nurses to control the work of older colleagues ($H = 18.8$; $p < 0.001$).

Conclusion: Supporting nurses at different stages of their professional careers through education, supervision, feedback, and a trust-based work environment can increase their willingness to report AEs and strengthen the culture of safety.

Keywords:

Nurse. Professional characteristics. Adverse event. Reporting. Patient safety.

Úvod

Bezpečnosť pacienta patrí medzi základné piliere kvality zdravotnej starostlivosti, pričom jej neoddeliteľnou súčasťou je systematické hlásenie nežiaducich udalostí (NU). Postoje sestier k tomuto procesu zohrávajú rozhodujúcu úlohu a sú formované ich profesijnými charakteristikami. Skúmanie týchto súvislostí je nevyhnutné pre pochopenie faktorov ovplyvňujúcich ochotu sestier hlásiť udalosti a tým prispievať k rozvoju kultúry bezpečnosti v klinickej praxi.

Súčasný stav skúmanej problematiky

Systematické hlásenie NU je neoddeliteľnou súčasťou riadenia kvality a bezpečnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Tento proces reaguje na závažný globálny problém – približne každý desiaty hospitalizovaný pacient vo vyspelých krajinách zažije NU, pričom mnohým z nich je možné predísť. Svetová zdravotnícka organizácia (SZO) definuje NU ako udalosť spôsobujúcu neúmyselné poškodenie pacienta, ktorá ohrozuje jeho život alebo liečbu a môže viesť k invalidite (Panagioti et al. 2019). NU majú nielen klinické, ale aj ekonomické a organizačné dôsledky, ako je predĺženie hospitalizácie, zvýšenie nákladov či strata dôvery pacientov (Leńczuk-Gruba, Dziedzic, Żurawska 2020). Výskumy preukazujú, že pozitívne postoje k bezpečnosti sú spojené s nižším výskytom pádov, dekubitov a nozokomiálnych infekcií, pričom najnižšie hodnotenie býva dosahované v oblasti pracovných podmienok (Alanazi et al., 2024). Tie úzko súvisia aj s výskytom chýbajúcej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá je významným prediktorom vzniku NU a priamo ohrozuje bezpečnosť pacienta (Katriňáková, Kilíková 2024). Postoje sestier k NU a ich ochota tieto udalosti hlásiť sú determinované nielen pracovnými podmienkami, ale aj profesijnými charakteristikami, ako sú skúsenosti, vzdelanie, vek a dĺžka praxe.

Odborná literatúra zdôrazňuje, že zásadnú úlohu pri prevencii aj vzniku NU zohráva práve prepojenie organizačnej kultúry a profesijných charakteristík sestier (Majda et al. 2024; Kiviliene et al. 2023). Skúmanie týchto súvislostí poskytuje cenné podklady pre identifikáciu bariér a podporu kultúry bezpečnosti v zdravotníckych zariadeniach.

Pojmový rámec výskumného problému

Výskumný problém vychádza z predpokladu, že bezpečnosť pacienta je priamo ovplyvnená postojmi sestier k hláseniu NU, ktoré sú formované ich profesijnými charakteristikami. Kľúčové pojmy sú navzájom prepojené prostredníctvom konceptu kultúry bezpečnosti, ktorá vytvára prostredie podporujúce otvorenú komunikáciu o chybách, prevenciu NU a prispieva k zlepšeniu kvality poskytovanej starostlivosti.

Cieľ výskumu

Analyzovať postoje sestier k hláseniu NU v závislosti od veku a dĺžky praxe.

Výskumné metódy

Na zisťovanie postojov sestier k hláseniu NU sme aplikovali dotazník vlastnej konštrukcie, pozostávajúci z 24 položiek usporiadaných do troch tematických domén. Predmetom analýzy v tomto príspevku boli položky súvisiace s doménou *Postoje k hláseniu nežiaducich udalostí*. Hodnotenie odpovedí prebiehalo prostredníctvom päťstupňovej Likertovej škály, pričom nižšie skóre indikovalo vyšší stupeň súhlasu. Zber dát bol realizovaný v zdravotníckych zariadeniach vo Veľkom Krtíši, Leviciach a Žiari nad Hronom v období máj – jún 2024. Distribuovaných bolo 250 tlačených dotazníkov, pričom návratnosť dosiahla 80 %. Do výberového súboru bolo zaradených 200 úplne vyplnených dotazníkov. Spracovanie údajov bolo uskutočnené v štatistickom programe SPSS Statistics v. 26. Použili sme deskriptívnu štatistiku (aritmetický priemer $\bar{x}$, smerodajná odchýlka sd) a inferenčnú analýzu prostredníctvom neparametrického Kruskal–Wallisovho testu. Hladina štatistickej významnosti bola stanovená na $p < 0,05$.

Charakteristika výskumného súboru

Výskumu sa zúčastnilo 200 sestier pôsobiacich na lôžkových oddeleniach zdravotníckych zariadení vo Veľkom Krtíši, Leviciach a Žiari nad Hronom. Pred zberom dát bol získaný súhlas vedenia zapojených zariadení.

Tab. 1 Demografické údaje respondentov podľa veku

Vek	n	%
23-30 rokov	30	15,0%
31-40 rokov	39	19,5%
41-50 rokov	52	26,0%
50 a viac rokov	79	39,5%
Súčet	200	100,0%

Legenda: n – absolútna početnosť; % – relatívna početnosť.

Tab. 1 uvádza rozdelenie respondentov podľa vekových kategórií. Z údajov vyplýva, že najväčšiu skupinu tvorili sestry vo veku 50 rokov a viac ($n = 79$; 39,5 %), zatiaľ čo najmenšiu skupinu predstavovali sestry vo veku 23–30 rokov ($n = 30$; 15,0 %). Stredné vekové kategórie boli zastúpené nasledovne: 31–40 rokov ($n = 39$; 19,5 %) a 41–50 rokov ($n = 52$; 26,0 %).

Tab. 2 Demografické údaje respondentov podľa dĺžky odbornej praxe

Prax	n	%
0-5 rokov	48	24,0%
6-10 rokov	36	18,0%
11 rokov a viac	116	58,0%
Súčet	200	100,0%

Legenda: n – absolútna početnosť; % – relatívna početnosť.

Tab. 2 zobrazuje rozdelenie respondentov podľa dĺžky odbornej praxe. Najväčšiu skupinu tvorili sestry s praxou 11 rokov a viac ($n = 116$; 58,0 %), čo potvrdzuje prevahu skúsených sestier v súbore. Menej početné boli skupiny s kratšou praxou – 0–5 rokov ($n = 48$; 24,0 %) a 6–10 rokov ($n = 36$; 18,0 %).

Výsledky výskumu

Tab.3 Postoje sestier k hláseniu NU podľa vekových skupín ($n = 200$)

Položka	23-30 ($n=30$)		31-40 ($n=39$)		41-50 ($n=52$)		50 a viac ($n=79$)		Kruskal- Wallisov test	
	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	H	P
Povinnosť hlásiť NU aj ako svedok	3,50	1,17	3,15	1,23	3,15	1,16	3,58	1,33	6,16	0,104
Hlásenie = zodpovednosť	3,67	1,18	3,85	1,01	3,48	1,15	3,85	1,23	5,50	0,139
Hlásenie = pocit zlyhania	2,67	1,18	3,08	1,22	2,63	1,01	2,70	1,17	3,55	0,315
Hlásenie = hrozba	2,43	1,10	2,74	1,09	2,60	1,05	2,76	1,11	2,44	0,486
Kontrola mladšími	2,47	1,04	2,51	1,17	3,29	1,07	3,15	1,05	18,8	<0,001
Nenahlásenie bez ošetrovania	2,73	1,41	3,00	1,28	2,81	1,27	2,51	1,16	4,03	0,258
Strach ako bariéra hlásenia	2,97	1,40	2,79	1,20	2,94	1,24	2,81	1,12	0,51	0,917

Legenda: n – absolútna početnosť; $\bar{x}$ = aritmetický priemer; sd = smerodajná odchýlka; H = testovacia štatistika Kruskal–Wallisovho testu; p = hodnota štatistickej významnosti.

Ako ukazuje Tab. 3, analýza postojov podľa vekových skupín v súbore 200 respondentov poukázala na odlišnosti vo vnímaní hlásenia NU. Najpozitívnejšie postoje k hláseniu ako prejavu zodpovednosti boli zaznamenané u sestier vo veku 31–40 rokov a 50 rokov a viac ($\bar{x} = 3,85$). Za povinnosť hlásiť NU z pozície svedka považovali tento proces najmä sestry vo veku 50+ a 23–30 rokov ($\bar{x} = 3,50$).

Negatívnejšie postoje sa prejavili u najmladších sestier, ktoré vnímali hlásenie ako hrozbu ($\bar{x} = 2,43$). Štatisticky významný rozdiel medzi vekovými skupinami sa preukázal pri výroku, že hlásenie NU umožňuje mladším kolegom kontrolovať prácu starších ($H = 18,8$; $p < 0,001$). Najvyšší súhlas s týmto tvrdením vyjadrili sestry vo veku 41–50 rokov ($\bar{x} = 3,29$) a vo vekovej skupine 50 a viac rokov ($\bar{x} = 3,15$).

Tab. 4 Postoje sestier k hláseniu NU podľa dĺžky praxe (n = 200)

Položka	0-5 (n=48)		6-10 (n=36)		11 a viac (n=116)		Kruskal- Wallisov test	
	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	H	p
Povinnosť hlásiť nežiadúcu udalosť aj ako svedok	3,46	1,24	3,06	1,12	3,44	1,29	3,07	0,216
Hlásenie = zodpovednosť	3,67	1,28	3,36	1,15	3,86	1,10	5,83	0,054
Hlásenie = pocit zlyhania	2,69	1,29	2,81	0,95	2,76	1,15	0,63	0,731
Hlásenie = hrozba	2,52	1,17	2,64	0,99	2,73	1,09	1,63	0,444
Kontrola mladšími	2,77	1,22	2,75	1,11	3,10	1,07	4,70	0,095
Nenahlásenie pádu bez ošetrenia	3,06	1,41	2,75	1,32	2,56	1,15	4,06	0,132
Strach ako bariéra hlásenia	3,00	1,38	3,14	1,20	2,72	1,12	3,70	0,157

Legenda: n – absolútna početnosť; $\bar{x}$ = aritmetický priemer; sd = smerodajná odchýlka; H = testovacia štatistika Kruskal–Wallisovho testu; p = hodnota štatistickej významnosti.

Analýza postojov sestier k hláseniu NU podľa dĺžky praxe (Tab. 4) v súbore 200 respondentov nepreukázala štatisticky významné rozdiely medzi skupinami. Za najpozitívnejší postoj možno považovať vnímanie hlásenia ako zodpovednosti za vykonanú prácu u sestier s praxou 11 a viac rokov ($\bar{x} = 3,86$). Podobný trend sa ukázal aj u sestier s kratšou praxou (0–5 rokov), ktoré túto položku hodnotili priemerne vyššie ($\bar{x} = 3,67$). Respondenti s praxou 6–10 rokov mali v tejto oblasti mierne nižšie skóre ($\bar{x} = 3,36$). Naopak, negatívnejšie postoje sa objavili u sestier s kratšou praxou (0–5 rokov), ktoré vnímali hlásenie NU ako hrozbu ($\bar{x} = 2,52$). Tvrdenie, že hlásenie predstavuje možnosť kontroly práce starších mladšími kolegami, malo najvyšší priemer v skupine s dĺžkou praxe 11 a viac ($\bar{x} = 3,10$), avšak bez štatistickej významnosti ($p = 0,095$).

Diskusia

Výsledky výskumu sú v súlade s inými autormi, ktorí potvrdili, že vek a dĺžka praxe významne diferencujú postoje sestier k hláseniu NU. Najvyššiu mieru súhlasu s hlásením ako prejavom profesionálnej povinnosti sme zaznamenali u sestier vo veku 31–40 rokov a nad 50 rokov ($\bar{x} = 3,85$), ako aj u respondentov s praxou presahujúcou 11 rokov ($\bar{x} = 3,86$). Tieto zistenia zdôrazňujú úlohu skúseností pri formovaní zodpovedného prístupu k bezpečnosti pacienta. Podobný trend uvádzajú aj Majda et al. (2024), ktorí preukázali, že vyšší vek a dlhšia prax súvisia s otvorenejším prístupom k hláseniu, hoci u týchto sestier sa častejšie objavuje aj pocit viny pri pochybení. Najmladšie sestry vo veku 23–30 rokov naopak vnímali hlásenie skôr ako hrozbu ($\bar{x} = 2,43$). Tento výsledok korešponduje s pozorovaním Al-Mugheeda et al. (2022), ktorí

upozorňujú na väčšiu zraniteľnosť menej skúsených sestier voči stresu, záťaži a obavám z následkov chýb. Zaujímavé je, že skupina so strednou dĺžkou praxe 6–10 rokov, dosiahla nižšie skóre pri vnímaní hlásenia ako prejavu zodpovednosti ($\bar{x} = 3,36$). Tento jav možno interpretovať ako oslabenie dôvery v pracovnom prostredí, často sprevádzané rastúcou pracovnou záťažou a rizikom vyhorenia (Al-Mugheed et al. 2022). Štúdia Majda et al. (2024) realizovaná na interných a chirurgických oddeleniach a v pôrodníctve ukázala, že staršie sestry prikladajú väčší význam otvorenosti postupov a hláseniu udalostí (Leńczuk-Gruba et al., 2020). Dlhšie pracujúce sestry síce vykazovali intenzívnejší pocit viny, no zároveň stabilnejší postoj k transparentnosti, čo je v súlade s našim zistením, že prax nad 11 rokov podporuje vnímanie hlásenia najmä ako súčasti profesionálnej zodpovednosti. V zahraničných výskumoch (Poľsko, Čína, Anglicko) sa taktiež potvrdila súvislosť medzi demografickými faktormi a postojmi, pričom rozdiely zdôrazňujú význam kultúrnych a organizačných podmienok zdravotníckych systémov (Majkut, Majda, Barzykowski 2024; Majda et al. 2024). Literatúra poukazuje, že s pribúdajúcim vekom narastá dôraz na transparentné postupy a vnímané prínosy hlásenia, ale zvyšuje sa aj citlivosť na vlastné pochybenia. Pri dlhšej praxi sa síce posilňuje potreba otvorenosti, no môže sa objaviť aj istá skepsa k samotnému efektu hlásenia (Moussa et al. 2022). Naše dáta tieto vzorce potvrdzujú a naznačujú, že intervencie je potrebné diferencovať: u mladších sestier cielene odbúravať strach a predstavu hlásenia ako hrozby, zatiaľ čo u starších a skúsenejších je vhodné zmierňovať pocity viny a posilňovať spätnú väzbu aj viditeľné prínosy hlásenia pre prax. Zistenia podporujú odporúčania smerujúce k systematickému vzdelávaniu, supervízii a vytváraní pracovného prostredia založeného na dôvere, ktoré zvyšuje otvorenú a bezpečnú pracovnú atmosféru a ochotu hlásiť NU (Abreu 2021; Amiri, Khademian, Nikandish 2018). Implementácia takýchto stratégií môže napomôcť tomu, aby sa hlásenie stalo prirodzenou súčasťou ošetrovateľskej praxe, a nie zdrojom obáv či pocitov zlyhania. Takto nastavená podpora zároveň prispieva k stabilizácii postojov naprieč všetkými skupinami a k dlhodobému zlepšovaniu kultúry bezpečnosti.

Záver

Výsledky ukázali, že vek a dĺžka praxe významne ovplyvňujú postoje sestier k hláseniu NU. Skúsenejšie sestry vnímali hlásenie ako súčasť profesionálnej zodpovednosti, zatiaľ čo mladšie ho častejšie považovali za hrozbu. Tieto rozdiely poukazujú na potrebu cielenej podpory v jednotlivých fázach profesijného života. Domnievame sa, že podpora pracovného prostredia, zavádzanie supervízie a systematické vzdelávanie môžu významne prispieť k ochote sestier hlásiť NU. Neoddeliteľnou súčasťou je aj budovanie dôvery a spätná väzba, ktorá znižuje obavy z viny a zároveň ukazuje prínos hlásenia pre ošetrovateľskú prax. Sestry ako odborne spôsobilé profesionálky majú významné postavenie pri rozvoji kultúry bezpečnosti, preto ich aktívna účasť v tomto procese predstavuje základný predpoklad udržania kvality starostlivosti.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, T. 2021. Adverse event reporting and root cause analysis. In *American Nurse Journal*. [online]. 2021, 16(6), s. 44–46. [cit. 2025-09-25]. Dostupné na internete: <<https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2021/04/an6-Root-cause.pdf>> ISSN 2688-5757.

ALANAZI, F. K. et al. 2023. The impact of safety culture, quality of care, missed care and nurse staffing on patient falls: A multisource association study. In *Journal of Clinical Nursing*. [online]. 2023, 32(19–20), s. 7260–7272. [cit. 2025-09-24]. Dostupné na internete: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.16792>>ISSN 1365-2702.

ALMANHALI, R. et al. 2024. Nurses' attitudes towards patient safety and their relationship to adverse patient events in Oman. In *Journal of Research in Nursing*. [online]. 2024, Epub ahead of print. [cit. 2025-09-24]. Dostupné na internete: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11559792/>>ISSN 1744-9871.

AL- MUGHEED, K. et al. 2022. Patient Safety Attitudes among Doctors and Nurses: Associations with Workload, Adverse Events, Experience. In *Healthcare (Basel)*. [online]. 2022, 10(4), s. 631. [cit. 2025-09-25]. Dostupné na internete: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35455809/>> ISSN 2227-9032.

ALRASHEEDAY, A. M. et al. 2024. Nurses' perceptions of patient safety culture and adverse events in Hail City, Saudi Arabia: a cross-sectional approach to improving healthcare safety. In *BMJ Open*. [online]. 2024, 14(9), e084741. [cit. 2025-09-25]. Dostupné na internete: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11381649/>>ISSN 2044-6055.

AMIRI, M., KHADEMIAN, Z., NIKANDISH, R. 2018. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. In *BMC Medical Education*. [online]. 2018, 18(158). [cit. 2025-09-24]. Dostupné na internete: <<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1255-6>> ISSN 1472-6920.

KATRIŇÁKOVÁ, T., KILÍKOVÁ, M. 2024. Prevalencia chýbajúcej ošetrovateľskej starostlivosti a jej dopad na bezpečnosť pacientov. In *Healthcare and Society*. [online]. 2024, 2(2), s. 36–37. [cit. 2025-09-25]. Dostupné na internete: <https://hc.tnuni.sk/fileadmin/Subory_a_dokumenty_HaS/2024/Vol.1/HaS_2024_2_1_04_Istok.pdf>ISSN 2989-3380.

KIVILIENE, J. et al. 2024. The relationship between clinical environment and adverse events reporting: evidence from Lithuania. In *Healthcare (Basel)*. [online]. 2024, 12(2), s. 252. [cit. 2025-09-25]. Dostupné na internete: <<https://europepmc.org/article/MED/38275531>> ISSN 2227-9032.

LEŃCZUK-GRUBA, A., DZIEDZIC, B., ŻURAWSKA, A. 2020. Zdarzenia niepożądane – trudny problem w praktyce pielęgniarstwa chirurgicznego. In *Surgical & Vascular Nursing / Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. [online]. 2020, 14(1). [cit. 2025-09-24]. Dostępne na internecie: <<https://www.termedia.pl/Zdarzenia-niepozadane-trudny-problem-w-praktyce-pielęgniarstwa-chirurgicznego,50,41282,1,0.html>> ISSN 2084-9850.

MAJDA, A. et al. 2024. Attitudes of internal medicine nurses, surgical nurses and midwives towards reporting of clinical adverse events. In *Healthcare (Basel)*. [online]. 2024, 12(1), s. 115. [cit. 2025-09-25]. Dostępne na internecie: <<https://europepmc.org/article/MED/38201020>> ISSN 2227-9032.

MAJKUT, M., MAJDA, A., BARZYKOWSKI, K. 2024. Ocena psychometryczna polskiej wersji Kwestionariusza Postaw Pracowników Ochrony Zdrowia wobec Zgłaszania Klinicznych Zdarzeń Niepożądanych (P-RoCAES). In *Pielęgniarstwo XXI Wieku*. [online]. 2024. [cit. 2025-09-17]. Dostępne na internecie: <<https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/49966/36879>> ISSN N 2450-646X.

MOUSSA, Fatchima L., et al. 2022. Attitudes of critical care nurses towards teamwork and patient safety in Saudi Arabia: A descriptive cross-sectional assessment. In *Healthcare (Basel)*. [online]. 2022, 10(10), s. 1866. [cit. 2025-09-17]. Dostępne na internecie: <<https://www.mdpi.com/2227-9032/10/10/1866>> ISSN 2227-9032.

PANAGIOTI, M. et al. 2019. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. In *BMJ*. [online]. 2019, 366(l4185). [cit. 2025-09-25]. Dostępne na internecie: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31315828/>> ISSN 1756-1833.

Kontakt

PhDr. Tatiana Katriňáková
E-mail: tanakatrinakova@gmail.com

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD., MPH
E-mail: m.kilikova@gmail.com

PERGAMENOVÁ KOŽA A JEJ KOMPLIKÁCIE V KONTEXTE GLOBÁLNEHO ALGORITMU OŠETROVATEĽSKÝCH ČINNOSTÍ.

PARCHMENT SKIN A ITS COMPLICATIONS IN THE CONTEXT OF THE GLOBAL ALGORITHM OF NURSING ACTIVITIES.

Nemčíková Miroslava^{1,2}, Ivanková Viera^{1,3}, Hudáková Tatiana^{1,4}

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava n.o.- odborný asistent

²Fakultná nemocnica J.A. Reimana Prešov- sestra OAIM

³Fakultná Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce Penta Hospitals, a.s- Vedúca sestra, GEO, ODCH

⁴Nemocnica Trebišov Penta Hospitals, a.s. OAIM

Abstrakt

Teoretické východiská: Pergamenová koža a jej komplikácie v podobe kožných trhlín predstavujú veľký problém nielen pre pacientov ale aj pre zdravotníckych pracovníkov. V príspevku prezentujeme manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pergamenovú kožu v intenzívnej starostlivosti v kontexte globálneho algoritmu ošetrovateľských činností.

Cieľ: Zistiť, kľúčové faktory manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti o pergamenovú kožu v intenzívnej starostlivosti.

Metódy: Výskumným nástrojom bol dotazník vlastnej konštrukcie. Respondenti boli sestry pracujúce na pracoviskách intenzívnej starostlivosti vo vysokošpecializovaných zdravotníckych zariadeniach SÚSCCH, a. s., NÚSCH, a. s., a VÚSCH, a. s.. Zber dát sme uskutočňovali v čase november 2024 – január 2025. Analyzovali sme 103 dotazníkov, z celkového počtu 142. Spracovanie dát a štatistickú významnosť sme uskutočnili v programe Microsoft Excel 365. Použili sme Chí-kvadrát test a Cramer V test.

Výsledky: Výsledky nášho výskumu poukazujú na pozitívny prínos sestry s absolvovaným certifikátom v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany v manažmente ošetrovateľskej starostlivosti o pergamenovú kožu. Identifikovali sme aj problémové oblasti tejto tematiky, ku ktorým patrí hlavne klasifikácia stavu pergamenovej kože a jej poškodenia podľa ISTAP.

Záver: Výsledky výskumu poukazujú na prínos v podobe praktickej príručky s výsledkami a poukazuje na sústavné vzdelávanie sestier ako kľúčový faktor.

Kľúčové slová

Intenzívna starostlivosť. Kožné trhliny. Manažment. Pergamenová koža. Sestra.

Abstract

Theoretical background: Parchment skin and its complications in the form of skin cracks represent a major problem not only for patients but also for healthcare

professionals. The paper presents the management of nursing care for parchment skin in intensive care in the context of a global algorithm of nursing activities.

Aim: To identify key factors in the nursing management of parchment skin in the intensive care unit.

Methods: Výskumným nástrojom bol dotazník vlastnej konštrukcie. Respondenti, ktorí tvorili výskumný súbor, boli sestry pracujúce na pracoviskách intenzívnej starostlivosti vo vysokošpecializovaných zdravotníckych zariadeniach SÚSCCH, a. s., NÚSCH, a. s., a VÚSCH, a. s.. Zber dát sme uskutočňovali v čase november 2024 – január 2025. Analyzovali sme 103 dotazníkov, z celkového počtu 142. Spracovanie dát a štatistickú významnosť sme uskutočnili v programe Microsoft Excel 365. Použili sme Chí-kvadrát test a Cramer V test.

Results: The results of our research point to the positive contribution of a nurse with a certificate in chronic wound care in the management of parchment skin nursing care. We also identified problem areas in this topic, which mainly include the classification of parchment skin condition and its damage according to ISTAP.

Conclusion: The research results point to the benefit of a practical guide with results and point to the continuous education of nurses as a key factor.

Keywords

Intensive care. Skin fissures. Management. Parchment skin. Nurse.

Úvod

Pergamenová koža a jej komplikácie v podobe kožných trhlín predstavujú veľký problém pre pacientov a rovnako aj pre zdravotníckych pracovníkov. Hoci sa líšia názory na ich prevalenciu, odhaduje sa, že sa s nimi môžeme stretnúť častejšie ako s dekubitmi, keďže sú prehliadané (Koç, Hacidursunoğlu, Samet 2024,). Počas hospitalizácie k vzniku rán prispieva často dekompenzácia celkového zdravotného stavu pacienta, ale aj liečebné zásahy. Uvádza sa, že až 50 % prípadov má nejasnú etiológiu (Saibertová 2023). V súčasnej dobe sa pozornosť zameriava na zjednotenie ošetrovateľskej starostlivosti, monitoring kvality a vzdelávanie v oblasti hojenia rán ako súčasť manažmentu. Svoje miesto má orientácia vo voľbe nových postupov a liečebných materiálov podľa Evidence Based Nursing Practice za stanovených podmienok a indikátorov (Koutná, Ulrych 2015). Ako uvádza Saibertová (2023, s. 11), mnohé prevalenčné štúdie boli realizované pred viac ako 10 rokmi. Validita dát z realizovaných vedeckých štúdií je dnes sporná. Rizikové faktory vzniku kožných trhlín zvyšujú vonkajšie a vnútorné faktory. K vnútorným faktorom radíme vek, pohlavie, kožné zmeny, malnutríciu, dehydratáciu, prítomnosť edému a komorbidity senzorio-motorické zmeny, zmenu duševného stavu. Medzi vonkajšie rizikové faktory patrí znížená mobilita, ktorá vedie k zníženej sebestačnosti pri vykonávaní každodenných aktivít, farmakoterapia a mechanické vplyvy súvisiace s intervenciami starostlivosti o kožu (Cilluffo a kol. 2023). Nadváha a obezita predstavujú významný zdravotný problém v súčasnosti (Šulcová, Murgová, 2021, 497 s.) So starnutím obyvateľstva možno predpokladať zvýšený nárast hospitalizácie staršej populácie na pracoviskách intenzívnej starostlivosti. Táto riziková skupina obyvateľstva, je na týchto pracoviskách

obzvlášť náchylná k problémom s integritou kože. Koutná a Ulrych (2015, s. 31) uvádzajú, že ku vzniku rán behom hospitalizácie na jednotkách intenzívnej starostlivosti prispieva často dekompenzácia celkového zdravotného stavu. Dôležitou súčasťou manažmentu ošetrovania rán je dokumentácia, ktorá spĺňa niekoľko funkcií. Okrem toho, že poskytuje možnosť spätného overenia v poskytovaní terapeutických a ošetrovateľských postupov, je prostriedkom garancie poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Sleduje, či liečba bola poskytnutá lege artis a sleduje ekonomické indikátory. Formy zdravotnej dokumentácie poznáme písomnú, elektronickú a v prípade dokumentovania rán aj fotodokumentáciu. Zhotovená fotodokumentácia prítomnej lézie zaznamenáva zistené skutočnosti a informuje objektívne o aktuálnom stave. V súčasnosti sú k dispozícii rôzne programy, ktoré monitorujú stav rany, ako napr. Electreasurer, SilhouetteMobileR, Visitrak (Hlinková, Nemcová, Miertová a kol., 2014.). Vhodným nástrojom pre podporu prevencie rán je zavedenie „checklistu“/kontrolného listu, ktorý využíva jednoduchú techniku overovania správnosti či úplnosti postupu (Hlinková, Nemcová, Huľo 2019).

Súčasný stav skúmanej problematiky

„Zväčša staršiu populáciu obyvateľstva trápí tenká, krehká koža, ktorá je spojená s komplikáciami, ako sú krvácajúce rany“ (Dyer, Miller 2018, s. 13). Pergamenová koža, „skin tears“, je pomenovanie pre kožu trpiacou akútnym poranením. V súčasnosti dochádza často v terminológii k nejasnostiam, a preto je potrebná štandardizácia termínov a definícií. Kožné trhliny nájdeme v praxi pod pojmom „tržné rany“. Skin tears, kožná trhlina, je však špecifická porucha integrity kože. Je to typické zranenie, ktoré sa líši od termínu tržná rana, ktorá je definovaná trhaním mäkkých tkanív. Ošetrovateľskými odborníkmi používané pojmy ako senilná koža alebo atrofická koža nie sú vecne vhodné. Neuvažuje sa o kožnom defekte ako o ústrednom probléme. Uvedené termíny sa vzťahujú len na kožné ochorenie, ktoré by malo byť rozpoznateľné a pomenované zdravotníkymi pracovníkmi ako rizikové faktory pre vznik kožných trhlín. Až keď sa rozvinie kožný defekt, stáva sa z nej kožná trhlina. Rovnako to platí pre termín kortizónová koža, ktorá je rovnako rizikovým faktorom vzniku kožných trhlín. Nie každá atrofická alebo pergamenová koža je spôsobená kortizónom, preto je pojem zavádzajúci a vecne nesprávny. Termín hematóm je taktiež nesprávny. Kožné trhliny môžu sprevádzať krvácanie, ale bez rany ešte nemôžeme hovoriť o kožnej trhline. *„Nepresné alebo nesprávne termíny pre pozorované javy v ošetrovateľskej starostlivosti poukazujú na to, že rôzne stavy sú zle a mylne vyhodnotené a šance na optimálne opatrenia a prevenciu zdravotníkmi v ošetrovateľskej starostlivosti bývajú dosť obmedzené“* (Scheele, Gohner, Schumann 2020, s. 123 – 132). Autori Van Tiggelen a Beeckman (2022, s. 38) uvádzajú definíciu pre kožné trhliny podľa ISTAP: *„Kožné trhliny, skin tears, sú akútne traumatické rany spôsobené mechanickým silami vrátane odstránenia adhezív, Závažnosť sa môže líšiť od hĺbky, nepresahuje cez podkožie“*. Keďže kožné trhliny sú traumatické rany, tradične sa radia medzi akútne. Očakáva sa nekomplikovaný proces hojenia. Napriek tomu mnoho štúdií potvrdzuje, že kožné trhliny nespĺňajú očakávaný vývoj hojenia a výsledkom môže byť spomalený proces hojenia a prechod do chronického štádia.

Prechod môže mať súvis s komorbiditami a komplikáciami, ktoré vedú k vzniku obťažne hojajúcich sa rán, tzv. hard to heal wounds, a následne k zhoršeniu celkového stavu. Prevalencia výskytu chronických rán má zvyšujúcu sa tendenciu u polymorbídnych pacientov, krehkých seniorov, ale aj u predčasne narodených detí a kriticky či chronicky chorých osôb. Vymenované skupiny sú najviac ohrozené vznikom kožných trhlín (LeBlanc, Baranoski, Christensen, Langemo, Edwards, Holloway 201). Kožné trhliny sú prevažne nepravidelného tvaru, s prítomnou sekréciou, exsudátom alebo aj bez, ktoré sú suché. Vo väčšine prípadov sú bolestivé s tendenciou k pomalému hojeniu (Randová 2020, s. 8). Väčšina kožných trhlín sa nachádza na končatinách. „K roztrhnutiu kože môže dôjsť na ktorejkoľvek časti tela“. Za primárnu príčinu sa považuje tupé poranenie pri aktivitách ako kúpanie, obliekanie, rovnako aj pri prenášaní, presune pacienta alebo páde. 50 % prípadov kožných trhlín má neznámu etiológiu (Saiberová, 2023, s. 9). „Skin tears sú časté akútne poranenia, s ktorými sa zdravotnícky personál stretáva behom svojej rutínnej klinickej praxe“ (Pokorná, Saiberová, Velichová et. al., 2016).

Pojmový rámec výskumného problému

Aká je stratégia manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti o pergamenovú kožu na pracoviskách intenzívnej starostlivosti?

Cieľ výskumu

Cieľom tohto výskumu bolo zistiť, aké sú kľúčové faktory manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti o pergamenovú kožu v intenzívnej starostlivosti.

Výskumné metódy

Zber potrebných sme realizovali metódou dotazníka. Dáta z očíslovaných dotazníkov sme spracovali do tabuľky v software Microsoft Office Excel 365. Tabuľky obsahujú odpovede na jednotlivé položky, počet odpovedajúcich respondentov (n) a percentuálne vyjadrenie. Vzhľadom na charakter dát sme pri analýze použili neparametrické testy a koeficienty, ktorými sa testovali hypotézy a skúmala sa sila existujúcich vzťahov medzi uvažovanými dvoma znakmi. Prvým testom, Chi-kvadrát testom nezávislosti, bola overená existencia vzťahu medzi dvoma uvažovanými znakmi, resp. potvrdená jeho neexistencia. Druhý test, Cramer V, bol následne použitý na určenie sily vzťahu. Výstupom tohto testu je aj koeficient, ktorý je neparametrickou verziou Spearmanovej korelácie. Koeficient nadobúda hodnoty v rozmedzí od 0 do 1, pričom 0 značí neexistenciu vzťahu a 1 zodpovedá existenciu silného vzťahu.

Charakteristika výskumného súboru

Naším výskumným súborom boli sestry poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť s minimálne ukončením stredoškolským vzdelaním formou maturitnej skúšky, pracujúce vo vysokošpecializovaných ústavných zdravotníckych zariadeniach, na oddeleniach a klinikách anestéziológie a intenzívnej medicíny. Splnené kritériá pre výskumný súbor predstavovalo celkovo 103 respondentov. 39 respondentov sa

zúčastnilo z VÚSCH, a. s., 42 respondentov sa podieľalo z NÚSCH, a. s., a 22 respondentov uzatvára výskumný súbor zo SÚSCCH, a. s.

Tabuľka 1 Pohlavie

Pohlavie	Absolútna početnosť (n)	Relatívna početnosť (%)
Ženy	95	92,2 %
Muži	8	7,8 %
Celkom	103	100,0 %

V tabuľke 1 uvádzame pohlavie sestier. V našom výskume mali prevahu ženy (92,2 %), a iba malé percento sú muži (7,8 %).

Tabuľka 2 Najvyššie dosiahnuté vzdelanie

Najvyššie dosiahnuté vzdelanie v odbore sestra/ošetrovateľstvo	Absolútna početnosť (n)	Relatívna početnosť (%)
Stredoškolské vzdelanie	3	2,9 %
Vyššie odborné vzdelanie	27	26,2 %
VŠ I. stupňa Bc.	44	42,7 %
VŠ II. stupňa Mgr.	29	28,2 %
VŠ III. stupňa PhD.	0	0,0 %
Iné	0	0,0 %
Celkom	103	100,0 %

V tabuľke 2 uvádzame štruktúru vzorky podľa ukončeného vzdelania sestier. Najpočetnejšiu skupinu tvoria sestry s vysokoškolským vzdelaním I. stupňa (42,7 %), a ďalej približne rovnako početné skupiny sestier s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa (28,2 %) a vyšším odborným vzdelaním (26,2 %). Nikto zo sestier neuviedol vysokoškolské vzdelanie III. stupňa (0 %) a len 3 sestry uviedli stredoškolské vzdelanie (2,9 %).

Tabuľka 3 Certifikované štúdium

Absolvovanie certifikačného štúdia v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické	Absolútna početnosť (n)	Relatívna početnosť (%)
Áno	11	10,7 %
Nie	92	89,3 %

Celkom	103	100,0 %

Podiel sestier s ukončeným certifikovaným štúdiom v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany je uvedený v tabuľke 3. V tejto vzorke absolvovalo dané štúdium 11 sestier, čo predstavuje 10,7 % zo vzorky.

Výsledky výskumu

- H1** Predpokladáme, že zvyšovanie kvalifikácie v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany ovplyvňuje manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pergamenovú kožu.
- 1a** Existuje štatisticky významný vzťah medzi absolvovaním certifikačného štúdia v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany a vykonávaním toalety u pacienta s pergamenovou kožou.
- 1b** Existuje štatisticky významný vzťah medzi absolvovaním certifikačného štúdia v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany a používaním fixačnej techniky pri prichytení zdravotníckych pomôcok a ich súčastí.
- 1c** Existuje štatisticky významný vzťah medzi absolvovaním certifikačného štúdia v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany a použitím preventívnych ošetrovateľských intervencií.

Tabuľka 4 Testovanie hypotézy 1a

Chí kvadrát test		Cramer V	
Stupne voľnosti	1	N	103
Chí-kvadrát	4,265	Cramer V	0,203
p-hodnota	0,039	p-hodnota	0,039

V tabuľke 4 sú uvedené výsledky štatistických testov pre hypotézu 1a. Na základe p-hodnoty 0,039 v oboch testoch, ktorá je menšia ako 5 %, zamietame nulovú hypotézu a prijímame hypotézu o štatisticky významnom vzťahu medzi absolvovaním certifikačného štúdia v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany a vykonávaním toalety u pacienta s pergamenovou kožou. Hodnota Cramerovho V naznačuje stredne silný vzťah medzi danými dvoma premennými.

Tabuľka 5 Testovanie hypotézy 1b

Chí kvadrát test		Cramer V	
Stupne voľnosti	3	N	103
Chí-kvadrát	10,622	Cramer V	0,321

p-hodnota	0,014	p-hodnota	0,014

Závislosť medzi absolvovaním certifikačného štúdia a používaním fixačnej techniky pri prichytení zdravotníckych pomôcok sme otestovali znova dvoma testami, ktorých výsledky sú uvedené v tabuľke 5. Oba testy zamietajú nulovú hypotézu o neexistencii štatisticky významného vzťahu, keďže p-hodnota 0,014 je pod hodnotou hladiny významnosti 0,05. Hodnota Cramerovho V je vyššia ako pri predchádzajúcej hypotéze, naznačujúca silnejší vzťah.

Tabuľka 6 Testovanie hypotézy 1c

Chí kvadrát test		Cramer V	
Stupne voľnosti	4	N	103
Chí-kvadrát	11,251	Cramer V	0,331
p-hodnota	0,024	p-hodnota	0,024

Štatistické testy aj v tomto prípade zamietajú nulovú hypotézu o neexistencii štatisticky významného vzťahu medzi absolvovaním certifikačného štúdia a použitím preventívnych ošetrovateľských intervencií, keďže p-hodnota je 0,024. Znamená to, že prijímame hypotézu H1 o existencii vzťahu. V tabuľke 6 tento vzťah naznačuje aj stredne vysoká hodnota Cramerovho V, 0.331.

- H2** Predpokladáme, že zapojenie do implementačného procesu v manažmente ošetrovateľskej starostlivosti o pergamenovú kožu súvisí s aplikovaním ošetrovateľských stratégií.
- 2a** Existuje štatisticky významný vzťah medzi podaním informácií o aktualitách v oblasti kožných trhlín certifikovaným členom ranového tímu/sestrou s absolvovanou certifikáciou v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany a vykonávaním toalety u pacienta s pergamenovou kožou.
- 2b** Existuje štatisticky významný vzťah medzi podaním informácií o aktualitách v oblasti kožných trhlín certifikovaným členom ranového tímu/sestrou s absolvovanou certifikáciou v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany a používaním fixačnej techniky pri prichytení zdravotníckych pomôcok a ich súčastí.
- 2c** Existuje štatisticky významný vzťah medzi podaním informácií o aktualitách v oblasti kožných trhlín certifikovaným členom ranového tímu/sestrou s absolvovanou certifikáciou v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany a použitím preventívnych ošetrovateľských intervencií.
- 2d** Existuje štatisticky významný vzťah medzi rôznymi formami zapojenia do implementačného procesu starostlivosti o pergamenovú kožu a vykonávaním toalety u pacienta s pergamenovou kožou.
- 2e** Existuje štatisticky významný vzťah medzi rôznymi formami zapojenia do implementačného procesu manažmentu starostlivosti o pergamenovú kožu

a používaním fixačnej techniky pri prichytení zdravotníckych pomôcok a ich súčastí.

- 2f** Existuje štatisticky významný vzťah medzi rôznymi firmami zapojenia do implementačného procesu manažmentu starostlivosti o pergamenovú kožu a použitím preventívnych ošetrovateľských intervencií.

Tabuľka 7 Testovanie hypotézy 2a

Chí kvadrát test		Cramer V	
Stupne voľnosti	1	N	103
Chí-kvadrát	21,649	Cramer V	0,458
p-hodnota	0,000	p-hodnota	0,000

Vysoká hodnota chí-kvadrát štatistiky aj Cramerovho V sa zrkadlia vo veľmi nízkej hodnote (nižšia ako 0,0005, zaokrúhlene 0,000). Oba testy zamietajú hypotézu, že neexistuje štatisticky významný vzťah medzi podaním informácií o aktualitách v oblasti kožných trhlín certifikovaným členom ranového tímu sestrou s absolvovanou certifikáciou v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany a vykonávaním toalety u pacienta s pergamenovou kožou. Je prijatá hypotéza o existencii vzťahu.

Tabuľka 8 Testovanie hypotézy 2b

Chí kvadrát test		Cramer V	
Stupne voľnosti	3	N	103
Chí-kvadrát	12,808	Cramer V	0,353
p-hodnota	0,005	p-hodnota	0,005

Štatistické testy pre hypotézu 2b (tabuľka 8) potvrdzujú existenciu vzťahu. Na základe nízkej p-hodnoty v oboch testoch (0,005) zamietame nulovú hypotézu o neexistencii štatisticky významného vzťahu medzi podaním informácií o aktualitách v oblasti kožných trhlín certifikovaným členom ranového tímu/sestrou s absolvovanou certifikáciou v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany a používaním fixačnej techniky pri prichytení zdravotníckych pomôcok a ich súčastí. Prijímame alternatívnu hypotézu o existencii takéhoto vzťahu so stredne vysokou hodnotou Cramerovho V (0,353).

Tabuľka 9 Testovanie hypotézy 2c

Chí kvadrát test		Cramer V	
Stupne voľnosti	4	N	103
Chí-kvadrát	6,958	Cramer V	0,26
p-hodnota	0,138	p-hodnota	0,138

Výsledky štatistických testov (tabuľka 9) však štatisticky významný vzťah medzi podaním informácií o aktualitách v oblasti kožných trhlín certifikovaným členom ranového tímu/sestrou s absolvovanou certifikáciou v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany a použitím preventívnych ošetrovateľských intervencií nepotvrdili. Keďže p-hodnota (0,138) je vyššia ako hladina významnosti 0,05, nulovú hypotézu o neexistencii vzťahu nezamietame. Hodnota Cramerovho V je stredne vysoká (0,26), no štatisticky nevýznamná.

Tabuľka 10 Testovanie hypotézy 2d

Chí kvadrát test		Cramer V	
Stupne voľnosti	3	N	103
Chí-kvadrát	1,944	Cramer V	0,137
p-hodnota	0,584	p-hodnota	0,584

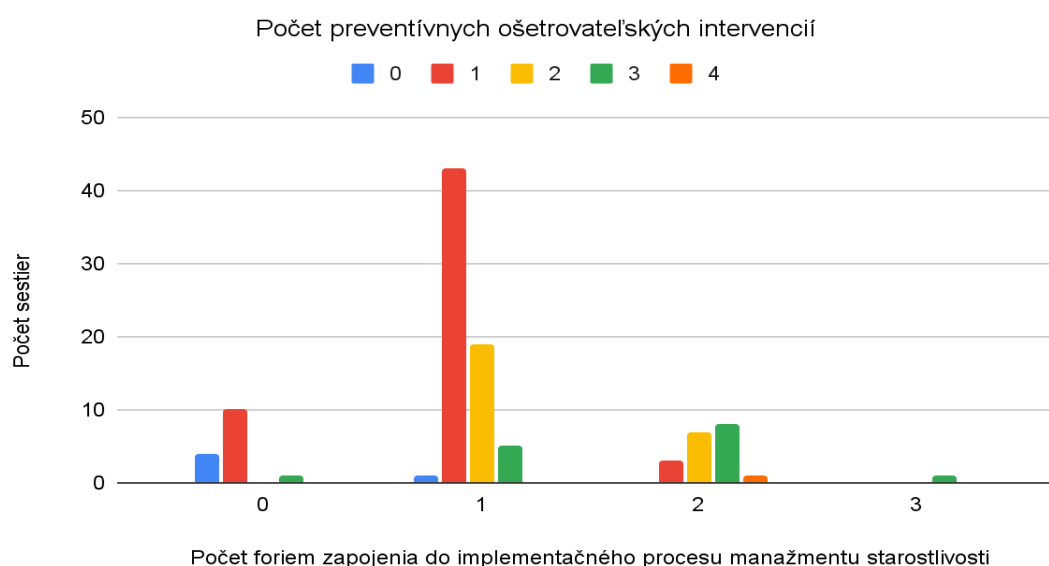
V tabuľke 10 však vidíme, že rozdiely medzi sestrami, ktoré sú zapojené do implementačného procesu manažmentu starostlivosti o pergamenovú kožu a tými, ktoré nie sú, nie je pri vykonávaní toalety štatisticky významný. Kvôli vysokej p-hodnote (0,584) nezamietame

Tabuľka 11 Testovanie hypotézy 2e

Chí kvadrát test		Cramer V	
Stupne voľnosti	9	N	103
Chí-kvadrát	41,334	Cramer V	0,366
p-hodnota	0,000	p-hodnota	0,000

Vyššie spomenuté rozdiely sa odzrkadlili aj vo výsledkoch štatistických testov (tabuľka 11). Vysoké hodnoty chí-kvadrát štatistiky (41,334) a Cramerovho V (0,366) indikujú nízku p-hodnotu (0,000). Tá je pod hladinou významnosti, a preto nulovú hypotézu zamietame a prijímame alternatívnu hypotézu o existencii štatisticky významného vzťahu medzi rôznymi formami zapojenia do implementačného procesu manažmentu starostlivosti o pergamenovú kožu a používaním fixačnej techniky pri prichytení zdravotníckych pomôcok a ich súčastí.

Graf 1 Skóre preventívnych ošetrovateľských intervencií podľa zapojenia do implementačného procesu – graficky



Závislosť medzi rôznymi formami zapojenia do implementačného procesu manažmentu starostlivosti o pergamenovú kožu a použitím preventívnych ošetrovateľských intervencií potvrdili aj testy, ktorých výsledky sú uvedené v tabuľke 12. Na základe nízkej p-hodnoty (0,000) zamietame nulovú hypotézu a prijímame alternatívnu hypotézu o existencii štatisticky významného vzťahu.

Tabuľka 12 Hypotéza 2f

Chí kvadrát test		Cramer V	
Stupne voľnosti	12	N	103
Chí-kvadrát	52,069	Cramer V	0,41
p-hodnota	0,000	p-hodnota	0,000

H3 Predpokladáme, že klasifikácia stavu pergamenovej kože vplýva na správny výber terapeutického materiálu v manažmente ošetrovateľskej starostlivosti.

3a Existuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením stavu pergamenovej kože a jej poškodenia podľa ISTAP a typom použitého materiálu k primárnemu krytiu kožnej trhliny.

3b Existuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením stavu pergamenovej kože a jej poškodenia podľa ISTAP a použitím preventívnych ošetrovateľských intervencií

Tabuľka 13 Testovanie hypotézy 3a

Chí kvadrát test	Cramer V

Stupne voľnosti	4	N	103
Chí-kvadrát	5,193	Cramer V	0,225
p-hodnota	0,268	p-hodnota	0,268

Otestovali existenciu štatisticky významného vzťahu medzi hodnotením stavu pergamenovej kože a jej poškodenia podľa ISTAP a typom použitého materiálu k primárnemu krytiu kožnej trhliny (tabuľka 13). P-hodnota je vyššia ako 0,05 (0,268), a preto nulovú hodnotu nezamietame. Naše testy nepotvrdili existenciu vzťahu.

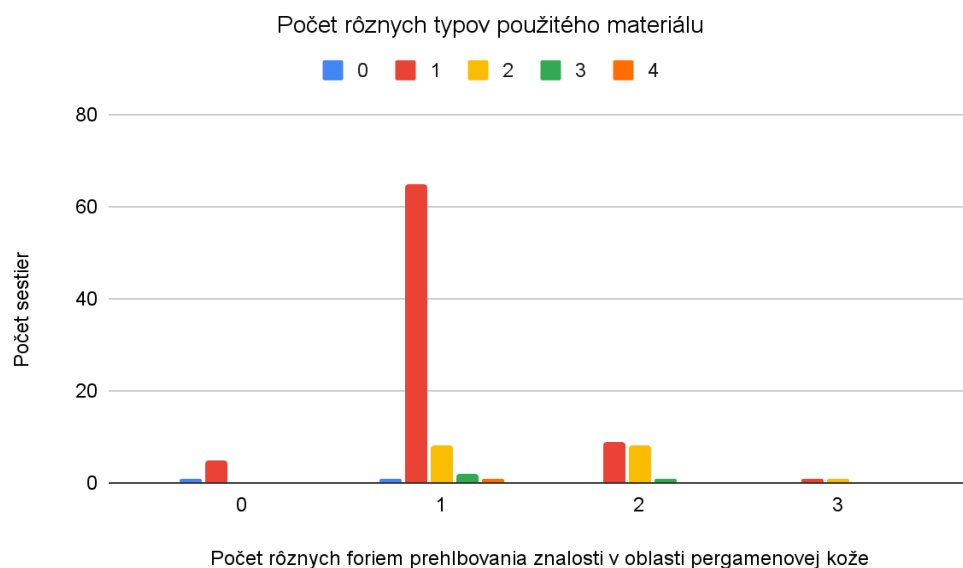
Tabuľka 14 Testovanie hypotézy 3b

Chí kvadrát test		Cramer V	
Stupne voľnosti	3	N	103
Chí-kvadrát	4,324	Cramer V	0,205
p-hodnota	0,229	p-hodnota	0,229

Výsledky štatistických testov pre hypotézu 3b sú uvedené v tabuľke 14. Existencia vzťahu nebola potvrdená, keďže p-hodnota (0,205) je vyššia ako hladina významnosti. Nulovú hypotézu o neexistencii štatisticky významného vzťahu medzi hodnotením stavu pergamenovej kože a jej poškodenia podľa ISTAP a použitím preventívnych ošetrovateľských intervencií nezamietame.

- H4** Predpokladáme, že prehĺbenie vedomostí o problematike pergamenovej kože súvisí s výberom terapeutického krytia.
- 4a** Existuje štatistický významný vzťah medzi rôznymi formami prehľbovania znalostí v oblasti pergamenovej kože a typom použitého materiálu k primárnemu krytiu kožnej trhliny.

Graf 2 Skóre typov použitého materiálu k primárnemu krytiu kožnej trhliny



Výsledky štatistických testov sú uvedené v tabuľke 15. Na základe p-hodnoty 0,025 nižšej ako 0,05 zamietame nulovú hypotézu a prijímame alternatívnu hypotézu o existencii štatisticky významného vzťahu medzi rôznymi formami prehľbovania znalosti v oblasti pergamenovej kože a typom použitého materiálu k primárnemu krytiu kožnej trhliny. Hodnota Cramerovho V (0,275) je stredne vysoká.

Tabuľka 15 Testovanie hypotézy 4a

Chí kvadrát test		Cramer V	
Stupne voľnosti	12	N	103
Chí-kvadrát	23,336	Cramer V	0,275
p-hodnota	0,025	p-hodnota	0,025

Diskusia

Z prieskumu WHO medzi rokmi 2015 a 2050 vzrastie celosvetová populácia ľudí vo veku 60 a viac rokov z 12 % na 22 %. So starnutím populácie súvisí aj výskyt kožných ochorení. Prevencia a starostlivosť o kožu odzrkadľuje jej stav a je jeden z najdôležitejších indikátorov kvality v celom zdravotníckom systéme (Xu, Xiong, Yan, Zhou, Wen, Wang 2025). Van Tiggelen a Beeckman (2022) poukazujú na najvyšší výskyt roztrhnutia pergamenovej kože počas oddeleniach intenzívnej starostlivosti počas rehabilitácie. Taktiež uvádzajú, že všetky štúdie výskytu kožných trhlín boli uskutočnené v Ázii, Austrálii, Kanade a v Spojených štátoch amerických. V Európe bola vykonaná iba jedna štúdia incidencie. Široká variabilita v prevalencii a incidencii je spôsobená zlou diagnostikou, absenciou medzinárodnej klasifikácie ochorenia a jeho kódovania, manažmentom, vybavením a v neposlednom rade aj znalosťami.

Hypotézu o existujúcom štatisticky významnom vzťahu medzi absolvovaním certifikačného štúdia v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany a vykonávaním toalety u pacienta s pergamenovou kožou. Vaculíková vo svojej diplomovej práci (2023) uvádza, že používanie horúcej vody s agresívnymi prostriedkami zvyšujú riziko poranenia kože. Autori Cowdell a Steventon (2015, s. 3 – 13), ktorí sa odvolávajú na štúdiu od Birche a Cogginsa prezentujú zníženie kožných trhlín z 13 na 1 za 10 týždňov vďaka zmene tradičnej toalety – voda a mydlo na bezoplachový kúpeľ. Saibertová a kol. vo svojej publikácii Kožní trhliny Skin Tears (2023, s. 79) predstavujú svoju dotazníkovú štúdiu zameranú na teoretické znalosti a ošetrovateľské intervencie. Zapojilo sa 109 respondentov pracujúcich na pracoviskách intenzívnej a resuscitačnej medicíny. Výsledkom bolo preukázanie lepších znalostí s absolvovaným vysokoškolským vzdelaním. Druhou testovanou hypotézou zisťujeme, či existuje štatisticky významný vzťah medzi absolvovaním certifikačného štúdia v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany a používaním fixačnej techniky pri prichytení zdravotníckych pomôcok a ich súčastí. Savine a Snelson (2024, s. 28-36) publikovali v roku 2024 článok venujúci sa poraneniam kože v dôsledku použitia adhézneho materiálu – MARSÍ. Autorky označujú prevenciu MARSÍ u pacientov s pergamenovou kožou ako podstatnú výzvu a apelujú na výber leukoplastu, ktorý je vhodný pre rizikovú skupinu.

Druhá východisková hypotéza sa zameriava na zapojenie sestier do implementačného procesu v manažmente ošetrovateľskej starostlivosti o pergamenovú kožu s premennou aplikácie ošetrovateľských stratégií. Aj túto hypotézu sme podrobne rozobrali a hľadali súvis v 6 pracovných hypotézach, 2a – 2f. Kafková (2021) vo svojom výskume interpretuje prínos sestry špecialistky v oblasti hojenia rán. 14 opýtaných sestier sa zhodlo, že prítomnosť sestry-špecialistky v oblasti hojenia rán vnímajú pozitívne. Sestry v rozhovore uviedli, že sú si vedomé chýb, ktoré v ošetrovateľskej praxi bez nej robili, sú im poskytnuté aktuality a novinky v tejto oblasti a takúto sestru vnímajú ako veľký prínos v zdravotníctve. Sestra 14 vyjadruje dôveru k takejto sestre a oceňuje jej skúsenosti. Sestra 7 zas priznala, že aj keď často vykonáva starostlivosť o nehojace sa rany, kde sama pracuje, nemá také skúsenosti ako sestra-špecialistka v tejto oblasti.

Predpokladáme, že klasifikácia stavu pergamenovej koži vplýva na správny výber terapeutického materiálu v manažmente ošetrovateľskej starostlivosti (H3). Vaculíková (2023) vo svojom kritériu implementačného procesu zaznamenala najmenšiu úspešnosť. Autorke sa nepodarilo implementovať túto klasifikáciu do klinickej praxe. Aj napriek tomu, že personál prešiel školením, 0 % využíva klasifikáciu ISTAP. Pri analýze hypotézy 3a sme rovnako ako pri predchádzajúcich hypotézach vytvorili premennú *Stav podľa ISTAP* s hodnotou 1. Ďalej nasledovalo vytvorenie tzv. hrubého skóre – *Skóre typov použitého materiálu*. Tabuľka 35 ukazuje, že sestry, ktoré hodnotia stav kože podľa ISTAP používajú aspoň jeden správny materiál k primárnemu krytiu kožnej trhliny. Existenciu vzťahu sme testovali Chí kvadrát testom a Cramer V. Keďže p-hodnota je vyššia ako 0,05 (0,268), nulovú hypotézu H_0 -3a nezamietame: neexistuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením stavu pergamenovej kože a jej poškodenia podľa ISTAP a typom použitého materiálu

k primárnemu krytiu kožnej trhliny. Saibertová a kol. (2023) spomína odhalenie problematických oblastí. Respondenti mali problémy s identifikáciou typu poškodenia kože, konkrétne rozdiel medzi čiastočnou a úplnou stratou kože ako prejavu komplikácie pergamenovej kože. Rovnako veľmi nízka bola schopnosť identifikovať rozsah poškodenia kože za pomoci nástroja pre hodnotenie prejavov. Štúdia ukazuje na potrebu vzdelávania na poli diferenciálnej diagnostiky. Odlišné postihnutie kože vyžaduje odlišné výkony. Správna identifikácia poškodenia kože pacienta a používanie vhodného terapeutického materiálu dokáže zmierniť bolesť a iné komplikácie.

Hypotéza číslo 4 je analyzovaním vzťahu medzi prehĺbením vedomostí o problematike pergamenovej kože a výberom terapeutického materiálu. V roku 2022 LeBlanc a Woo (s. 125 – 134) zrealizovali klinickú štúdiu, ktorej cieľom bolo zhodnotiť použitie silikónových materiálov k ošetrovaniu kožných trhlín. Výsledkom ukazujú, že kožné trhliny ošetrené silikónovým obvazom sa uzatvárajú skoro o 50 % rýchlejšie v porovnaní s tradičnými obvazmi. Saibertová a kol. (2023, s. 81) vo svojej štúdii formou implementačného procesu zistila, že v oblasti terapeutických intervencií bolo zvolené nesprávne terapeutické krytie a najčastejšie boli použité prípravky obsahujúce jód. Dosiahnutou p-hodnotou 0,025, ktorá je nižšia ako 0,05, zamietame nulovú hypotézu a prijímame hypotézu 4a o existujúcom štatisticky významnom vzťahu medzi rôznymi formami prehlbovania znalostí v oblasti pergamenovej kože a typom použitého materiálu k primárnemu krytiu kožnej trhliny.

Môžeme konštatovať, že prítomnosť kvalifikovaného odborníka je neoddeliteľnou súčasťou pre udržanie kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti v manažmente starostlivosti pergamenovej kože. Zároveň výskum odhalil problematické oblasti manažmentu s možnosťou realizácie ďalších výskumov a implementovanie poznatkov do klinickej praxe na základe Evidence Based Nursing a Evidence Based Practices.

Záver

Pergamenová koža je veľkým rizikom pre zraniteľnú skupinu obyvateľstva. Správnym manažmentom obsahujúcim strategické intervencie dokážeme predísť natrhnutiu kože a súvisiacim komplikáciám, ktoré dokážu narušiť sebestačnosť pacienta vo vykonávaní denných aktivít. Takýto prístup by mal byť multidisciplinárny s holistickým prístupom. Multidisciplinárny tím pracovníkov je efektívny model poskytovania kvalitnej, komplexnej starostlivosti v zdravotnej a sociálnej sfére. Jeho hlavným cieľom je zabezpečiť, aby všetky aspekty života pacienta, od fyzického zdravia po sociálnu pohodu, boli správne zohľadnené a ošetrené rôznymi odborníkmi (Noga, 2025). Široký výber terapeutických materiálov a jeho správne použitie vyžaduje rozhľad, ktorý získame aj prehlbovaním znalostí. Môžeme skonštatovať dôležitosť prehlbovania vedomostí, zapojenie sestier do problematiky pergamenovej kože a pozitívny vplyv sestry s certifikáciou v ošetrovateľskej starostlivosti o chronické rany, ktorá je kľúčovým faktorom v manažmente ošetrovateľskej starostlivosti o pergamenovú kožu.

BIBLIOGRAFIA

CILLUFFO, S. – BASSOLA, B. – BEECKMAN, D. – LUSIGNANI, M. 2022. Risk of skin tears associated with nursing interventions: A systematic review. In *Journal of Tissue Viability*. [online]. 2022. 32(1). [citované 2025-10-12]. s. 120-129. Dostupné na internete: < <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.11.006>>.

COWDELL, F. – STEVENTON, K. 2015. Skin cleansing practices for older 74 people: a systematic review. In *International Journal of Older People Nursing*. [online]. 2015. 10(1). [citované 2025-10-12]. s. 3-13. Dostupné na internete: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/opn.12041>>.

DYER, M. J. – MILLER, A. R. 2018. Chronic Skin Fragility of Aging: Current Concepts in the Pathogenesis, Recognition, and Management of Dermatoporosis. In *The Journal Of Clinical And Aesthetic Dermatology*. [online]. 2018. 11(1). [citované 2025-10-12]. s. 13 – 18. Dostupné na internete:< <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5788262/>>.

HLINKOVÁ, E. – NEMCOVÁ, J. – HUŁO, E. a kol. 2019. *Management chronických rán*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2019. 25-140. ISBN 978-80-271-0620-2.

HLINKOVÁ, E. – NEMCOVÁ, J. – MIERTO VÁ, M. a kol. 2015. *Nehojace sa rany*. 1.vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2015. s. 72-74. ISBN 978-80-8063-433-9.

KAFKOVÁ, N. 2021. *Role sestry specialistky v péči o rány ve zdravotníckej organizaci*. Diplomová práca. České Budějovice. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta. 102 s.

KOÇ, B. I. – HACIDURSUNOĞLU, E. D. – SAMET, Y. 2024. Skin Tears Preventable With a Gentle Approach. A Case Serries. In *Dimensions of Critical Care Nursing*. [online]. 2024. 43(4). [citované 2025-10-12]. s. 217-222. Dostupné na internete:< https://journals.lww.com/dccjournal/abstract/2024/07000/skin_tears_preventable_with_a_gentle_approach__a.9.aspx>.

KOUTNÁ, M. – ULRYCH, O. et. al. 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Galén, 2015. s. 31. ISBN 978-80-7492-190-2.

LEBLANC, K. – BARANOSKI, S. – CHRISTENSEN, D. – LANGEMO, D. – EDWARDS, K. – HOLLOWAY, S. et. al. 2016. The art of dressing selection: A consensus statement on skin tears and best practices. In *Advances in Skin Wound Care*. [online]. 2016. 29(1). [citované 2025-10-12]. s. 32-46. Dostupné na internete: <https://journals.lww.com/aswcjournal/fulltext/2016/01000/the_art_of_dressing_selection__a_consensus.10.aspx>.

NOGA, V. 2025. Spokojnosť klientov/pacientov ako pozitívny odraz konvergencie poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti. In: VANSÁČ, P. (Ed.) *Zborník z XI. Medzinárodnej vedeckej konferencie, Konvergencia poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti pre pacientov/klientov, Michalovce 15. november 2024*, Wydawnictwo Katedry Filozofii Akademii Ekonomiczno - Humanistycznej w Warszawie, Warszawa 2025, ISBN 978-83-61087-93-9, s.173-187.

POKORNÁ, A. – SAIBERTO VÁ, S. – VELICHO VÁ, R. et. al. 2016. Sorrowigenní rany, jejich identifikace a průbeh péče. In *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*. [online]. 2016. 79(1). [citované 2025-10-12]. s. 31-36. Dostupné na internete: <<https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2016-supplementum1-1/sorrowigenni-rany-jejich-identifikace-a-prubeh-pece-59443/download?hl=cs>>.

RANDOVÁ, K. 2020. *Pergamenová kůže: výzva pro kvalitní ošetrovatelskou péči*. Diplomová práce. Brno. Masarykova univerzita. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. 123 s.

SAIBERTO VÁ, S. – POKORNÁ, A. – NÁHLÍKOVÁ, K. – VACULÍKOVÁ, M. – VEVERKOVÁ, L. 2023. *Kožní trhliny Skin Tears*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2023. s. 7-82. ISBN 978-80-271-5197-4.

SAVINE, L. – SNELSON, K. 2024. Medical adhesive-related skin injury (MARSI): Preventing patient harm. In *Wounds International 2024*. [online]. 15(3). [citované 2025-10-12]. s. 28-36. Dostupné na internete: <https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2024/10/WINT-15-3_28-32_Leukoplast.pdf>.

SCHEELE, C. M. – GÖHNER, W. – SCHUMANN, H. 2020. Querschnittstudie zu Skin Tears in fragiler Altershaut. [Cross-selectional study on skin tears in fragile, aging skin: nursing deficits in a common problem in Germany]. In *Pflege*. [online]. 2020. 33(3). [citované 2025-10-12]. s. 123-132. Dostupné na internete: <<https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000742>>.

ŠULCOVÁ, J. - MURGOVÁ, A. 2021. *Vplyv nedostatku vedomosti o obezite na stav pacientov s akútnym koronárnym syndrómom*. In Zborník vedeckých prác - DNI PRAKTICKEJ OBEZITOLÓGIE A METABOLICKÉHO SYNDRÓMU 2021.s. 493-511. ISBN 978-83- 958245-5-5.

VACULÍKOVÁ, M. 2023. *Prevence a léčba kožních trhlín*. Diplomová práce. Brno. Masarykova univerzita: Ústav zdravotních věd – Pracoviště nelékařských oborů. 80 s.

VAN TIGGELEN, V. H. – BEECKMAN, D. 2022. Skin tears anno 2022: An update on Definition, epidemiology, classification, aetiology, prevention and treatment. In *JOURNAL OF WOUND MANAGEMENT*. [online]. 2022. 23(2). [citované 2025-10-12]. s. 38-51. Dostupné na internete: <<https://journals.cambridgemedia.com.au/application/files/8116/9285/5457/Tiggelen.pdf>>.

XU, J. – XIONG, Y. – YAN, H. – ZHOU, Z. – WEN, J. – WANG, S. 2024. Prevalence and influencing factors of skin tears in older adults: A systematic review and meta-analysis. In *Geriatric Nursing*. [online]. 2025. Vol. 61, January-Frebruary. [citované 2025-10-12]. s. 491-498. Dostupné na internete: <<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.12.024>>.

Kontakt

PhDr. Miroslava Nemčiková, PhD., MPH
e-mail: miroslava.nemcik@gmail.com

AGE MANAGEMENT V KONTEXTE MEDZIGENERAČNEJ SPOLUPRÁCE V ZDRAVOTNÍCTVE

AGE MANAGEMENT IN THE CONTEXT OF INTERGENERATIONAL COOPERATION IN HEALTHCARE

Popovičová Mária¹, Lacko Lukáš²

¹Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva, Ružomberok

²Vysoká škola bezpečnostného manažérstva, Košice

Abstrakt

Úvod: Demografické zmeny a starnutie pracovnej populácie prinášajú nové výzvy v oblasti riadenia ľudských zdrojov, najmä v zdravotníctve, ktoré dlhodobo čelí nedostatku kvalifikovaných sestier. Age manažment predstavuje strategický prístup zameraný na udržanie pracovnej schopnosti, podporu zdravia a rozvoj efektívnej medzigeneračnej spolupráce. Na základe týchto skutočností bolo potrebné preskúmať, ako sú princípy age manažmentu uplatňované v praxi zdravotníckych zariadení.

Cieľ: Cieľom výskumu bolo analyzovať uplatňovanie princípov age manažmentu v zdravotníckych zariadeniach a posúdiť ich vplyv na medzigeneračnú spoluprácu, pracovnú spokojnosť a profesijný rozvoj sestier.

Metódy: Výskum mal kvantitatívny charakter a realizoval sa prostredníctvom anonymného dotazníka distribuovaného medzi sestry pracujúce na rôznych typoch oddelení. Výskumný súbor tvorilo 240 respondentiek zastupujúcich rôzne vekové kategórie a úrovne odbornej praxe. Dáta boli spracované pomocou deskriptívnej štatistiky.

Výsledky: Z výsledkov výskumu vyplýva, že väčšina sestier vníma vekové zloženie pracovného kolektívu ako vyvážené, čo naznačuje zdravé generáčné prepojenie a priaznivé prostredie pre prenos skúseností. Medzigeneračné vzťahy hodnotia pozitívne a spoluprácu medzi staršími a mladšími sestrami považujú za obohacujúcu. Menšia časť respondentiek však uvádza, že vedenie len zriedka zohľadňuje vekové potreby zamestnancov a chýbajú systematické opatrenia vekového manažmentu. Pracovné prostredie preto často neposkytuje rovnaké podmienky pre všetky vekové skupiny. Pozitívne je, že sestry väčšinou nevnímajú vek ako bariéru rastu, no poukazujú na potrebu väčšej podpory v oblasti mentoringu, koučingu a celoživotného vzdelávania.

Záver: Zavádzanie age manažmentu v zdravotníctve je dlhodobý proces vyžadujúci systematický prístup, otvorenú komunikáciu a organizačnú podporu. Hoci sestry vnímajú medzigeneračné vzťahy prevažne pozitívne, princípy vekovo citlivého riadenia sa uplatňujú len čiastočne. Odporúča sa posilniť mentoring, rozvíjať koučing, podporovať celoživotné vzdelávanie a flexibilné formy práce. Efektívny age manažment by mal byť súčasťou organizačnej kultúry, ktorá podporuje spoluprácu, zdravie, profesijný rast a rovnosť príležitostí medzi generáciami.

Kľúčové slová: age manažment, sestry, medzigeneračná spolupráca, pracovné prostredie

Abstract

Introduction: Demographic changes and the aging workforce bring new challenges to human resource management, especially in healthcare, which has long faced a shortage of qualified nurses. Age management represents a strategic approach focused on maintaining work ability, promoting health, and fostering effective intergenerational cooperation. Based on these facts, it was necessary to examine how the principles of age management are applied in the practice of healthcare facilities.

Aim: The aim of the research was to analyze the application of age management principles in healthcare institutions and to assess their impact on intergenerational cooperation, job satisfaction, and professional development of nurses.

Methods: The research had a quantitative design and was conducted through an anonymous questionnaire distributed among nurses working in various departments. The research sample consisted of 240 respondents representing different age groups and levels of professional experience. Data were processed using descriptive statistics.

Results: The results indicate that most nurses perceive the age composition of their work teams as balanced, suggesting healthy generational integration and a favorable environment for knowledge transfer. Intergenerational relationships were evaluated positively, and cooperation between older and younger nurses was viewed as enriching. A smaller group of respondents reported that management rarely considers age-related employee needs and that systematic age management measures are lacking. Consequently, the work environment often fails to provide equal conditions for all age groups. Positively, nurses generally do not perceive age as a barrier to career growth, although many emphasize the need for greater support in mentoring, coaching, and lifelong learning.

Conclusion: The implementation of age management in healthcare is a long-term process requiring a systematic approach, open communication, and organizational support. Although nurses perceive intergenerational relationships mostly positively, age-sensitive management principles are only partially applied. It is recommended to strengthen mentoring, develop coaching, support lifelong learning, and promote flexible work arrangements. Effective age management should be an integral part of organizational culture that fosters cooperation, health, professional growth, and equal opportunities across generations.

Keywords: age management, nurses, intergenerational cooperation, work environment

Úvod

Problematika age manažmentu predstavuje v súčasnosti jednu z kľúčových výziev v oblasti riadenia ľudských zdrojov. Ide o strategický prístup, ktorý zohľadňuje vekovú rôznorodosť pracovnej sily a usiluje sa o efektívne riadenie potenciálu všetkých generácií v pracovnom prostredí. Koncept age manažmentu, často prekladaný ako vekovo orientované riadenie, sa opiera o zásady rovnosti, udržateľnosti a aktívneho zapojenia zamestnancov v každom životnom období. S ohľadom na aktuálne demografické trendy, ktoré poukazujú na starnutie populácie a predlžovanie pracovného života, sa age manažment stáva nevyhnutným nástrojom pre zachovanie

pracovnej schopnosti, zdravia a aktivity zamestnancov všetkých vekových kategórií. Tento prístup presahuje rámec starostlivosti o starších pracovníkov. Zameriava sa na podporu rovnováhy medzi pracovným a osobným životom, adaptáciu na technologické zmeny a rozvoj kompetencií naprieč generáciami. Na trhu práce dnes pôsobí viacero generačných skupín. Tie sa vyznačujú rozdielnymi hodnotovými orientáciami, pracovnými očakávaniami a komunikačnými štýlmi. Tieto rozdiely formujú dynamiku pracovných kolektívov a významne ovplyvňujú ich fungovanie, adaptabilitu aj celkovú organizačnú kultúru. V správne riadenom prostredí sa veková rôznorodosť stáva zdrojom inovácií, kreativity a stability. Efektívny age manažment vytvára rámec pre harmonickú spoluprácu, prenos skúseností a zvyšovanie kvality pracovného výkonu. Úspešná implementácia princípov age manažmentu si vyžaduje jasne definovanú personálnu stratégiu, ktorá je v súlade so strategickými cieľmi organizácie. Len tak je možné premeniť vekovú rozmanitosť na dynamický potenciál rozvoja a posilniť lojalitu pracovníkov. Tým sa zároveň zvyšuje konkurencieschopnosť zdravotníckych zariadení, kde je medzigeneračná spolupráca kľúčovým predpokladom kvality poskytovanej starostlivosti. V zdravotníctve nadobúda age manažment osobitný význam, keďže starnutie pracovnej sily predstavuje významný faktor ovplyvňujúci kontinuitu a kvalitu poskytovanej starostlivosti. Podľa Snopeka a Bejtkovského (2023) starnutie pracovnej sily v ošetrovatelstve predstavuje kľúčovú výzvu pre riadenie v zdravotníctve, ktoré musí reagovať implementáciou prvkov age manažmentu s cieľom zachovania pracovnej schopnosti, kvality starostlivosti a zlepšenia pracovných podmienok starších sestier. Uplatňovanie princípov age manažmentu si preto vyžaduje pochopenie špecifik jednotlivých vekových kategórií a ich vplyvu na pracovné prostredie. Analýza generačných skupín na trhu práce umožňuje lepšie porozumieť ich potrebám, hodnotám a spôsobom spolupráce, čo je základom pre efektívne riadenie vekovej diverzity.

Generačné skupiny na trhu práce

Demografický vývoj predstavuje jeden z najvýznamnejších faktorov ovplyvňujúcich fungovanie trhu práce. Populačné trendy v posledných desaťročiach poukazujú na výrazné starnutie populácie, ktoré sa stáva celosvetovým fenoménom. Zatiaľ čo niektoré krajiny, ako napríklad Mexiko, čelia rýchlemu populačnému rastu, iné krajiny, typicky Japonsko alebo štáty Európskej únie, sa vyznačujú vysokým podielom staršej populácie. Tento jav vytvára tlak na systémy zdravotnej a sociálnej starostlivosti (Kotler, 2007). V pracovnom prostredí dnes pôsobia súčasne štyri generácie, ktorých odlišné hodnoty, skúsenosti a prístup k práci významne ovplyvňujú organizačnú dynamiku. Každá z týchto skupín prešla špecifickým historickým a kultúrnym vývojom, ktorý formoval ich postoje, očakávania a pracovné správanie. Pochopenie týchto rozdielov je kľúčové pre efektívne uplatňovanie princípov age manažmentu a budovanie funkčnej medzigeneračnej spolupráce (Reháková, 2011).

- ✓ Generácia Baby boomers (narodení približne v rokoch 1940 – 1960) je charakteristická vysokou pracovnou morálkou, lojalnosťou a dôrazom na stabilitu zamestnania. Táto generácia bola svedkom dynamických spoločenských zmien, ktoré podporili rozvoj konzumného životného štýlu a

silné orientovanie na pracovné výsledky. Pre Baby boomers je typické silné pracovné nasadenie, potreba uznania a tendencia stotožňovať osobnú identitu s profesijným úspechom (Plátek, 2012).

- ✓ Generácia X (narodení v rokoch 1961 – 1980) vyrástla v období ekonomických neistôt, čo ovplyvnilo jej orientáciu na nezávislosť a samostatnosť. Je pre ňu charakteristická túžba po rovnováhe medzi pracovným a osobným životom a nižšia miera rešpektu k hierarchickej autorite. Generácia X sa považuje za technologicky adaptívnu, pretože ako prvá zažila prienik počítačov a digitálnych nástrojov do pracovného prostredia. Vyznačuje sa flexibilitou, pragmatizmom a schopnosťou rýchlo reagovať na zmeny (Reháková, 2009).
- ✓ Generácia Y (narodení v rokoch 1981 – 1995), známa aj ako „miléniáli“, sa vyznačuje sebavedomím, ambicióznosťou a vysokými očakávaniami voči zamestnávateľom. Často vyhľadáva zmysluplnú prácu, ktorá umožňuje osobný rozvoj, flexibilitu a využitie moderných technológií. Typickým znakom tejto generácie je orientácia na výkon, schopnosť pracovať v tíme a adaptabilita na technologické inovácie. Zároveň má generácia Y tendenciu preferovať rovnováhu medzi pracovným a súkromným životom a vyžaduje priebežnú spätnú väzbu a uznanie (Kane, 2019b).
- ✓ Generácia Z (narodení v rokoch 1996 – 2009) vstupuje na trh práce ako skupina, ktorá vyrastala v ére digitalizácie a nepretržitého prístupu k informáciám. Je technologicky najzdatnejšia, zvyknutá na rýchlu komunikáciu a prácu s viacerými úlohami súčasne. Pre túto generáciu je typická kreativita, vysoká schopnosť adaptácie, ale aj kratšia lojalita k zamestnávateľom. Často mení pracovné pozície v snahe o osobnostný rast a hľadanie naplnenia v práci. Zároveň však preferuje stabilitu a istotu v zamestnaní, čo ju odlišuje od predchádzajúcej generácie (Ferincz, 2010, Tapscott, 2009, Francis, 2018).

Spolupráca medzi týmito štyrmi generačnými skupinami predstavuje pre organizácie zásadnú výzvu, ale aj príležitosť. Efektívne riadenie vekových rozdielov prostredníctvom age manažmentu umožňuje využívať skúsenosti starších pracovníkov a rozvíjať inovatívny potenciál mladších. Tým sa posilňuje pracovné prostredie postavené na vzájomnom rešpekte, učení a spolupráci. Kvalitné pracovné vzťahy však neovplyvňujú len výkonnosť organizácie, ale aj osobnú pohodu jednotlivca. Vansač (2024, s. 119) uvádza, že miera šťastia a životnej spokojnosti je vyššia u ľudí, ktorí prikladajú dobrým vzťahom vysokú hodnotu. Starším ľuďom pomáhajú dobré sociálne vzťahy zvládať napätie a stres. Sociálna opora a dobré rodinné zázemie pomáha týmto ľuďom vyrovnávať sa s náročnou životnou situáciou a dosahovať pomerne dobrú úroveň životnej spokojnosti. Spolupráca medzi týmito štyrmi generačnými skupinami predstavuje pre organizácie zásadnú výzvu, ale aj príležitosť. Efektívne riadenie vekových rozdielov prostredníctvom age manažmentu umožňuje využívať skúsenosti starších pracovníkov a rozvíjať inovatívny potenciál mladších. Tým sa posilňuje pracovné prostredie postavené na vzájomnom rešpekte, učení a spolupráci. V širšom spoločenskom kontexte je pritom dôležité vnímať staršiu generáciu ako plnohodnotnú a prínosnú súčasť spoločnosti. Predstava, že starší ľudia nemajú čím prispieť spoločnosti, je hlboko zakorenená a predstavuje antropologickú konštantu prítomnú v

rôznych kultúrach (Kenderešová, 2021). Uvedené skutočnosti potvrdzujú potrebu hlbšieho pochopenia vzťahov medzi jednotlivými generáciami v pracovnom prostredí. Práve medzigeneračná spolupráca sa stáva kľúčovým prvkom udržateľného rozvoja organizácií a jedným z pilierov efektívneho age manažmentu.

Medzigeneračná spolupráca v pracovnom prostredí

Medzigeneračná spolupráca predstavuje jeden z kľúčových pilierov konceptu age manažmentu, ktorý zdôrazňuje potrebu rovnováhy medzi rôznymi vekovými skupinami v rámci pracovnej populácie. V kontexte demografického starnutia a predlžovania pracovného života je nevyhnutné systematicky rozvíjať prístupy podporujúce spoluprácu medzi generáciami. Tieto prístupy posilňujú vzájomnú kooperáciu a rešpekt. Efektívna spolupráca medzi staršími a mladšími pracovníkmi prispieva k udržateľnosti trhu práce a zlepšuje prenos skúseností. Zároveň zvyšuje kvalitu pracovných výkonov, najmä v odboroch s vysokou mierou tímovej interakcie, ako je zdravotníctvo. Na úrovni Európskej únie bola potreba medzigeneračnej solidarity osobitne zdôraznená počas Európskeho roka aktívneho starnutia a solidarity medzi generáciami. Hlavnými cieľmi tohto rámca boli podpora dlhšieho zotrvania starších pracovníkov na trhu práce, zlepšenie podmienok pracovného prostredia, eliminácia vekovej diskriminácie, posilnenie duševného a fyzického zdravia pracovníkov a rozvoj celoživotného vzdelávania (Intergenerational Solidarity, 2012). Tieto opatrenia sa stali základom pre vytváranie národných stratégií a programov v členských krajinách Európskej únie, vrátane Slovenskej republiky. Členské štáty Európskej únie však stále zápasia s množstvom prekážok, ktoré bránia rovnakej účasti mladých ľudí a staršej generácie na rozvoji spoločnosti. Mladí si ťažšie hľadajú zamestnanie pre nedostatok praxe, starší pre chýbajúce zručnosti v používaní nových technológií, nedostatočné jazykové a počítačové znalosti či častejšie zdravotné ťažkosti. Starší ľudia môžu svojimi pracovnými a životnými skúsenosťami významne prispieť k rozvoju pracovného trhu. Projekty na podporu zamestnávania sa preto čoraz viac zameriavajú nielen na mladých, ale aj na ľudí po päťdesiatke, s cieľom odstrániť zažité stereotypy vo vnímaní starších. Tento prístup odráža rastúcu potrebu budovania vzájomného rešpektu medzi generáciami, kde sa skúsenosť a inovácie navzájom dopĺňajú a vytvárajú synergický efekt v prospech spoločnosti. Na Slovensku sa zásady medzigeneračnej solidarity a aktívneho starnutia premietli do *Národného programu aktívneho starnutia na roky 2014 – 2020*. Tento strategický dokument zdôrazňuje potrebu implementácie vekového manažmentu do praxe, podpory zamestnávania starších pracovníkov, rozvoja tzv. „striebornej ekonomiky“, vytvárania bezpečných a zdravých pracovných podmienok a systematického zavádzania celoživotného vzdelávania (Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, 2014). Zároveň apeluje na posilnenie pozitívneho spoločenského vnímania starších zamestnancov. Tí disponujú odbornými skúsenosťami a stabilitou potrebnou pre medziludskú aj profesijnú rovnováhu v organizáciách. Kľúčovým faktorom udržania starších zamestnancov na trhu práce je ich nepretržitý prístup k vzdelávaniu a profesijnému rozvoju. Ako uvádza Kešelová (2017), úroveň dosiahnutého vzdelania zásadne ovplyvňuje dĺžku nezamestnanosti a schopnosť adaptovať sa na meniace sa podmienky

trhu práce. V kontexte age manažmentu preto celoživotné vzdelávanie zohráva dvojité úlohu. Znižuje riziko dlhodobej nezamestnanosti a zároveň eliminuje prejavy vekovej diskriminácie, ktoré často vychádzajú zo stereotypu o nižšej flexibilitate starších pracovníkov. Z pohľadu praxe zdravotníctva sa medzigeneračná spolupráca prejavuje najmä prostredníctvom mentoringu, koučingu a vzájomného zdieľania skúseností. Staršie sestry môžu prostredníctvom svojich vedomostí a klinických skúseností efektívne podporovať mladšie kolegyně, zatiaľ čo mladšie generácie môžu prispievať svojou technologickou zdatnosťou a otvorenosťou voči inováciám. Takéto prepojenie posilňuje nielen kvalitu poskytovanej starostlivosti, ale aj pracovnú spokojnosť, tímovú stabilitu a kultúru rešpektu v zdravotníckych zariadeniach. Medzigeneračná spolupráca si vyžaduje komplexný prístup, ktorý zohľadňuje špecifiká jednotlivých vekových skupín na pracovisku. Nasledujúca tabuľka sumarizuje hlavné silné a slabé stránky starších zamestnancov a ponúka návrhy rozvojových intervencií, ktoré podporujú ich aktívne zapojenie a prispievajú k harmonickému fungovaniu pracovných tímov v zdravotníctve.

Tabuľka 1 Silné a slabé stránky starších zamestnancov a možnosti ich rozvoja (Svobodovej, 2009; Pedro et al., 2020; Urbancovej, 2009; Vraňákovej, 2021)

Silné stránky	Slabé stránky	Možnosti rozvoja / intervencie
<i>Odbornosť a skúsenosti</i> – dlhoročná prax, vysoká odbornosť, schopnosť riešiť komplexné situácie.	<i>Znížená kognitívna flexibilita</i> – pomalšie spracovanie informácií, oslabená krátkodobá pamäť.	Cielené tréningy pamäťových a kognitívnych funkcií, pravidelné profesijné vzdelávanie.
<i>Spolahlivosť a zodpovednosť</i> – stabilita, presnosť, pracovná morálka, vytrvalosť.	<i>Nižšia adaptabilita na zmeny</i> – odpor voči inováciám, rutinné myslenie.	Individuálne koučovacie programy, zapájanie do inovačných tímov, medzigeneračné projekty.
<i>Empatia a komunikačné schopnosti</i> – vyspelé medziludské vzťahy, emocionálna stabilita.	<i>Nižšia digitálna gramotnosť</i> – obmedzené zručnosti v práci s technológiami a online komunikáciou.	Celoživotné vzdelávanie v oblasti digitálnych zručností, interné školenia a mentorstvo mladších kolegov.
<i>Lojalita a oddanosť organizácii</i> – nízka fluktuácia, identifikácia s pracovným prostredím.	<i>Vyššia chorobnosť a zdravotné obmedzenia</i> – fyzická únava, riziko civilizačných ochorení.	Podpora zdravého životného štýlu, ergonómia pracoviska, preventívne programy BOZP a fyzioterapie.
<i>Znalosť organizačných procesov a štruktúr</i> – schopnosť orientácie v zložitých systémoch.	<i>Nižšia výkonnosť v stresových situáciách</i> – únava, pomalšia reakcia, nižšia produktivita.	Optimalizácia pracovného tempa, flexibilný pracovný čas, možnosť zníženého úväzku.
<i>Zrelosť a etika</i> – zodpovedný prístup, rešpekt k autoritám, morálna integrita.	Obava z profesijného zlyhania a nižšia sebadôvera.	Psychologická podpora, rozvoj sebauvedomenia a pozitívneho hodnotenia výkonu.
<i>Mentoring a koučing</i> – schopnosť odovzdávať skúsenosti, viesť mladších kolegov.	Nedostatok kreativity a otvorenosti k novým prístupom.	Vzdelávacie workshopy zamerané na inovatívne myslenie, zapájanie do tímovej tvorby a výskumu.

<i>Odolnosť voči stresu a krízam</i> – schopnosť zachovať pokoj, rozhodovať s rozvahou.	<i>Technostres a ťažkosti s hybridnou prácou</i> – tlak z technológií a nových foriem práce.	Podpora digitálnej adaptácie, školenia v oblasti práce s informačnými systémami, podpora well-beingu.
<i>Prioritizácia a pracovná stabilita</i> – schopnosť organizovať si čas, jasné hodnoty a ciele.	<i>Nízka motivácia pre kariérny rast</i> – pocit stagnácie, chýbajúce výzvy.	Nastavenie individuálnych cieľov, uznanie pracovných úspechov, zapojenie do mentoringových úloh.

zdroj: autor

Udržanie medzigeneračnej spolupráce v zdravotníctve si vyžaduje premyslené a systematické kroky. V nadväznosti na to bude pozornosť venovaná víziám a implementačným pilierom age manažmentu, ktoré sú základom jeho efektívnej aplikácie v praxi.

Vízie a implementačné piliere age manažmentu v organizáciách

Účinné uplatňovanie princípov vekového manažmentu v praxi si vyžaduje jasne definovaný systém hodnôt, cieľov a nástrojov. Tie umožňujú organizáciám strategicky riadiť vekové rozdiely a podporovať pracovnú schopnosť zamestnancov počas celého ich profesijného života. Fínsky model age manažmentu, formulovaný Ilmarinenom (2006), predstavuje komplexný rámec založený na ôsmich víziách, ktoré prepájajú teoretické princípy s ich implementáciou do každodennej personálnej praxe. Tento koncept ponúka organizáciám metodologický základ pre tvorbu vekovo inkluzívneho prostredia a zároveň slúži ako nástroj hodnotenia efektívnosti opatrení v oblasti ľudských zdrojov. Osem vízií vekového manažmentu tvorí strategický rámec, ktorý ukazuje organizáciám smer, ako cielene rozvíjať vekovo inkluzívne pracovné prostredie. Spôsoby ich naplňovania majú byť prispôsobené jedinečným podmienkam, kultúre a stratégii každej organizácie (Ilmarinen, 2006).

1. **Poznanie vekových štruktúr** – vedenie organizácie musí poznať aktuálne a budúce zloženie pracovnej sily, riziká predčasných odchodov, kritické profesie a nedostatok mladších ročníkov. V praxi to znamená plánovanie nástupníctva, mapovanie kľúčových kompetencií a prácu so scenármi vývoja.
2. **Spravodlivé postoje k veku** – manažéri aktívne vyvracajú vekové stereotypy a cielene využívajú prednosti starších aj mladších zamestnancov. Hodnotí sa schopnosť, nie vek, čím sa zabezpečuje rovnaký prístup k rozvoju a pracovným príležitostiam.
3. **Manažment individuality a diverzity** – riadenie zohľadňuje rôzne životné fázy a potreby zamestnancov. Individuálne rozvojové plány, primeraná pracovná záťaž a diferencovaná podpora sú súčasťou zodpovedného vedenia.
4. **Funkčná veková stratégia** – age manažment sa integruje do personálnej politiky organizácie. Podporuje medzigeneračnú spoluprácu, kontinuálne vzdelávanie, interné presuny a motiváciu starších zamestnancov zostať aktívni.
5. **Pracovná schopnosť, motivácia a vôľa pokračovať** – organizácia cielene posilňuje pracovnú schopnosť prostredníctvom ergonómie, BOZP a programov well-beingu. Tým znižuje fluktuáciu a posilňuje stabilitu tímov.

6. **Vysoká úroveň kompetencií** – rozvoj je chápaný ako proces zdieľaného učenia. Kľúčovú úlohu zohráva prenos skúseností medzi generáciami, systematický mentoring a pravidelná obnova digitálnych i odborných zručností.
7. **Organizácia práce a prostredia** – pracovné procesy a prostredie sa optimalizujú podľa potrieb rôznych vekových skupín, napríklad prostredníctvom flexibilných úväzkov, úprav zmennosti či redukcie fyzickej záťaže.
8. **Spokojný život a dôstojný odchod** – uznanie, pracovná pohoda a kvalita života sú rovnocennými cieľmi. Dôstojný prechod do dôchodku má byť plánovaný proces, ktorý umožňuje postupné znižovanie pracovnej záťaže alebo prechod do poradenskej roly.

Uplatňovanie týchto vízií v praxi presahuje rámec všeobecného riadenia ľudských zdrojov a nachádza osobitné uplatnenie aj v zdravotníckom prostredí. Práve v klinickej praxi sa spája vysoká fyzická a psychická náročnosť s neustálou potrebou odbornej aktualizácie. Z tohto dôvodu sa princípy vekového manažmentu stávajú nevyhnutným predpokladom udržateľnosti pracovnej sily. V zdravotníckych zariadeniach sa tieto princípy premietajú do konkrétnych opatrení. Patria sem úpravy pracovného prostredia, flexibilné formy pracovného času, systematický mentoring medzi skúsenejšími a mladšími sestrami či programy podpory duševného zdravia a prevencie syndrómu vyhorenia. Rovnako dôležitá je aj systematická obnova odborných kompetencií, spravodlivé hodnotenie pracovného výkonu a dlhodobé plánovanie rozvoja ľudských zdrojov. Tieto skutočnosti vytvorili východisko pre stanovenie hlavného a čiastkových cieľov výskumu.

Hlavný a čiastkové ciele výskumu

Cieľom výskumu bolo analyzovať uplatňovanie princípov age manažmentu v zdravotníckych organizáciách a posúdiť ich vplyv na medzigeneračnú spoluprácu, pracovnú spokojnosť a profesijný rozvoj zamestnancov.

Čiastkové ciele výskumu

- ✓ Preskúmať vekovú štruktúru zdravotníckych tímov a zhodnotiť jej vplyv na efektivitu a stabilitu medzigeneračnej spolupráce.
- ✓ Analyzovať postoje zdravotníckych pracovníkov k spolupráci medzi generáciami a identifikovať faktory podporujúce prenos skúseností a znalostí.
- ✓ Zistiť, ako vedenie organizácie podporuje zdravie, pohodu a profesijný rozvoj zamestnancov rôznych vekových kategórií.
- ✓ Posúdiť spravodlivosť a transparentnosť organizačných opatrení súvisiacich s politikou vekového manažmentu.
- ✓ Navrhnuť odporúčania pre efektívnejšiu implementáciu princípov age manažmentu v zdravotníckej praxi.

Sociálno-demografická charakteristika respondentov

Výskumný súbor tvorili sestry pôsobiace na rôznych oddeleniach zdravotníckych zariadení. Zastúpenie rôznych vekových skupín a úrovní pracovných skúseností umožňuje komplexne posúdiť profesijné postoje a skúsenosti v rámci

ošetrovateľskej praxe. Takto zostavená vzorka zároveň vytvára priestor na porovnanie generácií a identifikáciu trendov v rozvoji ošetrovateľstva.

Tabuľka 2 Generačné zastúpenie respondentov podľa vekových kohort

generačná kohorta	vekové pásmo	rok narodenia	n	%
Gen Z	≤ 29	≥ 1996	36	15
Gen Y	30–44	1981–1995	58	24,17
Gen X	45–60	1965–1980	112	46,66
Boomers	≥ 61	≤ 1964	34	14,17
Spolu			240	100

Štruktúra respondentov podľa vekových kohort odhaľuje výrazne vyvážené generačné spektrum, ktoré predstavuje silný potenciál pre udržateľnú personálnu stratégiu v zdravotníckych organizáciách. Najpočetnejšiu skupinu tvorí generácia X (45–60 rokov) so 46,66 %, ktorá prináša do praxe stabilitu, dlhodobé klinické skúsenosti a schopnosť efektívne viesť tímy. Generácia Y (30–44 rokov) s podielom 24,17 % predstavuje dynamický segment s vysokou mierou adaptability a ambíciou profesionálneho rastu, čo z nej robí kľúčový článok pre budúce líderské pozície. Generácia Z (≤29 rokov), zastúpená 15 %, prináša do systému nové technologické prístupy a digitálnu gramotnosť, čím podporuje inovačný charakter organizácií. Na druhej strane, generácia Boomers (≥61 rokov) so 14,17 % zostáva dôležitým nositeľom organizačnej kultúry, etických hodnôt a praktickej múdrosti získanej dlhoročnou praxou. Z hľadiska princípov age manažmentu je takéto rozloženie mimoriadne priaznivé, pretože vytvára priestor pre medzigeneračnú synergiu, ktorá spája skúsenosť s inováciou. Rovnováha medzi stabilitou starších a progresivitou mladších generácií podporuje efektívne učenie, kontinuitu vedomostí a odolnosť tímov voči fluktuácii. Tento profil zároveň poukazuje na potrebu cielenej implementácie mentoringových programov, adaptačných procesov a politiky rovnosti príležitostí. Cieľom je naplno využiť potenciál každej vekovej skupiny.

Tabuľka 3 Dĺžka pôsobenia respondentov v zdravotníctve

kategória	prax	n	%	charakteristika
do 5 rokov	0–5	68	28,3	Začiatočníci, adaptačné obdobie, generácia Z a mladší Y.
6–15 rokov	6–15	48	20	Stabilizované sestry, začiatok profesijného rastu a špecializácie.
16–25 rokov	16–25	48	20	Skúsené sestry s pevnou odbornou identitou, často v mentorujúcich úlohách.
26–35 rokov	26–35	50	20,8	Sestry s pracovnými skúsenosťami, ktoré prispievajú k rozvoju organizačného know-how.
nad 35 rokov	36+	26	10,9	Skúsenostná elita, často zastúpená v manažérskych pozíciách.
Spolu		240	100	

Rozdelenie dĺžky pôsobenia respondentov v zdravotníctve reflektuje vyvážené zastúpenie jednotlivých kariérnych fáz naprieč rôznymi zdravotníckymi zariadeniami. Najpočetnejšiu skupinu tvoria zamestnanci sestry s praxou do 5 rokov (28,3%), čo potvrdzuje generačnú obnovu profesie a kontinuálny nástup mladších odborníkov do klinickej praxe. Stredné pásmo (6 – 25 rokov, spolu 40%) predstavuje stabilizačné jadro systému, skupinu pracovníkov, ktorí už disponujú odbornou istotou, profesijnou identitou a schopnosťou implementovať inovatívne prístupy do praxe. Sestry s 26 – 35 rokmi praxe (20,8%) tvoria skupinu vysoko skúsených profesionálov, ktorí nesú organizačnú pamäť a zohrávajú významnú úlohu v mentoringu, vedení a prenosoch klinického know-how. Skupina s viac ako 35 rokmi praxe (10,9%) predstavuje skúsenostnú elitu, ktorá spája historickú kontinuitu odboru s vysokou mierou rozhodovacej rozvahy a diagnostickej istoty. Táto demografická štruktúra v rámci zdravotníckych zariadení vytvára ideálny rámec pre intergeneračnú synergiu. Umožňuje strategické prepojenie energie a inovatívnosti mladších s odbornou zrelosťou a pracovnými skúsenosťami starších sestier. Z pohľadu age manažmentu ide o ukážkový príklad udržateľnej pracovnej sily. V nej je vekové zloženie premenené na zdroj stability, adaptability a kvalitatívneho rastu zdravotníckych tímov.

Analýza výsledkov výskumu

Analýza výsledkov poskytuje prehľad o odpovediach respondentov získaných z dotazníkového prieskumu. Údaje sú usporiadané do prehľadných tabuliek, ktoré znázorňujú rozdelenie odpovedí podľa jednotlivých otázok. Interpretácia výsledkov prináša zhodnotenie najdôležitejších zistení a umožňuje lepšie porozumieť skúmanej problematike.

Tabuľka 4 Rovnomernosť vekovej štruktúry v pracovnom kolektíve

	n	%
Áno	20	8,3
Skôr áno	96	40
Ani áno ani nie	34	14,2
Skôr nie	72	30
Nie	18	7,5
Spolu	240	100

Výsledky ukazujú, že takmer polovica respondentov (48,3 %) vníma vekovú štruktúru svojho pracovného kolektívu ako rovnomernú. Tento fakt poukazuje na zdravé generačné prepojenie a potenciál pre efektívnu medzigeneračnú spoluprácu. Naopak, 37,5 % opýtaných považuje vekové zloženie za nerovnomerné, čo môže naznačovať riziko generačnej nerovnováhy alebo oslabeného prenosu skúseností. V kontexte age manažmentu sú tieto zistenia významné, pretože vekové zloženie pracovného tímu sa ukazuje ako strategická výhoda. Umožňuje spájať skúsenosti starších sestier s inovatívnosťou mladších kolegyň. Takéto prostredie podporuje proces učenia, stabilitu tímov a kvalitu poskytovanej starostlivosti. Celkové výsledky

naznačujú, že vek v zdravotníctve prestáva byť limitom. Stáva sa hodnotou, ktorá pri správnom riadení posilňuje synergiu generácií a udržateľnosť ľudských zdrojov.

Tabuľka 5 Postoj respondentov k spolupráci s kolegami inej generácie

	n	%
Áno	110	45,8
Skôr áno	88	36,7
Ani áno ani nie	20	8,3
Skôr nie	18	7,5
Nie	4	1,7
Spolu	240	100

Výsledky ukazujú, že 110 respondentov (45,8%) vníma spoluprácu s kolegami iných generácií jednoznačne pozitívne, pričom ďalších 88 respondentov (36,7%) uvádza odpoveď skôr áno. Spolu teda 82,5% opýtaných deklaruje pozitívny postoj k medzigeneračnej spolupráci. Neutrálne stanovisko zaujalo 20 respondentov (8,3%), zatiaľ čo len 18 (7,5%) odpovedalo skôr nie a 4 (1,7%) vyjadrili jednoznačne negatívny postoj. Tieto výsledky poukazujú na vysokú mieru vzájomnej tolerancie, rešpektu a efektívnej komunikácie medzi generáciami v zdravotníckych tímoch. Takéto prostredie podporuje transfer skúseností, profesijné učenie a emocionálnu stabilitu tímu, čo predstavuje významný predpoklad pre kvalitu poskytovanej starostlivosti. Z hľadiska age manažmentu ide o jasný signál, že veková diverzita nie je prekážkou, ale zdrojom inovácií a profesionálnej rovnováhy. V kontexte zdravotníctva tak možno hovoriť o pozitívnej kultúre spolupráce, kde skúsenosť starších pracovníkov a flexibilita mladších generácií vytvárajú synergický efekt s priamym dopadom na kvalitu a efektivitu pracovných procesov.

Tabuľka 6 Subjektívne vnímanie podpory zdravia a pohody zamestnancov vo všetkých vekových kategóriách

	n	%
Áno	26	10,8
Skôr áno	54	22,5
Ani áno ani nie	72	30
Skôr nie	52	21,7
Nie	36	15
Spolu	240	100

Výsledky ukazujú, že len 33,3% respondentov (26 „áno“ a 54 „skôr áno“) vníma, že vedenie zohľadňuje potreby zamestnancov súvisiace s vekom. Tretina opýtaných (30%) sa vyjadrila neutrálne, čo môže naznačovať nejasnosť alebo nedostatok komunikácie o existujúcich opatreniach. Negatívne stanovisko zaujalo až 36,7% respondentov, ktorí uviedli odpovede „skôr nie“ alebo „nie“. Zistenia poukazujú na nízku mieru uplatňovania princípov age manažmentu v zdravotníckych zariadeniach. Ak má byť medzigeneračná spolupráca efektívna, vedenie musí cielene reflektovať odlišné potreby jednotlivých vekových skupín, napríklad formou prispôsobenej

ergonómie, flexibilného pracovného času či podpory celoživotného vzdelávania. Pre prax to znamená, že vytváranie prostredia, ktoré podporuje spoluprácu rôznych generácií, nie je len otázkou sociálnej spravodlivosti. Zároveň ide o dôležitý faktor, ktorý ovplyvňuje spokojnosť, motiváciu a výkonnosť tímov. Spojenie skúseností starších a inovatívneho prístupu mladších pracovníkov môže viesť k vyššej kvalite poskytovanej starostlivosti a celkovému zlepšeniu pracovnej kultúry v zdravotníctve.

Tabuľka 7 Subjektívne vnímanie možností rozvoja profesionálnych zručností a kariérneho rastu bez ohľadu na vek

	n	%
Áno	38	15,8
Skôr áno	78	32,5
Ani áno ani nie	56	23,3
Skôr nie	54	22,5
Nie	14	5,9
Spolu	240	100

Výsledky poukazujú na relatívne optimistické, no zároveň rôznorodé vnímanie príležitostí na rozvoj v rámci organizácie. Pozitívne hodnotenie vyjadrilo spolu 116 respondentov (48,3%), ktorí sa domnievajú, že vek nepredstavuje bariéru pre profesijný rast. Neutrálne stanovisko zaujalo 56 respondentov (23,3%), čo naznačuje, že aj keď možnosti existujú, ich dostupnosť alebo efektivita nie sú vnímané jednotne. Naopak, 68 respondentov (28,4%) pociťuje nedostatok príležitostí pre svoj kariérny posun, čo môže súvisieť s obmedzenými zdrojmi alebo nedostatočne rozvinutou kultúrou age manažmentu. Dáta naznačujú, že viac než polovica pracovníkov (51,6%) nevníma rovnosť príležitostí na profesijný rast naprieč generáciami ako samozrejmosť. Ide o impulz pre manažment, aby sa zamerlal na rozvojové programy, mentoring a medzigeneračné vzdelávanie, ktoré posilňujú spravodlivosť a motiváciu. Prepojením skúseností starších s energiou mladších sa organizácia môže transformovať na dynamické prostredie, kde vek nie je bariérou, ale zdrojom profesionálnej synergie a stability.

Tabuľka 8 Subjektívne vnímanie faktorov pracovnej spokojnosti v závislosti od veku

	n	poradie
Dobré vzťahy na pracovisku	168	1.
Dobré platové ohodnotenie	156	2.
Možnosť sa ďalej vzdelávať	142	3.
Príjemné pracovné prostredie	108	4.
Možnosť kariérneho rastu	96	5
Flexibilné pracovné podmienky	96	
Iné (napr. stabilné zamestnanie)	4	6.
Spolu	770	

Otázka umožnila viacnásobný výber, preto celkový počet 770 odpovedí nepredstavuje počet respondentov, ale všetky nimi označené možnosti. Tento prístup poskytuje komplexnejší obraz o hodnotách a prioritách pracovníkov rôznych vekových skupín. Najvyššie hodnotené boli dobré vzťahy na pracovisku (168), ktoré jednoznačne potvrdzujú význam pozitívnej sociálnej klímy pre dlhodobú motiváciu a pracovnú stabilitu. Nasleduje dobré platové ohodnotenie (156) a možnosť ďalšieho vzdelávania (142), čo naznačuje, že zamestnanci si uvedomujú súvislosť medzi odborným rastom, výkonom a finančnou odmenou. Príjemné pracovné prostredie a organizácia práce (108) reflektujú potrebu zdravých a vhodných pracovných podmienok. Vyjadrujú potrebu zdravého a bezpečného prostredia, ktoré podporuje fyzickú aj psychickú pohodu. Možnosť kariérneho rastu (96) a flexibilné pracovné podmienky (96) zdôrazňujú potrebu rovnováhy medzi profesijnou ambíciou a životnou flexibilitou. Výsledky prinášajú výrazný poznatok, že odhaľujú generačne univerzálne hodnoty, keď zamestnanci bez ohľadu na vek kladú dôraz na vzťahy, uznanie a rozvoj. Pre manažment je to jasný signál, že skutočný age manažment nezačína pri veku, ale pri budovaní kultúry založenej na spolupráci, dôvere a rovnakých príležitostiach pre všetkých členov tímu.

Tabuľka 9 Subjektívne vnímanie spravodlivosti podpory zamestnancov rôzneho veku v organizácii

	n	%
Áno	44	18,3
Skôr áno	62	25,8
Ani áno ani nie	86	35,8
Skôr nie	34	14,2
Nie	14	5,9
Spolu	240	100

Výsledky poukazujú na diferencované vnímanie spravodlivosti podpory medzi vekovými skupinami v organizácii. Pozitívne hodnotenie uviedlo 106 respondentov (44%, z toho 18,3% „áno“ a 25,8% „skôr áno“), čo naznačuje, že takmer polovica sester vníma prístup organizácie ako férový a rovnocenný voči zamestnancom rôzneho veku. Neutrálne stanovisko vyjadrilo 86 respondentov (35,8%), čo môže signalizovať neistotu alebo nedostatok informácií o konkrétnych opatreniach age manažmentu. Negatívne vnímanie spravodlivosti vyjadrilo 48 respondentov (20,1%), ktorí pociťujú nerovnováhu v úrovni podpory či prístupu vedenia. Tieto zistenia prinášajú silný informačný efekt. Ukazujú, že spravodlivosť v podpore rôznych vekových kategórií nie je len otázkou vnútorných smerníc, ale aj dôvery a transparentnej komunikácie. Ak organizácia dokáže zosúladiť potreby všetkých generácií a otvorene prezentovať princípy svojej personálnej stratégie, vytvára spravodlivé a podporné pracovné prostredie. Takéto prostredie sa stáva základom motivácie, lojality a dlhodobej stability pracovného kolektívu.

Tabuľka 10 Postoje sestier k uplatňovaniu politiky vekového manažmentu v organizácii

	n	%
Áno	10	4,2
Skôr áno	28	11,7
Ani áno ani nie	82	34,2
Skôr nie	78	32,5
Nie	42	17,5
Spolu	240	100

Údaje poukazujú na nízku mieru vnímania systematickej politiky vekového manažmentu. Pozitívne hodnotenie uviedlo len 38 respondentov (15,9%), z toho 10 áno a 28 skôr áno. Neutrálne stanovisko zaujalo 82 respondentov (34,2%), čo naznačuje slabú viditeľnosť opatrení alebo nejasnú komunikáciu pravidiel. Negatívne hodnotenie uviedlo 120 respondentov (50,0%), z toho 78 skôr nie a 42 nie, čo predstavuje jasný signál manažérskej medzery. Tieto výsledky majú výrazný strategický význam. Organizácia potrebuje premeniť všeobecné deklarácie na konkrétnu a uchopiteľnú politiku s merateľnými prvkami. Kľúčové kroky zahŕňajú formálne prijatie politiky vekového manažmentu, jasne definované štandardy a zodpovednosti. Dôležité je aj pravidelné vyhodnocovanie ukazovateľov (napr. Work Ability Index) a transparentná komunikácia smerom k zamestnancom. Ak sa tieto opatrenia stanú viditeľnou súčasťou organizačnej kultúry, politika vekového manažmentu sa posunie z formálnej témy na praktický nástroj. Tento nástroj posilňuje motiváciu, lojalitu a udržateľnosť pracovnej sily. Výrazný kontrast medzi 50,0% negatívnych a 15,9% pozitívnych odpovedí je zreteľný. Predstavuje silný impulz pre strategické zmeny a budovanie kultúry rešpektu a inklúzie naprieč generáciami.

Diskusia

V posledných desaťročiach je v celej Európe pozorovaný výrazný demografický posun, charakterizovaný starnutím populácie, predlžovaním priemernej dĺžky života a zároveň klesajúcou pôrodnosťou. Uvedený demografický vývoj sa premieta nielen do sociálneho a ekonomického prostredia, ale aj do oblasti trhu práce a riadenia ľudských zdrojov. Zvyšujúci sa podiel starších pracovníkov v populácii kladie nové nároky na zamestnávateľov, ktorí musia prispôbovať svoje personálne stratégie tak, aby reflektovali potreby vekovo rôznorodej pracovnej sily (Barkasi, 2024). Tento trend sa premieta nielen do sociálneho a ekonomického prostredia, ale aj do oblasti trhu práce a riadenia ľudských zdrojov. Zvyšujúci sa podiel starších pracovníkov v populácii kladie na zamestnávateľov nové požiadavky. Tí musia prispôbovať svoje personálne stratégie meniacim sa demografickým podmienkam. Stále väčší dôraz sa preto kladie na uplatňovanie konceptu age manažmentu. Jeho hlavným cieľom je udržiavať pracovnú schopnosť zamestnancov všetkých vekových kategórií a zabezpečiť im produktívny a dôstojný pracovný život až do dôchodkového veku. Podľa údajov Sociálnej poisťovne (2025) Slovensko evidovalo k 31. decembru 2024 celkovo 1,13 milióna starobných dôchodcov, z ktorých takmer 156 000 (13,7 %) bolo stále aktívne zamestnaných (Sociálna poisťovňa, 2025). Tieto údaje jasne ilustrujú trend

postupného predlžovania ekonomickej aktivity obyvateľstva a potrebu efektívneho riadenia starších pracovníkov prostredníctvom princípov age manažmentu. Pracujúci dôchodcovia predstavujú významný zdroj odborného kapitálu. Tento fakt má osobitný význam najmä v zdravotníctve, kde dlhodobý nedostatok kvalifikovanej pracovnej sily vytvára zvýšený tlak na efektívne využívanie ľudských zdrojov. Ich skúsenosti a znalosti prispievajú k zachovaniu kontinuity a kvality poskytovanej starostlivosti. Na základe týchto poznatkov sme sa vo výskume zamerali na analýzu postojov sestier k problematike vekového manažmentu a medzigeneračnej spolupráce v zdravotníckych zariadeniach. Cieľom výskumu bolo zistiť, ako sestry vnímajú existenciu politiky vekového manažmentu, ako hodnotia medzigeneračné vzťahy a do akej miery sú vnímané organizačné opatrenia podporujúce rovnosť vekových skupín a pracovnú pohodu. Výskumný súbor tvorilo 240 sestier pôsobiach v rôznych zdravotníckych zariadeniach. Zastúpené boli sestry všetkých vekových kategórií, od mladých začínajúcich sestier až po skúsené profesionálky s viac ako 30-ročnou praxou. Takéto zloženie umožnilo objektívne hodnotenie generačného zastúpenia a medzigeneračnej dynamiky. Z hľadiska vekovej štruktúry dominovala generácia X (45–60 rokov), nasledovaná generáciou Y (30–44 rokov) a generáciou Z (≤ 29 rokov). Najmenej zastúpenou skupinou boli Boomers (≥ 61 rokov). Takéto rozloženie vytvára priaznivý základ pre medzigeneračné učenie, prenos skúseností a dlhodobú stabilitu pracovných kolektívov. Výsledky výskumu ukazujú, že približne polovica sestier vníma vekovú štruktúru svojho pracovného kolektívu ako rovnomernú, čo poukazuje na zdravé generačné prepojenie a potenciál pre efektívnu medzigeneračnú spoluprácu. Časť opýtaných však hodnotí vekové zloženie ako nerovnomerné, čo môže signalizovať riziko generačnej nerovnováhy alebo oslabeného prenosu skúseností. V kontexte age manažmentu sú tieto zistenia významné, pretože veková rôznorodosť sa ukazuje ako strategická výhoda umožňujúca prepájanie skúseností starších sestier s inovatívnosťou mladších kolegov. Pozitívny obraz medzigeneračných vzťahov potvrdzujú aj ďalšie zistenia. Prevažná väčšina respondentiek deklarovala priaznivý postoj ku spolupráci s kolegami z iných generácií. Tieto výsledky naznačujú, že veková rôznorodosť nie je vnímaná ako prekážka. Naopak, predstavuje pridanú hodnotu, ktorá podporuje prenos skúseností, profesijné učenie a stabilitu tímov. V zdravotníckom prostredí tak možno hovoriť o kultúre spolupráce, kde skúsenosť starších sestier a flexibilita mladších generácií vytvárajú synergický efekt s priamym dopadom na kvalitu a efektivitu ošetrovateľskej starostlivosti. Na druhej strane, menšia časť sestier vníma, že vedenie organizácie aktívne zohľadňuje potreby zamestnancov súvisiace s vekom. Významná skupina sestier však vyjadruje opačný názor. Časť respondentiek zostáva neutrálna. Tieto zistenia poukazujú na nízku mieru uplatňovania princípov age manažmentu a zároveň na nedostatočnú viditeľnosť alebo komunikáciu existujúcich opatrení. Analýza zároveň odhalila, že iba časť respondentiek považuje pracovné prostredie za priaznivé pre všetky vekové kategórie, pričom nemálo z nich ho hodnotí skôr kriticky. Tento kontrast naznačuje nerovnomernú implementáciu opatrení na podporu zdravia a pohody zamestnancov. Zároveň poukazuje na potrebu systematickejšieho prístupu k vytváraniu bezpečných a zdraviu podporujúcich podmienok práce. Pokiaľ ide o profesijný rozvoj, významná skupina sestier nevníma vek ako bariéru kariérneho rastu.

Napriek tomu nezanedbateľná časť respondentiek poukazuje na obmedzené príležitosti na ďalší odborný posun. To potvrdzuje potrebu posilniť rozvojové programy, mentoring a celoživotné vzdelávanie ako kľúčové nástroje age manažmentu. Za najzávažnejšie zistenie možno považovať, že iba menšia časť sestier identifikuje vo svojom zariadení existenciu systematickej politiky vekového manažmentu. Podstatná časť respondentiek naopak vníma, že takáto politika v organizácii chýba. Tento stav naznačuje absenciu jednotného prístupu k riadeniu vekových rozdielov na pracovisku. Následkom toho môže dochádzať k zníženiu motivácie, spokojnosti a dlhodobého zotrvania sestier v profesii. Porovnanie s poznatkami z odbornej literatúry ukazuje, že podobné trendy sa vyskytujú aj v iných výskumoch zameraných na riadenie vekovej diverzity na pracovisku. Na túto skutočnosť upozorňujú aj Hulková a Gerlichová (2021), ktoré konštatujú, že slovenské zdravotnícke zariadenia postrádajú jednotný systém hodnotenia vekovej štruktúry a plánovania kariérneho rozvoja. Vekový manažment je často redukovaný len na personálnu politiku bez dlhodobej stratégie. Tento trend potvrdzuje aj Ilmarinen (2012), podľa ktorého medzigeneračné učenie a prenos skúseností tvoria základ zachovania kvality pracovného výkonu a kontinuity poznania. Šebestová et al. (2019) dopĺňajú, že mentoring, koučing a neformálne učenie sú kľúčovými piliermi úspešného age manažmentu v zdravotníckych tímoch. Ako uvádza Koubek (2015), efektívny vekový manažment musí byť prirodzenou súčasťou riadenia kvality práce a organizačnej kultúry, nie len formálnym projektom. Zhrnutím možno konštatovať, že slovenské zdravotníctvo stojí pred výzvou premeniť age manažment z teoretického konceptu na praktický nástroj strategického riadenia ľudských zdrojov. Pre udržateľnosť ošetrovateľskej profesie je kľúčové vytvárať prostredie, v ktorom vek nie je bariérou. Predstavuje hodnotu, zdroj skúseností, kontinuity a profesijnej vyzretosti. Skutočný pokrok nastane vtedy, keď sa rešpekt, rovnosť a medzigeneračné partnerstvo stanú základom kultúry každej zdravotníckej organizácie.

Záver

Implementácia princípov age manažmentu v zdravotníckych zariadeniach predstavuje dlhodobý a dynamický proces, ktorý si vyžaduje aktívnu účasť nielen vedenia organizácie, ale aj samotných sestier. Úspech tohto prístupu spočíva v partnerskej spolupráci medzi manažmentom a sestrami. Sestry sa tak stávajú spolutvorcami pracovného prostredia, ktoré rešpektuje ich potreby v rôznych fázach profesijného života. Zdravotnícke organizácie by nemali vnímať age manažment ako jednorazové opatrenie. Ide o nepretržitý proces, ktorý si vyžaduje systematické monitorovanie, evaluáciu a priebežné zlepšovanie jednotlivých pilierov. Len tak je možné zabezpečiť rovnováhu medzi generačnými skupinami, podporiť prenos skúseností, zlepšiť pracovnú spokojnosť a predĺžiť aktívnu pracovnú schopnosť sestier. Udržateľnosť a kvalita ošetrovateľskej profesie sú podmienené tým, aby organizácie kontinuálne reflektovali demografické zmeny a dokázali pružne reagovať na meniace sa potreby pracovnej sily. Age manažment sa tak stáva nielen nástrojom riadenia ľudských zdrojov, ale aj strategickým prvkom rozvoja organizačnej kultúry, ktorá posilňuje dôveru, lojalitu a profesionálnu vyspelosť sestier v každom veku. **A práve v**

tom spočíva jeho sila. Spája generácie, premieňa rozdiely na vzájomnú inšpiráciu a buduje budúcnosť ošetrovateľstva, ktorá stojí na rešpekte, skúsenosti a ľudskej spolupatričnosti.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BARKASI, D. 2024. Využívanie sociálnych služieb seniormi v kontexte socio-demografických ukazovateľov. In: VANSÁČ, P. (Ed.) Zborník vedeckých prác z druhej etapy projektu 004-24-IG: Podpora zdravého starnutia v okrese Michalovce „Faktory ovplyvňujúce spokojnosť seniorov so sociálnymi službami v okrese Michalovce“, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o., Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce, Michalovce 2024, ISBN: 978-80-8132-296-9. s. 9-27.

EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS. 2012. Intergenerational solidarity [online]. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2012. 24 s. ISBN 978-92-897-1073-2. [cit. 2025-10-29]. Dostupné na internete: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1238en.pdf.

FERINCZ, A. 2010. Changes in the way of work: Generation “Z” at the labour market. [online] 2010. [cit. 2025-10-29] Dostupné na internete: <http://portal.uni-corvinus.hu/index.php?id=35058>.

FRANCIS, T., HOEFEL, F. 2018. „True gen“: Generation Z and its implications for companies. [online]. 2018. [cit. 2025-10-30] Dostupné na internete: <https://www.mckinsey.com/industries/consumer-packaged-goods/ourinsights/true-gen-generation-z-and-its-implications-for-companies>.

HULKOVÁ, V., GERLICHOVÁ, K. 2021. Age manažment ako nástroj riadenia ľudských zdrojov v ošetrovateľstve. In: Sestry: hlas v popredí – vízia pre budúcnosť zdravotnej starostlivosti : recenzovaný vedecký zborník vydaný pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier 2021. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2021. s. 64–78. ISBN 978-80-558-1728-6.

ILMARINEN, J. 2006. Towards a longer worklife. Ageing and the quality of worklife in the European Union. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health [online]. 2006. [cit. 2025-10-30] Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/publication/244486419_Towards_a_Longer_Worklife_and_the_Quality_of_Worklife_in_the_European_Union.

ILMARINEN, J. 2012. Aging workers. Occupational and Environmental Medicine. In Podpora aktívneho starnutia na pracovisku [online]. 2012. [cit. 2025-10-17]. Dostupné na internete: <https://osha.europa.eu/cs/publications/promoting-active-ageing>

workplace.

KANE, S. 2019b. The common characteristics of generation X professionals. [online]. 2019b. [cit. 2025-10-30]. Dostupné na internete: <https://www.thebalancecareers.com/common-characteristics-of-generation-x-professionals-2164682>.

KENDEREŠOVÁ, E. 2021. Úroveň ľudských životov v epoche múrov v dôsledku „únavy z dejín Európy“. In: Prax založená na dôkazoch v pomáhajúcich profesiách. Zborník zo VII. Medzinárodnej vedeckej konferencie. Warszawa: Collegium Humanum, 2021. 361 s. ISBN 978-83-958245-2-4.

KEŠELOVÁ, D. 2017. Dlhodobá nezamestnanosť a znevýhodnené skupiny v aktívnych opatreniach na trhu práce [online]. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2017. 87 s. [cit. 2025-10-29]. Dostupné na internete: https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2017/Keselova/dlhodoba_nezam_a_znevychod_skupiny_keselova_2017.pdf.

KOTLER, P., KELLER, K. L. 2007. Marketing Management: 12. Vydání. Praha: Grada Publishing., 2007. 788 s. ISBN 978-80-247-1359-5.

KOUBEK, J. Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky. 5. vyd. Praha: Management Press, 2015. 399 s. ISBN 978-80-7261-288-8.

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. 2014. Národný program aktívneho starnutia na roky 2014 – 2020 [online]. Bratislava: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, 2014. ISBN 978-80-89125-18-0. [cit. 2025-10-17]. Dostupné na internete: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/rada-vlady-sr-prava-seniorov/npas-2014-2020.pdf>.

PEDRO, D. R. C., FRACASSO, N. V., COSTA, R. G., ROSSANEIS, M.Â., ARONI, P., HADDAD, M. D. C. F. L. 2020. Age management practices toward workers aged 45 years or older: an integrative literature review. [online]. In Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, 2020, vol. 18, no. 2, pp. 194-202. [cit. 2025-10-25]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33324461/>.

PLÁTEK, J. 2012. Digitální generace: Proč si nerozumíme? In HRM, 2012. ISSN 1801-4690, roč. VIII, č. 4, s. 15-17.

REHÁKOVÁ, H. 2009. Štyri dôvody, prečo v tímoch panujú generačné konflikty. In Manažér. 2009. ISSN 1335-1729, roč. 14, č. 2, s. 30-31.

REHÁKOVÁ, H. 2011. Nastupujúca generácia sa označuje ako „Y“, ale to rozhodne nestačí „YES“ : Generácia Y a postoj k práci. In Manažér. 2011. ISSN 1335-1729, 2011, roč.16, č. 4, s. 30-33.

SNOPEK, P., BEJTKOVSKÝ, J. 2023. Stárnoucí pracovní síla v ošetrovatelství. In J. Babečka, M. Bereta, L. Zastko (Eds.), Ružomberské zdravotnícke dni 2023 – XVII. ročník. Ružomberok: VERBUM – Katolícka univerzita v Ružomberku, s. 467–473. ISBN 978-80-561-1067-6.

SOCIÁLNA POISŤOVŇA. 2025. Dôchodky 2024 v číslach: Medziročne pribudlo viac ako 38 a pol tisíc poberateľov dôchodkov [online]. Bratislava: Sociálna poisťovňa, 2025 [cit. 2025-10-28]. Dostupné na internete: https://www.socpoist.sk/news/dochodky-2024-v-cislach-medzirocne-pribudlo-viac-ako-38-pol-tisic-poberatelovdochodkov?utm_source

SVOBODOVÁ, L. 2009. BOZP a rizikové faktory pracovníku nad 50 let – uplatnění starších osob v pracovním procesu s návrhy na opatření na úrovni odvětví a podniku. Závěrečná správa. Praha: VÚBP. 2009. 54s. [online]. 2009. [cit. 2025-10-25]. Dostupné na internete: https://www.mpsv.cz/files/clanky/7851/Zaverecna_zprava_HR177_2009.pdf.

ŠEBESTOVÁ, J., PALOVÁ, Z., KREJČÍ, P. 2019. Manažerské dovednosti v mezigeneračním týmu. Karviná: Slezská univerzita v Opavě, Obchodně podnikatelská fakulta v Karviné, 2019. 131 s. ISBN 978-80-7510-372-7.

TAPSCOTT, D. 2009. Grownupdigital. New York, NY: McGrawHill, 2009. 384 s. ISBN 978-0-07-150863-6.

URBANCOVÁ, H., FAJČÍKOVÁ, A. 2019. Organisational factors influencing the application of age management. Journal of Business and Retail Management Research (JBRMR), ISSN 2056-6271, vol. 14, no. 1, pp. 1–8.

VANSÁČ, P. 2024. Miesto náboženstva/religiosity v živote starších ľudí, In: Vansač (Ed.) Zborník vedeckých prác z inštitucionálneho projektu VŠZaSP sv. Alžbety 1/2023, „Podpora zdravého starnutia v okrese Michalovce“, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o., Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce, Michalovce 2024, s. 99 - 117, ISBN: 978-80-8132-291-4.

VRAŇÁKOVÁ, N., GYURÁK BABELOVÁ, Z., CHLPEKOVÁ, A. 2021. Sustainable Human Resource Management and Generational Diversity: The Importance of the Age Management Pillars. Sustainability, 2021, vol. 13, no. 15, Article 8496. [online]. 2021. [cit. 2025-10-25]. Dostupné na internete: https://www.mdpi.com/2071-1050/13/15/8496?utm_source.

Kontakt

doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD., MBA
Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48,
034 01 Ružomberok, Slovenská republika
email: maria.popovicova@ku.sk

**SPOLUPRÁCA POMÁHAJÚCICH PROFESIÍ PRI POSKYTOVANÍ
STAROSTLIVOSTI HIV POZITÍVNYM KLIENTOM KLINIKY
JÁNA PAVLA II. V UGANDE**

**COOPERATION BETWEEN HELPING PROFESSIONS IN PROVIDING
CARE TO HIV-POSITIVE CLIENTS OF THE JOHN PAUL II CLINIC IN
UGANDA**

Ševčovičová Andrea^{1,2}, Šilhárová Barbora^{1,3}

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

²*Inštitút sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove*

³*Klinika Jána Pavla II., Buikwe, Uganda*

Abstrakt

Klinika Jána Pavla II. pôsobí v Ugande od roku 2012 pod vedením doktorky Barbory Šilhárovej poskytuje komplexnú zdravotnú starostlivosť a podporu vo vzdelávaní najmä HIV pozitívnym deťom, mládeži a ich rodinným príslušníkom. Health Initiatives Association v Ugande je organizácia, ktorá prostredníctvom zamestnancov kliniky zabezpečuje tiež poskytovanie HIV/AIDS starostlivosti vo vzdialených a ťažko dostupných oblastiach, zdravotnú výchovu, vzdelávanie, sociálnu a psychologickú podporu detí a mládeže a ďalšie programy starostlivosti. Za holistickým prístupom ku HIV pozitívnym klientom stojí okrem zdravotnej starostlivosti poskytovanie rôznych foriem sociálnej starostlivosti (mikropôžičky na drobné podnikanie, vzdelávacie programy pre deti za výraznej podpory donorov) a tiež psychologická pomoc. Deti nakazené prenosom z matky na dieťa stoja aj pre zlý zdravotný stav a zanedbávanie v Ugande na okraji rodiny a spoločnosti, čo ich bez primeranej zdravotnej starostlivosti predurčuje iba na niekoľko rokov života. Práve Klinika Jána Pavla II. im prináša poskytovaním komplexnej zdravotnej, sociálnej a psychologickéj pomoci a podpory potlačením vírusovej nálože nádej na lepší život a ďalšie uplatnenie v spoločnosti. Spolupráca pomáhajúcich profesií pri poskytovaní komplexnej starostlivosti za poskytovania súčasne nastavených služieb zaznamenáva veľmi pozitívnu odozvu v komunite HIV pozitívnych klientov.

Kľúčové slová

Klinika Jána Pavla II. Komunita HIV. Pomáhajúce profesie. Uganda.

Abstract

The John Paul II Clinic, operating in Uganda since 2012 under the leadership of Dr. Barbora Šilhárová, provides comprehensive healthcare and educational support primarily to HIV-positive children, youth, and their family members. The Health Initiatives Association in Uganda is an organization that, through the clinic's staff, also ensures the provision of HIV/AIDS care in remote and hard-to-reach areas, health education, schooling, social and psychological support for children and youth, and other care programs. The holistic approach to HIV-positive clients includes, in addition to healthcare, the provision of various forms of social care (microloans for

small businesses, educational programs for children with significant donor support), and also psychological assistance. Children infected through mother-to-child transmission, due to poor health and neglect in Uganda, are often marginalized within the family and society, which, without adequate healthcare, predestines them to only a few years of life. It is the John Paul II Clinic that brings them hope for a better life and further integration into society by providing comprehensive health, social, and psychological assistance and support, by suppressing the viral load. The collaboration of helping professions in providing comprehensive care with simultaneously set services has received a very positive response in the community of HIV-positive clients.

Key words

John Paul II Clinic. HIV Community. Helping Professions. Uganda

Úvod

História rozvojových projektov Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety (VŠ ZaSP sv. Alžbety) je neoddeliteľne spojená s osobnosťou a víziou jej zakladateľa prof. MUDr. Vladimíra Krčméryho, DrSc. Rozvojové projekty školy sa začali formovať už v začiatkoch vysokej školy od roku 2003, kedy prof. Krčméry ako lekár – tropista začal realizovať prvé zdravotnícke misie v rozvojových krajinách. Tieto projekty vychádzali z jeho odborného zamerania na tropickú medicínu a infekčné choroby. Prvé projekty vysokej školy boli zriadené v Keni, Južnom Sudáne a v Kambodži (VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2025).

Health Initiatives Association (HIA) v Ugande je organizácia pôsobiaca najmä v okrese Buikwe v centrálnej Ugande. Úlohou HIA je prispievať a pomáhať snahám v krajine, ktoré smerujú ku kvalitnejšiemu životu, sebavedomiu a nádeji v lepšiu budúcnosť HIV pozitívnych detí, mládeže a iných zraniteľných a marginalizovaných skupín obyvateľstva v krajine. HIA má na Slovensku sesterskú organizáciu, s ktorou úzko spolupracuje. Občianske združenie Health Initiatives Association na Slovensku podporuje ugandskú stranu najmä šírením myšlienky rozvojovej pomoci a tiež ju zastrešuje z hľadiska získavania finančných porstriedkov a podporou konkrétnych aktivít v Ugande (HIA, 2015).

Vo svojich začiatkoch HIA, v ktorej pôsobí slovenská lekárka Barbora Šilhárová za výraznej podpory viacerých donorov a VŠ ZaSP sv. Alžbety otvorili v roku 2012 Klinikum Jána Pavla II pre HIV pozitívne deti (neskôr aj dospelých). Začínali v troch prenajatých izbách so siedmimi zamestnancami. Časom kúpili svoj pozemok a postavili prvú budovu. Postupne pribúdali ambulancie a služby: ambulancia všeobecného lekára, poradňa, vybavenie a rozvoj laboratória, pôrodnica s tehotenskou poradňou a očkovačím programom, ambulancia kosáčikovitej anémie a rehabilitačný program pre deti (Šilhárová, in Ševčovičová, 2025a).

V súčasnosti je Klinika Jána Pavla II. vyhľadávaným zariadením ponúkajúcim kvalitné služby nielen pre HIV pozitívnych klientov.

Klinika Jána Pavla II.

Cieľom Kliniky Jána Pavla II. je poskytovať komplexnú, kvalitnú zdravotnú starostlivosť najmä deťom a mládeži spolu s ich rodinnými príslušníkmi postihnutými vírusom HIV. Deti nakazené prenosom z matky na dieťa stoja v Ugande na okraji rodiny a spoločnosti. Zlý zdravotný stav a zanedbávanie ich viditeľne odlišujú od zdravých detí. Bez primeranej zdravotnej starostlivosti väčšina z nich zomiera pred dovŕšením piatych narodenín. Okrem zdravotnej starostlivosti poskytuje HIA aj podporu vo vzdelávaní (HIA, 2025a). Hlavnou úlohou HIA je prispievať k súčasným snahám v krajine, zameraným na kvalitný život, sebadôveru a nádej v lepšiu budúcnosť HIV pozitívnych detí a mládeže a iných zraniteľných a marginalizovaných skupín v krajine. Medzi hlavné služby poskytované v rámci programov HIA patrí aj v súčasnosti vysokokvalitná pediatrická HIV/AIDS starostlivosť v okrese Buikwe; starostlivosť o rodiny pacientov; poskytovanie HIV/AIDS starostlivosti vo vzdialených a ťažko dostupných oblastiach; zdravotná výchova, vzdelávanie a psychologická podpora detí a mládeže; program starostlivosti o chronicky chorých pacientov a paliatívna starostlivosť (HIA, 2015).



Obr. 1 Areál Kliniky Jána Pavla II. v Ugande

Zdroj. Ševčovičová, 2025c

V súčasnosti Klinika Jána Pavla II. poskytuje zdravotnú starostlivosť (nielen) pre HIV pozitívnych klientov, najmä deti a mládež, prevádzkuje pôrodnicu, poskytuje sociálne poradenstvo a podporu prostredníctvom sociálnych pracovníkov vo viacerých programoch a zároveň prispieva k podpore duševného zdravia a psychologickej pomoci klientom a ich rodinným príslušníkom. Na klinike pod vedením jej riaditeľky a lekárky Barbory Šilhárovej v treťom kvartáli 2025 podľa HIA zaznamenali 701 HIV aktívnych pacientov, 4758 návštev v ambulancii všeobecného lekára, 2684 pacientov odoslaných na odbery do laboratória. V pôrodnici sa narodilo 113 detí a 1774 detí bolo podporených vo vzdelávaní. Okrem toho od začiatku roka 2025 poskytli 32 podnikateľských mikropôžičiek. Podľa Šilhárovej (in Ševčovičová, 2025a) sa práve najchudobnejšie domácnosti snažia čo najskôr podporiť pre začatie drobného

podnikania, ako napríklad mikropôžičkou pre postavenie si stánku s predajom zeleniny, startupu na predaj rýb či miestnych kulinárskych špecialít. Poskytovanie holistickej starostlivosti je jeden hlavných cieľov, ktorými sa riadi na klinike. HIV pacient je veľmi komplexný pacient. Jeho diagnóza je menej hrozivá ako v minulosti, práve vďaka liečbe a novému prístupu. Polovica z viac ako 700 HIV pacientov kliniky sú deti a adolescenti, keďže začínali ako detská HIV klinika. Celosvetovo má HIV okolo 40 miliónov ľudí. Okrem pravidelných kontrol v ambulancii, laboratóriu a predpisu liekov pacient dostáva automaticky aj ďalšie služby, zamerané na mentálne zdravie a sociálnu situáciu.

HIV pacienti kliniky sú často depresívni a úzkostní. Ťažko sa vyrovnávajú s diagnózou, boja sa diskriminácie, aj preto s nimi pravidelne spolupracuje poradkyňa a psychológ kliniky. Niekedy im treba tiež pomôcť so zaradením do normálneho života a seberealizáciou. Pre HIV mládež sú k dispozícii dve dielne, kde sa môžu vyučiť krajčírskemu a kaderníckemu remeslu. Popri výučbe sa opakujú základy a búrajú mýty o HIV (Šilhárová, in Ševčovičová, 2025a).



Obr. 2 Mládež v krajčírskej dielni na Klinike Jána Pavla II.

Zdroj: Ševčovičová, 2025c

Zdravotná starostlivosť o HIV klientov a rodičky

HIV pozitívne deti sú nevinnými obeťami, ktoré sa nakazili od matky počas tehotenstva, alebo pri pôrode. Bez HIV liečby a starostlivosti väčšina z nich zomrie pred dovŕšením 5. roku života. V rodine a komunite sú diskriminované a v samotnej Ugande pre nich chýba špecializovaná detská starostlivosť (HIA, 2025b). Zdravotný program na Klinike Jána Pavla II. ponúka:

- ambulantnú HIV/AIDS starostlivosť o deti a mládež, ostatnú lekársku starostlivosť, laboratórne vyšetrenia, liečbu HIV, tuberkulózy a iných infekcií, pravidelné kontroly,

- starostlivosť o rodiny pacientov, skríning HIV, tuberkulózy, malárie a ďalších tropických a infekčných ochorení a pohlavne prenosných ochorení pre pacientov a ich rodinných príslušníkov,
- psychologickú poradňu pre deti samostatne, v skupinách aj pre rodinných príslušníkov,
- vzdelávanie a osvetu o HIV a iných pohlavne prenosných ochoreniach na školách a v komunitách,
- testovanie širokej verejnosti na HIV v rámci výjazdových aktivít,
- mobilné kliniky – doručovanie liečby pre HIV pacientov zo vzdialených ťažko dostupných oblastí,
- návštevy v domácnosti a paliatívnu starostlivosť pre nevládných pacientov,
- raz týždenne detský program pre mladšie deti – tvorivé dielne, škola hrou,
- raz týždenne program pre mládež – interaktívna forma zdravotnej výchovy (HIA, 2025b).

Na klinike je od apríla 2021 v prevádzke materské krídlo (a pôrodnica), kde sa odvedie okolo 30-40 pôrodov mesačne. Ak je po 24 hodinách stav matky aj dieťaťa stabilizovaný, sú prepustení domov s druhou postnatálnou kontrolou po 6. dňoch, potom po 6. týždňoch a 6. mesiacoch. Imunizačný program je integrovaný s HIV testovaním a robí sa v 6. týždňoch, 6. mesiacoch, 9. mesiacoch, 15. mesiacoch a 18. mesiacoch. Pôrody a komplikácie v tehotenstve sú zabezpečené 24 hodín/7 dní v týždni. V pondelky sa vykonáva prvá prenatálna starostlivosť (gravidita v 6.-8. týždni), zdravotná výchova, laboratórne testovanie a očkovanie. Prvý a posledný utorok v mesiaci sa vykonávajú kľúčové programy prevencie prenosu HIV z matky na dieťa (EMTC) s cieľom znížiť počet infekcií HIV u detí takmer na nulu zabezpečením prístupu k testovaniu a liečbe pre tehotné ženy žijúce s HIV a ich dojčatá. Okrem toho sa realizuje včasná diagnostika dojčiat (EID), so zameraním na testovanie dojčiat narodených HIV-pozitívnym matkám s cieľom čo najskôr určiť ich HIV status. Ďalšie utorok sa v materskom krídle vykonáva skupinová prenatálna starostlivosť podľa veku (10-14, 15-19, 20-24 rokov). Streda je hlavným očkovacím dňom. Realizuje sa zdravotná výchova a poradenstvo pre dojčiace ženy a uskutočňuje sa testovanie na HIV po pôrode (Priest, in Ševčovičová, 2025b).



Obr. 3 Očkovací program v Materskom krídle Kliniky Jána Pavla II.

Zdroj: Ševčovičová, 2025c

V štvrtky sa vykonáva prenatálna starostlivosť pre vekovú kategóriu žien 25-49+ rokov a zdravotná výchova. V piatky sa za prítomnosti lekára prevádza ultrazvukové vyšetrenie, zdravotná výchova a starostlivosť pri vysokorizikovom tehotenstve. Pôrody cisárskym rezom sa vykonávajú v prípade potreby v 10 km vzdialenej referenčnej nemocnici. Priemerná žena v oblasti rodí 4 až 8 detí. Celková miera plodnosti v Ugande je v súčasnosti 4,5 pôrodov na ženu. Toto číslo odráža pokles oproti predchádzajúcim rokom, pričom miera klesla zo 7,1 pôrodov na ženu v roku 1991. Tento pokles má na svedomí pokrok v oblasti reprodukčného zdravia a edukácie (Priest, in Ševčovičová, 2025b).

Sociálna podpora klientov

V sociálnom programe poskytovanom pre klientov kliniky sa zameriavajú na podporu vzdelávania formou príspevkov na školské poplatky a pomôcky pre siroty a deti postihnuté HIV; podporu pre podvyživené deti a pre pacientov v kritickom stave vo forme stravy (naturálií); cestovné – pre deti z ťažko dostupných a vzdialených dedín na pravidelné kontroly; preplatenie špecializovaných vyšetrení (RTG, CT), operácie, chemoterapia, ako aj jednorazovú finančnú podporu – pre pacientov núdza (HIA, 2025c). Sociálni pracovníci kliniky pravidelne kontrolujú domácnosti pacientov. Po prvej návšteve, hodnotení situácie vyhotovia plán, ktorý sa aj implementuje. Veľa domácností žije pod hranicou chudoby. HIV pozitívne dieťa je pre nich neperspektívne a preto je marginalizované a často stigmatizované. Priamo v teréne sociálni pracovníci poskytujú poradenstvo na rôznych úsekoch – od výživy, cez boj so stigmou a diskrimináciou, potrebu lásky, starostlivosti a pozornosti, ale aj témy spojené so sexuálnou výchovou (Šilhárová, in Ševčovičová, 2025a).



Obr. 4 **Sociálny pracovník počas návštevných služieb v rodine**

Zdroj: Ševčovičová, 2025c

V Ugande začína školský systém už škôlkou. Trojročné deti tu chodia v školských uniformách a učia sa písmená a čísla. Školstvo je platené, aj preto je pre chudobné mnohopočetné rodiny veľmi náročné poslať všetky deti do školy. Práve HIV pozitívne deti (alebo deti s iným chronickým ochorením) často do školy nejdú, pretože prednosť majú zdravé perspektívne deti.

Takto na klinike postupne začali s programom podpory vzdelávania vďaka Adopcii na diaľku Slovenskej katolíckej charity (Šilhárová, in Ševčovičová, 2025a). Školský rok je totožný s tým kalendárnym, a na základných a stredných školách je členený na 3 časti – trimestre. Jeden trimester trvá tri mesiace. Škola oficiálne začína koncom januára/začiatkom februára a v máji sú asi 3-týždňové prázdniny. Koncom mája sa začína druhý trimester, ktorý trvá do polovice augusta – nasledujú asi mesačné prázdniny. Posledná časť školského roka sa začne v druhej polovici septembra a trvá do polovice decembra. Potom nasledujú „dlhé“ aspoň 6-týždňové prázdniny. Vysoké školy majú semestrálny koncept, podobne ako na Slovensku. Pri podpore vzdelávania detí a mládeže sa hradí školský poplatok, raz ročne uniforma a čierne topánky, hradia sa skúšky, internatný balíček - matrac, prikrývka, posteľná bielizeň, moskytiera a plechový kufr so zámkom na osobné veci (pri nástupe do internátnej školy). Ak deti nemajú žiadnu rodinu, platia sa im aj ďalšie položky a sú posielané do internátnej školy. Tu sa počas školského roku venujú štúdiu, ale aj spoločným hrám a športovým aktivitám, majú možnosť doučovania, chodia do zboru a stále majú blízko kliniku. Na prázdniny sa potom vrátia domov, do rodín. Niektoré z nich sa však nemajú kam vrátiť, preto idú do útulne u Harriet (HIA, 2025c). Ide približne o 70 detí, ktoré mali naozaj ťažkú minulosť (sexuálne zneužívanie, fyzické násilie, ťažké zanedbávanie atď.). Táto skupinu detí je podporovaná vďaka individuálnym darcom cez sesterskú organizáciu HIA na Slovensku (Šilhárová, in Ševčovičová, 2025a).



Obr. 5 **Sociálny pracovník počas terénnej práce v škole medzi deťmi**
Zdroj: Ševčovičová, 2025c

V Ugande sa riadna zdravotná starostlivosť o chronických pacientov nedá realizovať bez zakomponovania sociálnej zložky. HIA ako miestna nezisková mimovládna organizácia spolupracuje so Slovenskou katolíckou charitou na zabezpečení vzdelávania pre znevýhodnené deti cez projekt Adopcia na diaľku®. Deti v projekte sú buď siroty, deti s chronickým ochorením (HIV alebo kosáčikovitá anémia), alebo deti slobodných matiek. Spomínané rodiny sú často závislé na drobnom každodennom príjme z malého stánku s ovocím a zeleninou alebo rodičia pracujú ako vykladači tovaru či nájomní robotníci na stavbách a poliach (Slovenská katolícka charita, 2020).

Počas terénnej práce sociálni pracovníci kliniky zistili, že veľmi zraniteľnou skupinou sú seniori bez príbuzných. Najčastejšie ide o bezdetné ženy, ktoré sa presťahovali do inej časti Ugandy a nemajú tu preto ani vzdialenú rodinu. Aktuálne podporujú jedenásť žien, ktoré sú buď pripútané na lôžko alebo slabé a menej pohyblivé. Keďže už nevládzu pracovať, nevedia zarobiť na stravu. Sociálne ani zdravotné poistenie v Ugande nefunguje. Raz mesačne dostávajú z kliniky balík jedla a hygienických pomôcok. Súčasťou tímu je aj zdravotný pracovník, ktorý ich vyšetří priamo v domácnosti a donesie im potrebné lieky. Sociálni pracovníci naďalej spolupracujú s miestnou komunitou, ktorá im nosí vodu z prameňa a pomáha aj s hygienou a varením (Šilhárová, in Ševčovičová, 2025a).



Obr. 6

Lekárka

Barbora Šilhárová počas návštevnjej služby osamelých vdov

Zdroj: Ševčovičová, 2025c

Záver

Klinika Jána Pavla II. v Ugande od svojho založenia v roku 2012 každoročne rozširuje svoje pole pôsobnosti medzi HIV pozitívnych klientov, predovšetkým deti a mládež. Tým vďaka rozsiahlej podpore pravidelných donorov, priateľských organizácií a VŠ ZaSP sv. Alžbety ponúka komplexnú zdravotnú starostlivosť za využitia holistického prístupu. Zabehtuté programy starostlivosti o HIV pozitívne deti, ich rodinných príslušníkov, ale aj sociálne programy podpory vzdelávania, starostlivosti a ubytovania pre študujúce deti, podpora drobného podnikania rodín, zabezpečenie starostlivosti o osamelé vdovy a seniorov vyžadujú spoluprácu zdravotníckeho personálu, sociálnych pracovníkov, poradcov a psychológov. Pre poskytnutie komplexnej starostlivosti je táto vzájomná participácia pomáhajúcich profesií kľúčová.

BIBLIOGRAFIA

HEALTH INITIATIVES ASSOCIATION o.z. 2015. Projekt výstavby detskej HIV/AIDS kliniky Jána Pavla II v Buikwe-Lubanyi [online] 05.10.2015 [cit.2025-10-15] Dostupné na internete: file:///C:/Users/sevco/Desktop/Projekt_dok_Klinika_JPII_Buikwe_Uganda.pdf

HEALTH INITIATIVES ASSOCIATION o.z. 2025a. O nás. [online] [cit.2025-10-15] Dostupné na internete: <https://www.hia-slovakia.eu/o-nas>

HEALTH INITIATIVES ASSOCIATION o.z. 2025b. Zdravotný program. [online] [cit.2025-10-15] Dostupné na internete: <https://www.hia-slovakia.eu/zdravotnicky-program>

HEALTH INITIATIVES ASSOCIATION o.z. 2025c. Sociálny program. [online] [cit.2025-10-15] Dostupné na internete: <https://www.hia-slovakia.eu/socialny-program>

ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2025a. Prajem si krajší a lepší svet. In *Sestra*, ročník 24, číslo 7-8, s.14-16. ISSN 1335-9444.

ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2025b. Vedúci pôrodný asistent z Ugandy: Sľub ma motivuje robiť viac pre ženy zo zraniteľných skupín. In *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia*. E-časopis, 2025, číslo 4. s.31-35. ISSN 1339-5920.

ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2025c. Fotodokumentácia. Súkromný archív autorky.

SLOVENSKÁ KATOLÍCKA CHARITA, 2020. Ako koronavírus ovplyvnil život v Ugande a na Klinike Jána Pavla II. v mestečku Buikwe. [online] 04.05.2020 [cit.2025-10-15] Dostupné na internete: <https://www.charita.sk/ako-koronavirus-ovplyvnil-zivot-v-ugande-a-na-klinike-jana-pavla-ii-v-mestecku-buikwe>

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY, n.o. 2025. História rozvojových projektov. [online] [cit.2025-10-15] Dostupné na internete: <https://rahp.vssvalzbety.sk/historia>

Kontakt

PhDr. Bc. Andrea Ševčovičová, PhD., MPH

E-mail: ada.sevcovicova@gmail.com

KOMUNITNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O KLIENTA S TAKO-TSUBO KARDIOMYOPATIOU

COMMUNITY NURSING CARE FOR A CLIENT WITH TAKO-TSUBO CARDIOMYOPATHY

Šulcová Jana,^{1,2} Hudáková Tatiana,^{1,3} Angelovičová Katarína^{1,3}

¹ *Inštitút sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča a bl. V. Hopku Prešov, -
VŠZaSP sv Alžbety, Bratislava, - odborný asistent*

² *Fakultná nemocnica J.A.Reimana, Prešov, Kardiocentrum*

³ *OAMIS, NsP Trebišov, Penta Hospitals*

Abstrakt

Úvod: Cieľom príspevku je prostredníctvom prípadovej štúdie zdokumentovať komplexnú deskripciu vývoja zdravotného stavu pacienta/klienta z Domova sociálnych služieb s ochorením Tako-Tsubo kardiomyoaptie, ktoré je často spojené s chronickým stresom, smútkom, zmeneným psychickým stavom. Tako-Tsubo kardiomyopatia svojou symptomatológiou imituje akútny infarkt myokardu a svojou závažnosťou patrí medzi akútne koronárne syndromy. Vyžaduje hospitalizáciu pacienta v nemocničnom zariadení, intenzívny monitoring a špecifické ošetrovateľské prístupy v následnej starostlivosti, aj komunitnom ošetrovatelstve.

Cieľ: Poukázať na dôležitosť uspokojovania nielen biologických potrieb pacienta/klienta, ale aj potrieb psychologických a sociálnych s participáciou príbuzných.

Metodika: Prezентujeme prípad 76 ročnej pacientky z Domova sociálnych služieb, s podozrením na akútny infarkt myokardu hospitalizovanej na Koronárnej jednotke FNsP J.A.Reimana v Prešove, kde sme kľúčovým diagnostickým vyšetrením ventrikulografiou zistili Tako-Tsubo kardiomyopatiu. Kazuistikou poukazujeme na stresovú situáciu a emočný smútok u klientky Domova sociálnych služieb, ktoré vyprovokovali rozvoj stresovej kardiomyopatie.

Výsledky: Pacientka/klientka s Tako-Tsubo kardiomyopatiou mala ľahší priebeh ochorenia s priaznivou prognózou pri uspokojovaní potrieb holistickým prístupom. Kontrolný echokardiografický nález po 6 mesiacoch preukázal fyziologický nález.

Záver: Kazuistikou poukazujeme na urgentnú situáciu, ktorá vyprovokovala rozvoj stresovej kardiomyopatie.

Kľúčové slová: Tako-Tsubo kardiomyopatia. Komunitná starostlivosť. Stres.

Abstract

Introduction: The aim the contribution is to document through a case study a comprehensive description of the development of the health status of a patient/client from the Home of Social Services with Tako-Tsubo cardiomyoaptia, which is often associated with chronic stress, sadness, altered mental state. Tako-Tsubo cardiomyopathy by its symptomatology imitates acute myocardial infarction and its

severity belongs to acute coronary syndromes. It requires intensive monitoring to hospitalize the patient in a hospital facility, and specific nursing approaches in both aftercare and community nursing.

Aim: Point out the importance of satisfying not only the biological needs of the patient/client, but also the psychological and social needs with the participation of relatives.

Methodology: We present the case of a 76-year-old patient from the Home of Social Services, with suspected acute myocardial infarction, hospitalized at the Coronary Unit of the J.A. Reiman Coronary Hospital in Prešov, where we detected Tako-Tsubo cardiomyopathy by a key diagnostic examination by ventriculography. The case report shows a stressful situation and emotional sadness in a client of the Social Services Home, which provoked the development of stress cardiomyopathy.

Results: The patient with Tako-Tsubo cardiomyopathy had an easier course of the disease with a favorable prognosis in meeting needs with a holistic approach. A control echocardiographic finding after 6 months showed a physiological finding.

Conclusion: With a case report, we point out an urgent situation that provoked the development of stress cardiomyopathy.

Keywords: Tako-tsubo cardiomyopathy. Community care. Stress.

Úvod

Psychický stav jedinca ovplyvňuje jeho telesné zdravie. Dlhodobu je známe, že neexistuje viac skúmaná oblasť prepojenia tela a duše ako v kardiovaskulárnych ochoreniach (KVO). V posledných rokoch boli prevedené epidemiologické štúdie, pozorovania, ktoré konštatujú obojstrannú previazanosť kardiologických ochorení a psychických porúch, vrátane depresívnej poruchy, pôsobenie chronických stresov a úzkostných porúch. Tieto štúdie boli prevedené za účelom prevencie alebo zmiernenie dopadov psychickej komorbidity na kardiovaskulárne zdravie jednotlivcov (Táborský 2021). Vystavenie sa určitému vonkajšiemu stresu je súčasťou bežného života. Vysporiadať sa so stresom v staršom veku je dané genetickou danosťou, získanými skúsenosťami, ktoré sa môžu meniť, mierou vonkajšieho stresu a tiež antistresovými faktormi, kde patrí sociálna podpora alebo reziliencia – vnútorná schopnosť jednotlivca odolávať stresu. Stresy seniorov, akými sú zdravotné problémy, samota, pocit, že sú zbytoční, sociálna izolácia, strata partnerov, vedú k narušeniu neurochemických funkcií. Dostatočná miera sociálnej opory slúži ako významný protektívny faktor proti negatívnym životným udalostiam. Je dôležité pozerieť na chorého ako na celok, nielen na jeho fyzické problémy, ale aj na jeho dušu. Mnohé výskumy taktiež potvrdzujú, že je potrebné zabezpečiť onkologickým pacientom v čo najširšom meradle naplnenie ich spirituálnych potrieb v závislosti od viery, vierovyznania, stretnutia so skúseným duchovným až po informovanosť klientov

o možnostiach uspokojovania ich duchovných potrieb. Disponovanosť pre konanie dobra vychádza z prirodzených hodnôt človeka a robiť dobro umocňuje duchovný život. Skutky telesného a duchovného milosrdenstva potrebuje každý klient tak prijímať, ako aj uskutočňovať (Vansač, 2021, s. 171).

Pre seniorov je typický sklon k depresiám a úzkostným náladám. Vyplýva to najmä z pocitu osamotenía, pocitom, že sú neužitoční, nechcení, prekážkou normálneho života v rodine, ktoré môžu viesť k vážnym ochoreniam, ako je napríklad aj Tako-Tsubo kardiomyopatia, alebo syndróm zlomeného srdca. Úlohou sestry v komunitnom ošetrovatelstve je rozpoznať nie len telesné potreby jednotlivcov, ale zamerať sa aj na psychické a sociálne zmeny klientov.

Súčasný stav skúmanej problematiky

Medzi KVO patrí aj Tako-Tsubo (TT) stresová kardiomyopatia, ktorá imituje akútny infarkt myokardu (AIM). Najpravdepodobnejšou príčinou je spazmus malých ciev, ktoré vyvolali chemické zlúčeniny, katecholamíny pôsobením adrenalínu a noradrenalínu, ktoré sa uvoľňujú pri stresových situáciách. Najčastejšie sa jedná o stres s emocionálnym vypätím, ako je napríklad rozchod partnerov, úmrtie v rodine, ktoré dokážu „zlomiť srdce“. Nadprodukcia ketachomalímov sa však môže vyskytnúť aj u ľudí, ktorí prežili nejakú katastrofu, či ťažký astmatický záchvat. Prejavuje sa nielen pri negatívnych emóciách, ale aj pozitívnych, akou je svadba, výhra v lotérii, preto sa tiež v literatúre používa termín *Happy Heart Syndróm*. Podľa poslednej dohody medzinárodných odborníkov Európskej kardiologickej spoločnosti (EKS) sa ochorenie radí medzi akútny koronárny syndróm (AKS) a najčastejšie býva vyvolaný nezávažným nekardiálnym ochorením (Poledníková - Toušek, 2019). Tako-Tsubo kardiomyopatiu prvýkrát opísali japonskí lekári v roku 1990, Satom, kde pri ventrikulografii im ľavá komora pripomínala **džbán** – Tako-Tsubo na chytanie chobotníc. Tento syndróm bol v minulosti veľmi vzácny, v súčasnosti, pri získavaní nových informácií z rozsiahlych štúdií sa dostáva stále viac do povedomia odbornej vedomosti. Na Slovensku bola táto problematika prvýkrát zdokumentovaná Dúbravom (2005) a v Českej republike Palečkom (2005). Tento syndróm sa nazývaný aj „syndróm zlomeného srdca“ postihuje typicky ženy nad 55 rokov (90%), ale aj mužov (menej než 10%) po psychickom alebo fyzickom stimule. Dokonca boli popísané aj prípady TT kardiomyopatie u detí – 14 ročného chlapca (Gregor 2016). Podľa autorov Kutek, Kusa (2018), je to prvý prípad popísaný u detského pacienta v Poľsku a predčasne narodeného dieťaťa v 28 týždni. Prevahu však majú stále ženy v priemernom veku 70 rokov (Poledníková - Toušek 2019).

Pojmový rámec výskumného problému

Na rozdiel od iných kardiomyopatií – stresová– Tako-Tsubo (TT) kardiomyopatia – predstavuje prechodný stav, často navodený extrémnou stresovou situáciou, hlavne u starších žien po menopauze. Spôsobuje ju často úmrtie v rodine, strata životného partnera, izolácia, pocit osamelosti a nepotrebnosti. Stav sa prejaví bolesťami na hrudníku, eleváciami ST-úseku na EKG ale pri normálnom koronarografickom (SKG) náleze pri invazívnom vyšetrení. Pri tejto stresovej

kardiomyopatii – Tako-Tsubo boli popísané aj malígne atrytmie, ktoré môžu skončiť fatálne, preto sa tento stav nemôže podceňovať a patrí medzi vážne ochorenia, s komplikáciami ako pri AKS. V patofyziológii sa uplatňujú katecholamíny, opakovane boli dokumentované vysoké hladiny noradrenalinu (Staněk, 2020). TT kardiomyopatia je v súčasnosti nové ochorenie, napriek tomu, že sa upravuje štatistika, názvoslovie, liečba, zaradzuje sa už medzi AKS. Starostlivosť o pacienta s týmto ochorením si vyžaduje multidisciplinárnu spoluprácu, je náročná na odborné vedomosti a zručnosti celého ošetrojúceho personálu. Každý prípad je niečím výnimočný a špecifický, preto je dôležitý individuálny prístup sestry pri uspokojovaní bio-psycho-sociálnych a spirituálnych potrieb. Práve sestra v komunite zohráva dôležitú úlohu pri ošetrovaní takýchto pacientov.

Cieľ výskumu

Hlavným cieľom výskumu bolo prostredníctvom prípadovej štúdie zdokumentovať komplexnú deskripciu vývoja zdravotného stavu pacienta/klienta s ochorením TT kardiomyopatie. Zisťovali sme, čo všetko predchádzalo vzniku samotného ochorenia a aký bol jeho ďalší vývoj. Na základe problému sme si stanovili výskumný cieľ:

- *Poukázať, ako individuálna ošetrovateľská starostlivosť v komunite ovplyvňuje priebeh a prognózu ochorenia u klientky s TT kardiomyopatiou.*

Parciálnymi cieľmi výskumu, vychádzajúcimi zo zámeru a cieľa práce sú:

1. Poukázať, aké riziká majú vplyv na vznik a priebeh ochorenia s TT kardiomyopatiou u klientky.
2. Identifikovať problémy pacienta s TT syndrómom a zdokumentovať ošetrovateľské intervencie zamerané na ich riešenie.
3. Poukázať, ako ovplyvňuje životný štýl klientky s TT kardiomyopatiou prognózu ochorenia v komunite.

Výskumné metódy

Pri realizácii nášho výskumu sme sa rozhodli využiť kazuistiku, aby sme na vzorke jednej osoby bližšie špecifikovali starostlivosť o pacienta s TT kardiomyopatiou. Zamerali sme sa na komplexnú kazuistiku, analýzu dokumentov, ktorá zahŕňa opis histórie prípadu, štúdiu a samotný rozbor prípadu. Empirické údaje sme získali kombináciou metód: neštruktúrovaný rozhovor s pacientom a ošetrojúcim tímom (sestier a lekárov), cieleným pozorovaním pacienta, fyzikálnym vyšetrením, využitím meracích nástrojov a analýzou dokumentácie pacienta a fotodokumentáciou. Informácie a údaje sú uvádzané v chronologickej nadväznosti od prijatia na oddelenie Kardiocentra po ukončenie hospitalizácie a následne v Domove sociálnej starostlivosti. Základné etické princípy znamenajú neškodiť, pomáhať a vytvoriť vzťah s klientom založený na dôvere. Klientka súhlasila s participáciou na výskumnom procese pri dodržaní anonymity. Získané informácie boli použité len na vypracovanie špecializačnej práce.

Charakteristika výskumného súboru

Komplexnou analýzou prípadovej štúdie a obsahovou analýzou opisujeme etiológiu, históriu, priebeh celej hospitalizácie, intenzívny monitoring, včasné intervencie komunitnej sestry a prognózu klientky DSS s ochorením TT kardiomyopatia. Výber prípadu bol zámerný, keďže klientka DSS bola privezená RZP s podozrením na AKS, EKG – typický infarkt prednej steny s typickými bolesťami na hrudníku, zvýšeným T-troponínom, pri diagnostike – SKG – nezávažné postihnutie koronárnych tepien – po ventrikulografii – dilatácia apexu ľavej komory, so záverom – stresová – Tako-Tsubo kardiomyopatia. Pri získavaní anamnestických údajov sme zistili, že pacientka privezená z DSS trpí ľahkou depresiou a emočným smútkom. Sú to najčastejšie vyvolávajúce dôvody tohto závažného ochorenia. Sledujeme, ako špecifické intervencie sestry, ďalších odborníkov a zapájanie rodiny, ovplyvní samotnú prognózu ochorenia.

Kazuistika

Meno	XY
Pohlavie	žena
Vek	76
Stav	vdova
Vzdelanie	Stredné odborné učilište
Zamestnanie	dôchodkyňa
Lekárske diagnózy pri prijíme	Tako-Tsubo KMP - redukovaná systolická funkcia ľavej komory s EF 35% - normálny koronarografický nález (SKG 12.2.) Arteriálna hypertenzia 1.st. s VPR ESC/ESH Diabetes mellitus 2 typu: bez komplikácií, na PAD Ľahká forma depresie
Hospitalizácia	Jednotka intervenčnej kardiológie – 12.2 Koronárna jednotka 12.2-14.2
Prepustenie	Domáca ošetrovateľská starostlivosť – DSS - 14.2

Anamnéza

Osobná anamnéza	„Operovaná som nebola, prekonala som bežné ochorenia, liečim sa na zvýšený tlak, mám cukrovku, ale nepichám si inzulín“. Pacientka má DM 2 typu na PAD. Onko anamnéza: negat.
Rodinná anamnéza	„Otec aj mama zomreli na starobu, otec sa liečil na tlak a cukrovku, mama prekonala cievnu mozgovú

	<i>príhodu, liečila sa tiež na tlak, mám syna a dcéru, sú zdraví“.</i>
Sociálna anamnéza	<i>„Som vdova tri roky, bývala som sama v dome, rok už som v Domove sociálnej starostlivosti“</i>
Lieková anamnéza	Valsacor 80mg 1-0-0, Isoptin SR 250 mg 1-0-0, Siofor 1000g 0-0-1, Sortis 80mg 0-0-1,
Alergická anamnéza	Tetracyklín
Návyková anamnéza:	<i>„Fajčila som asi do 70tky, kávu si dám 2x denne, alkohol vôbec“.</i>
Etiologická anamnéza	<i>„Od kedy som v DSS tak mám pocit, že som tu už navyše, môj život je zbytočný a neviem dokedy sa budem ešte takto trápiť. Doma som už nevládala sama byť, dcéra a syn majú svoju rodinu a prácu, tak som súhlasila, že pôjdem do DSS. Od včera som mala bolesti na hrudníku, dnes ráno sa to už nedalo vydržať, zvracala som, zavolali do DSS RZP, urobilo mi EKG a rýchlo ma brali do nemocnice, do Prešova“.</i>

Ošetrovateľský záznam sestry na Jednotke intervenčnej kardiologie

Subjektívny popis problémov pacienta	<i>„Od včera mám bolesti na hrudníku, ťažšie sa mi dýcha, zvracala som“.</i>
Vedomie	pri vedomí
Orientácia:	orientovaná v čase, priestore a osobe
Cirkulácia	TK: 100/50 mmHg, P: 98/min, TT: 36,7°C
Dýchanie	sťažené, D:25/min
Výživa	<i>„Za posledný rok som schudla asi 4 kg, nechutí mi jesť, od kedy som v Domove nezvykla som na stravu, niekedy mi chutí, ale viac mi nechutí“</i>
Hmotnosť/výška/BMI	79 kg, výška: 168 cm, BMI: 28
Vylučovanie – defekácia	<i>„Mám často zápchu, črevá mi už nepracujú ako majú, poslednú stolicu som mala pred dvoma dňami“.</i>
Mobilita	čiastočne mobilná
Kompenzačné pomôcky	<i>„Mám zubnú protézu. Chodila som ešte doma o paličke, teraz nechodím, vozia ma na vozíčku do jedálne, niekedy aj vonku“.</i>
Spánok	<i>Skoro celý deň som v posteli, pospávam počas dňa, večer mi dávajú tabletky na spanie“.</i>
Koža	Zmeny na koži: problémy s kožou nemá, anemický kolorit, kožný turgor znížený

Bolesť	„V posledných dňoch som cítila bolesti na hrudníku, dnes ráno vyžarovali aj do chrčtice a ľavej ruky. Ináč ma bolia nohy a celé telo“.
Istota a bezpečie	strach
Komunikácia	„Nerada sa zapájam do komunikácie s inými, radšej som sama na izbe“.
Učenie, zmyslové vnímanie	„Nechce sa nič nové učiť ani si na nič nové zvykať“
Kompenzačné pomôcky	okuliare
Psychické potreby	úzkosť, smútok, sociálna izolácia
Sociálne potreby	„Som teraz v Domove sociálnych služieb, dala ma tu dcéra aj syn, bývala som u syna, ale tak nechceli ma nechávať samu v dome. Povedali mi, že budú ma navštevovať, ale chodia raz za mesiac, na začiatku prišli častejšie, teraz má každý svoje, som tu už skoro rok.“
Duchovné problémy	„Som rímskokatolíčka“
Nedostatočnosť v oblasti	Čiastočne sebestačná v oblasti hygieny, obliekania, sebestačná v oblasti výživy, vyprázdňovania, nesebestačná v pohybovej aktivite
Bartelov test základných denných aktivít – ADL	79 bodov, čiastočná závislosť
Skríningový test hodnotenia rizika pádu	Skóre 4
Numerická stupnica bolesti	Bolesť na hrudníku - 7

Katamnéza

76 ročná pacientka privezená RZP 12.2. 2023 z DSS pre náhle vzniknuté bolesti na hrudníku, vyžarujúce do ľavej strany, ruky a lopatky. Klientka zvracala, ťažšie sa jej dýcha. Pacientka pri prijatí nekomunikatívna, odpovedá len na otázky a subjektívne opisuje vznik ťažkostí: „Od včera som sa necítila dobre, nechutilo mi jesť, len som bola na izbe, točila sa mi hlava a mala som pocit, že mi niečo tlačí na hrudníku. Zjedla som len polovicu halušiek s tvarohom, a povedala sestre, nech ma odvezie na izbu. Začala som sa cítiť horšie, v noci som zvracala, dali mi potom tabletku, aby som už nezvracala a tabletku na spanie. Dnes ráno mi nechutilo nič, ani vodu som nemohla piť, málo som dnes pila, mala som silné bolesti na hrudníku, povedala som to sestre a ona išla zavolať lekárovi. Dali mi tabletku pod jazyk, ale nepomohlo mi to. Potom prišla RZP, urobili mi EKG, telefonovali asi do Prešova a už som tu“.

Dnes ráno u klientky DSS po udaní ťažkostí, kontaktovaná RZP, urobené EKG, TK 100/50, zavedený na pravú hornú končatinu periférny venózný katéter (PVK) G20, podaný FR 250ml. Po vyhodnotení EKG lekár RZP zavolať na STEMI aplikáciu najbližšieho Kardiocentra – FNŠP, J.A. Reimana, Prešov, odkiaľ mu prišla odpoveď, že indikuje sa koronarografické vyšetrenie pre podozrenie na AKS, môžu prísť na Jednotku intervenčnej kardiológie (JIK) dojazd 45 min. Klientka s navrhovaným

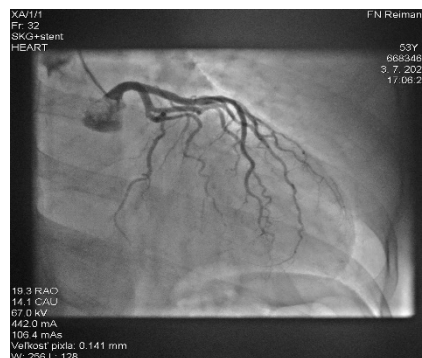
postupom súhlasí, aj keď nevie, čo ju čaká, aké vyšetrenie, bolo jej vysvetlené, že sa jej uzatvorila jedna dôležitá cieva, ktorá vyživuje srdcový sval, a treba ju opraviť, spriechodniť balónikmi a stentom. Pacientka privezená na JIK RZP, na katetrizačný sál, napojená na monitor vitálnych funkcií. Na monitore, SR, fr. 89, satO₂ 89, TK:100/55. Na numerickej škále hodnotí stupeň bolesti 7.

Selektívna koronargrafia u klientky DSS s podozrením na AKS

Obr. 1 Pravá koronárna tepna



Obr.2 Ľavá koronárna tepna



Zdroj: Vlastné spracovanie

Prístup: a.radialis.1.dx, F6

Mechanický uzáver tepny: nie

Akútny koronárny syndróm: nie

Dominancia: pravá

ACS: Kmeň – bez stenóz, RIA – bez stenóz, RCX – bez stenóz

ACD: bez stenóz

Záver: Normálny koronarografický nález

Ventrikulografia

Záver: obraz akinézy apexu, s dobrou kinetikou bazálnych segmentov, suspektná stresová kardiomyopatia

Obr.3 TakoTsubo kardiomyopatia



Zdroj: Vlastné spracovanie

Pacientka po SKG a ventrikulografii odoslaná na koronárnu jednotku (KJ) za účelom sledovania a dodiferencovania liečby.

Koronárna jednotka: (1 deň)

O prijíme pacientky informovaný službukonajúci lekár KJ. Pacientka uložená na lôžko, napojená na monitor, premerané vitálne funkcie. Nameraná hypotenzia: 105/60mmHg., pacientka afebrilná, ľahké dyspnoe, saturácia O₂ 94%. Periférny venózný katéter funkčný, dnes zavedený RZP, realizovaný odber krvi (KO, hemokoagulačný skrining, glykémia, urea, kreatinín, ABR. Zavedený permanentný močový katéter Folleyov močový katéter č.16. Realizovaný zdravotný záznam sestry je interné pracoviská, Bartelov test (skóre 89) a Posúdenie rizika pádu (skóre 5 bodov). Pacientka bola poučená o liečebnom a ošetrovateľskom režime. Následne napojená ordinovaná infúzna, analgetická liečba.

V pláne: Echokardiografia, RTG, Psychológ

Lekár KJ informoval kompetentnú osobu z DSS o plánovanom prepustení, a informoval dcéru o zdravotnom stave pacientky.

Intervencie sestry

Slžbukonajúca sestra po ošetrovateľských výkonoch monitorovala stav pacientky, udržiavala verbálnu komunikáciu, od pacientky zistila, že nevie si zvyknúť ešte stále na nové prostredie, že jej chýba rodina a záhradka. Povedala pacientke, že jej ráno môže zabezpečiť časopis Záhradkár, a že jej deti prídu na návštevu, hneď ako to bude možné. Pacientka dostala podľa ordinácie lekára, tabletku na spanie.

Koronárna jednotka (2 deň)

Pacientka subjektívne udáva: „*Bolesti na hrudníku mám slabšie, spala som v noci, dali mi tabletku. Raňajky boli lepšie, ale zjedla som málo, dúfam, že mi dcéra niečo donesie*“. Pacientka udáva na numerickej škále bolesti stupeň 4. Monitorovaná, TK: 130/75 mmHg. Odoslaná na Echokardiografické vyšetrenie a RTG vyšetrenie. U pacientky konzultácia psychológom, ktorý potvrdil ľahkú formu depresie.

Intervencie sestry:

Sestra umožnila návštevu dcéry, ktorá bola dosť rozrušená, pretože nevedela presne o akú diagnózu ide. Strávila s pacientkou dve hodiny, a sľúbila jej že príde zajtra aj jej syn. Pacientka má plánovaný odchod do domácej starostlivosti, takže ju odvezú do DSS. Pacientka sa naobedovala, chutilo jej obed, mala aj stolicu. Počas dňa bola pacientka monitorovaná, nenechávaná sama, sestry a ošetrojúci personál sa snažil s pacientkou často komunikovať. Pacientka mala zabezpečený časopis Záhradkár, ktorý ju potešil, napriek zimnému obdobiu. Po odchode dcéry a syna pacientka komunikatívnejšia, sestra počas monitorovania udržiavala neustále komunikáciu, pacientka rozprávala sestre o pekných prežitých chvíľach s deťmi, v ich dome. Denná diuréza v norme, vymočila do 18.00 hod 1500 ml. Večer dostala tabletku na spanie, počas noci spala.

3. deň hospitalizácie: „*Cítim sa lepšie, teším sa, že dnes prídu deti, a že ma odvezú*“

domov. Musím to tak volať, lebo teraz som tam. Ale nie je to tam, zle, akurát by som chcela, aby deti prišli častejšie. Malo chodili už“.

Intervencie sestry:

Pacientke odstránený PMK, a PVK.

Pred plánovaným prepustením sestra oboznámila syna aj dcéru pacientky, aby s ňou častejšie komunikovali, aby jej volali každý deň.

Pred prepustením pacientka edukovaná o potrebe liečby, o snahe nebyť sama, zapájať sa do komunikácie s inými, nájsť si vhodný koníček, pacientka rada varila a mala rada práce v záhradke.

Odporúčanie pre sestry v DSS:

- umožniť sledovanie televízie o varení,
- umožniť klientke pestovať kvety, polievať,
- nenechávať ju samu na izbe, vytvárať programy pre menšiu komunitu s rovnakými záujmami
- umožniť návštevy detí

Odporúčanie pre rodinu klientky:

- zistiť, čo by mame pomohlo, (obrázky, fotky, nejaká obľúbená časť nábytku do jej izby, ak to dovoľuje zariadenie), aby jej bolo príjemnejšie, kým znova prídu na návštevu,
- často mamku navštevovať, dávať jej najavo, že je stále dôležitá, zapojiť aj vnúčatá,
- zadovážiť chodák, pacientka dokáže s pomocou prejsť, bola len slabá a nemala chuť chodiť.

Pacientka v lepšom stave, kompenzovaná, prepustená do domácej starostlivosti v sprievode rodiny, do DSS.

Kontrola ECHOKg a EKG po 6 mesiacoch, v prípade ťažkostí skôr.

Po troch mesiacoch v DSS po prepustení z FNsP Prešov

Klientke dcéra zadovážila chodák. Klientka chodila len po izbe, neskôr už išla s chodákom, v prítomnosti poverenej, službukonajúcej osoby, aj do jedálne. Po troch mesiacoch je objektívne spokojnejšia. Subjektívne: *„Som často na izbe sama, ale idem pozrieť do spoločenskej miestnosti, keď práve ide nejaký program, ktorý popozierám. Dcéra mi doniesla na izbu izbové kvety, mám ich na parapete, mám posteľ pri okne, tak na nich často pozerám a polievam ich. Aj vnúčatá boli, doniesli mi spoločnú fotku, koncom mesiaca bude vnuk maturovať, tak ma zoberú na oslavu. Som rada, že prejdem, chcela by som viac chodiť, nie som až taká stará, aby som len ležala v posteli.*

Podľa participujúcej komunitnej sestry: *Klientka počas nocí spi, potrebuje ale tabletku na spanie, vyprázdňovanie v norme, raz za čas zápcha, podľa toho, čo zje. Na toaletu chodí sama s pomocou chodáku, ale dá nám vedieť že ide, aby niekde nespadla, sme nablízku. Rodina častejšie navštevuje svoju mamu, teraz sa chodia aj tu vonku prejsť, do záhrady, v chladnejšom prostredí boli „v našej obývačke“. Boli tam sami, urobili sme im kávu. Klientka má rada kvety, tak sme jej to umožnili, má ich plnú parapetu, stará sa o nich sama.*

Klientka sledovaná kardiológom, psychológom podľa potreby. Toho času bez ťažkostí, TK: 135/85mmHg, D:18, satO₂ 97%. Klientka dodržiava predpísanú diétu, sledovaná glykémia, t.č v norme. Glykémia na PAD. Hmotnosť rovnaká, BMI 28, ľahká nadváha.

Klientka je viac komunikatívna, aj keď spoločnosť veľmi nevyhľadáva. Dcéra a syn sa striedajú v návštevách, snažia sa aspoň raz do týždňa prísť.

Po 6 mesiacoch po prepustení z FNŠP Prešov, kontrola u kardiológa:

EKG pred 6 mesiacmi: SR, fr 87/min, EOS normot., R/S V₃-V₄, PQ 160ms, QRS 80ms, QT 390 ms, STD 0,5-1mm V₄-6, I,II, III, aVF, bez ektopie

EKG po 6 mesiacoch: SR, fr. 72/min, el. os intermed., PQ 140ms, QRS 90ms, QT 450ms, R/S vo V₄, ST izoele., T ploché, v III, V₂, inak difúzne negat., bez SVES/KES.

ECHOKg: záver: rozmery dutín srdca, AoV 3-cípa, bez stenotizácie, bez hypertrofie stien LK, ľahká hypokinéza hrotu, iba laterálne, hrot dilatovaný, ľahká hypokinéza bazálnych segmentov LK, EFLK 50%, bez signifikantných chlopňových chýb, perikard v norme.

Pacientka prišla na kontrolné vyšetrenie s doprovodom, pomocou chodáka. Bola komunikatívna, usmievavá. Objektívne: *„Konečne som si začala zvykať na nový domov, deti ma tam navštevujú ako keby prišli ku mne domov. Zosilnela som, po izbe už chodím s paličkou, ale teraz mám chodák, aby mi bolo istejšie. Som rada, že mám dobré výsledky, že som nemala infarkt. Už len toto mi chýbalo. Vonku je pekne, často sme teraz vonku a rozprávame sa. Mám dobrú spolubývajúcu“.*

Vyhodnotenie ošetrovateľskej starostlivosti

V našom prípade ide o 76 ročnú pacientku, liečenú na arteriálnu hypertenziu I. st., diabetes mellitus liečený na PAD. Pacientka je umiestená rok v DSS., je vdova, má dve deti, ktoré ju sporadicky navštevujú. Po smrti muža trpí ľahšou formou depresie, odkedy je v DSS je málo komunikatívna, nechutí jej jesť, schudla počas roka asi 4 kg, väčšinou leží v posteli. Má slabé nohy, nemôže chodiť. Cíti sa dosť slabo a nemá na nič chuť. Pred rokom chodila s paličkou.

Pacientka privezená s RZP pre podozrenie na AIM, na EKG obraz STEMI prednej steny. Bolesti na hrudníku, hypotenzia, zvracala. Pri prijatí zvýšený T-Troponín, KŠE. Koronarografické vyšetrenie však poukázalo na normálny koronarografický nález. Po ventrikulografii, so záverom: dilatácia ľavej komory, obraz akinézy apexu, suspektná stresová kardiomyopatia. Na druhý deň hospitalizácie – Echokardiografia, ktorá potvrdila hypokinézu hrotu, septa a laterálne, hrot dilatovaný, hyperkinézu bazálnych segmentov LK, EFLK 40%. Konzultovaný psychológ, informovaná rodina pacientky. Navrhované odporúčania pre rodinu a komunitnú ošetrovateľskú starostlivosť. Po kontrolnom, polročnom kardiologickom vyšetrení, hypokinéza pretrváva, ale je miernejšia, klientka bez ťažkostí, psychologicky a sociálne kompenzovaná.

Diskusia

Prezentujeme prípad 76 ročnej klientky Domova sociálnych služieb, u ktorej sa rozvinula stresová kardiomyopatia na podklade emočného smútku, depresie a stresu. V literatúre je popisovaných mnoho spúšťacích stimulov – po silnom a neočakávanom emočnom podnete, napríklad v súvislosti s úmrtím blízkej osoby, rozvodom, stratou zamestnania, interpersonálnymi alebo finančnými problémami (Templin et al., 2015). Dokonca podľa Chams et al. (2018), spúšťací stimul môže byť aj intenzívne fyzické cvičenie alebo cvičenie zumbly.

Prvým parciálnym cieľom nášho výskumu bolo poukázať, aké riziká majú vplyv na vznik a priebeh ochorenia s Tako-Tsubo kardiomyopatiou u našej klientky. V prípade neprimeranej reakcie na psychický stres, čo sme zistili rovnako ako u našej klientky, ide často o predisponovaných jedincov s preexistujúcou úzkosťou a depresívnou poruchou alebo chronickým stresom. V rozvinutých krajinách sú KVO a depresia dvoma najčastejšími príčinami disability u seniorov. Spojenie medzi psychickými faktormi a KVO je dnes už plne akceptované a pri bližšom pohľade na vzťah depresívnych porúch a KVO sa zdá, že depresia môže byť aj príčinou a rovnako aj následkom srdcového ochorenia. Podľa Rutledge et al (2006) jeden z piatich pacientov s ochorením koronárnych tepien alebo srdcovým zlyhaním trpí depresívnymi príznakmi, a prevalencia je tak trikrát vyššia ako v bežnej populácii. V našej kazuistike pacientka netrpela postihnutím koronárnych ciev, ale formou kardiomyopatie, presnejšie stresovej – Tako-Tsubo kardiomyopatie. Pokroky v biologickej psychiatrii priniesli rad nových poznatkov o depresívnej poruche a prispeli tak aspoň čiastočne k objasneniu patofyziologických mechanizmov, ktoré vedú k zvýšenej vulnerabilite depresívnych pacientov voči KVO, akými sú ischemická choroba srdca (ICHS), infarkt myokardu (IM), srdcové arytmie, náhla srdcová smrť ale aj rôzne formy stresovej kardiomyopatie (Staněk, 2020). Od objavenia tejto klinickej jednotky viaceré pracovné skupiny zosumarizovali jej diagnostické charakteristiky (Ghadri, 2018). Nedávno bol publikovaný konsenzus kritérií vypracovaný expertami Európskej kardiologickej spoločnosti (EKS), naša pacientka/klientka spĺňa väčšinu týchto kritérií. Pacientka bola privezená s bolesťami na hrudníku, EKG zmenami ako pri akútnom infarkte myokardu a zvýšenými kardiošpecifickými enzýmami. Diferenciálne diagnosticky je najdôležitejšie odlíšenie stresovej kardiomyopatie – Tako-Tsubo kardiomyopatie od AIM, pretože majú rozdielny terapeutický postup a prognózu.

Druhý parciálny cieľ výskumu, identifikovať problémy pacienta s Tako-Tsubo kardiomyopatiou a zdokumentovať ošetrovateľské intervencie zamerané na ich riešenie sme zistili, že klientka trpí anticipačným smútkom a ľahkou formou depresie. Pacientke chýba hlavne rodina, a pocit, že je pre nich ešte dôležitá. Depresia je veľmi široký pojem, ktorý môže pokrývať celé spektrum smutných nálad. Prítomnosť depresie zdvojnásobňuje riziko kardiovaskulárnych chorôb (KVCH) (Riegel, in Tuka, 2018). Naviac, starší pacienti s depresiou majú horšiu adherenciu k liečbe a k liečebným intervenciám a všeobecne majú menej zdravú životosprávu. A naša klientka v súvislosti s depresiou a smútkom ostávala v posteli, nemala chuť chodiť a starať sa o seba. Množstvo dôkazov potvrdzuje, že pôsobenie chronického stresu alebo

silnej psychologickej traumy zvyšuje riziko vzniku KVO, ale tiež úmrtia na neho. Steptoe et al.(2013), vo svojom výskume poukázal na to, že každodenné, dlhšiu dobu pôsobiace stresory, akými sú napríklad sociálna izolácia a osamelosť, sú spojené s 50% zvýšením rizika incidencie kardiovaskulárnych príhod, ku ktorým patria aj stresové kardiomyopatie. Aj naša klientka bola sociálne izolovaná, nemala záujem o spoločnosť a väčšinu času trávila na izbe v posteli. Chronické stresory sú spojené so vznikom KVO, podobne ako rizikové faktory výživy a sedavého spôsobu života. Každodenné stresy sú tiež spájané s negatívnou prognózou KVO. Významné množstvo literatúry poukazuje na to, že u 30 - 70% jedincov s KVO dôjde k narušeniu perfúzie myokardu pri pôsobení psychosociálneho stresu. Fínska prospektívna štúdia (Nabi et al, 2010) preukázala štatisticky signifikantnú koreláciu prítomnosti úzkosti a incidencie KVO už po 7 rokoch sledovania, ale po vyhodnotení premenných sa táto asociácia ukázala platná hlavne v prípade žien a riziko pre fatálny a nefatálny infarkt myokardu (IM). Niektoré štúdie nachádzajú významnejšie asociácie medzi prítomnou úzkosťou a náhlým srdcovým úmrtím, za ktorým môže byť aj ruptúra ľavej komory pri jej dilatácii skôr, ako samotným vznikom KVO (Antonogeorgos et al., 2012).

TT-kardiomyopatia patrí medzi AKS, život ohrozujúci stav pre malígne arytmie spôsobené týmto ochorením a náhlou smrťou. Pre lepšiu prognózu tohto ochorenia je nevyhnutná hospitalizácia s včasnou diagnostikou, intenzívnym monitoringom a adekvátnou liečbou. Intenzívny monitoring vyžaduje od sestier odborné vedomosti, ale aj zručnosti. Najdôležitejšou prednosťou sestry je komunikačná zručnosť sestry. „Sestra sa častokrát musí prispôbiť komunikačnej úrovni pacienta, preferuje jeho formu komunikácie (pacient v bezvedomí, imobilný pacient a iné ťažké stavy) a na základe týchto skutočností mu poskytne priestor na orientáciu, istotu a ďalší rozvoj osobnosti“ (Nemčíková, 2021, s. 225). Komunikácia je základom fungovania medziľudských vzťahov. Ako tvrdí Kapounová (2020), v ošetrovatelstve nie je možné poskytnúť kvalitnú starostlivosť bez efektívnej komunikácie. Sestra pôsobí v role komunikátorky a edukátorky. Navodením pocitu dôvery si získa pacienta na svoju stranu, pacient je tak vo svojich pocitoch otvorenejší a vie poskytnúť relevantné informácie. Zo získaných anamnestických údajov o pacientke sa dozvedáme o jej smútku v DSS, trpí nechutenstvom, zápchou a má pocit, že sa stala príťažou pre svoje deti, ktoré ju zriedkavo navštevujú. Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti je dôležitý holistický prístup sestry, ktorá sa zaujíma nie len o biologické potreby a telesnú stránku jednotlivca, ale aj psychologickú, sociálnu a spirituálnu. Po zistení individuálnych potrieb klientky, sestra participovala s rodinou na riešení identifikovaných problémov klientky. Pacientka bola hospitalizovaná na KJ 3 dni, na sledovanie vývoja stresovej kardiomyopatie a nežiadúcich možných komplikácií. S pacientkou sme veľa komunikovali, umožnili rozhovor so psychológom, a boli informovaní príbuzní. Na tretí parciálny cieľ výskumu, poukázať, ako ovplyvňuje životný štýl klientky s Tako-tsubo kardiomyopatiou prognózu ochorenia v komunite sme zistili, že každý človek má svoje individuálne potreby, ktoré ho dokážu urobiť šťastnejším. Aj 76 ročná klientka mala svoje záľuby a koníčky počas života. Bývala v dome, relax si nachádzala v záhrade, radosť jej robili rozkvitnuté kvety. Len ťažko na to zabudla, a možnosť starať sa o kvety prispelo k tomu, že sa postavila z postele každé

ráno a mohla uvidieť niečo, čo jej prinášalo radosť, kým jej neprišla návšteva detí a vnúčat. Dcéra sa postarala o to, aby mala chodák, pomocou ktorého sa mohla ľahšie pohybovať po izbe, neskôr prešla aj do jedálne, po čase použila iba paličku. Zistili sme, že aj tento prípad je typický špecifický z hľadiska potreby špecifických intervencií sestry. Na tomto príklade klientky DSS s ľahkou formou depresie a TT-stresovej kardiomyopatie, opisujeme na začiatku ťažkosti potrebu intenzívneho monitoringu (Kapounová, 2020), neskôr potrebu špecifických intervencií zameraných na psychosociálne potreby klientky. V demonštrovanom prípade pacientky sme dokumentovali prechodnú poruchu kinetiky stien LK s typickým, najčastejšie sa vyskytujúcim nálezom apikálnej balónovej dilatácie, ako aj zníženie systolickej funkcie LK s úplnou reštitúciou pri kontrolnom echokardiografickom vyšetrení. V našej kazuistike reprezentujeme klientku s klinickým priebehom bez komplikácií. Českí autori, Babický a kol. (2016), prezentovali zaujímavú kazuistiku 62 ročnej pacientky s diagnózou syndrómu Tako-Tsubo kardiomyopatia s ťažkou prechodnou dysfunkciou LK, ktorá sa rovnako kompletne zotavila. Je potrebné však podotknúť, že s rastúcim počtom informácií a prác zameraných na túto problematiku, pribúdajú dôkazy, ktoré túto, zdanlivo benígnu diagnózu s priaznivou prognózou vyvracajú a to hlavne u rizikových pacientov. Arytmie, hlavne fibrilácie predsiení, srdcové zlyhanie, vznik trombu, kardiogénny šok, ruptúra steny postihnutej časti LK aj úmrtie boli popísané ako možné komplikácie stresovej kardiomyopatie (Refrords, 2015).

Odporúčania pre komunitné sestry:

- zdôrazniť význam pohybovej aktivity - fyzický tréning ovplyvňuje náladu, posilňuje sebavedomie u kardiakov,
- dbať na sociálny kontext, dostatočnú sociálnu oporu, participovať s príbuznými,
- sústrediť sa nielen na to, čo spôsobuje stres, ale aj na to, čo naopak prináša radosť a uvoľnenie,
- všetky príznaky stareckej neurózy alebo psychózy treba chápať nie len ako prejav začínajúcej degenerácie seniora, ale aj ako alarmujúci signál pre najbližších, aby preskúmali svoje postoje k nemu.
- zvoliť vhodnú formu komunikácie, dôležitý je nie len obsah, ale aj forma, ktorú sestra pri kontakte s pacientom zvolí.

Záver

Narastá počet vedeckých tvrdení pre fakt, že psychický stav jedinca sa podieľa na vzniku a rozvoji KVO. Najkonzistentnejšie nálezy existujú u depresívnej poruchy a traumatického stresu, tiež u chronicky prítomnej úzkosti a expozície každodenným stresom, ktoré môžu mať negatívny vplyv na kardiovaskulárne zdravie. Anxieta, teda úzkosť, je u kardiologických pacientov častá. Európske odporúčania označujú depresívne a úzkostné symptómy, psychologické stresory, stres v zamestnaní, nedostatočná sociálna podpora, ako rizikové faktory vzniku kardiovaskulárnych ochorení a silné prediktory nepriaznivej prognózy u už existujúceho kardiovaskulárneho ochorenia. Príkladom takého to ochorenia je Tako -Tsubo syndróm, relatívne vzácna diagnóza, ktorá sa rozvíja v dôsledku silného stresového

podnetu a príznakmi, EKG a laboratórnymi výsledkami sa podobá na infarkt myokardu. Keďže nie je jednoduché ich odlíšiť, je potrebné pristupovať k pacientovi ako v prípade infarktu myokardu, pretože má aj svoje komplikácie a mortalitu. Tako-Tsubo syndróm sa je vzácné ochorenie ale v súčasnosti, s rozvojom medicíny sa jeho výskyt zvyšuje, hlavne u žien v postmenopauzálnom období. Rovnako to bolo aj u našej participantky z DSS, u ktorej bol zistený chronický stres a emočný smútok, ktorý ju priviedol s podozrením na AIM na pohotovosť. Po vyšetrení – ventrikulografii sme zistili TT kardiomyopatiu, po dôkladnej anamnéze sme začali s liečbou a špecifickými intervenciami v spolupráci s multidisciplinárnym tímom, s následnými odporúčaniami pre komunitnú starostlivosť. Účinný prostriedok okrem farmakoterapie predstavujú programy kardiovaskulárnej rehabilitácie, ktoré majú ako jednu z hlavných komponentov pohybovú aktivitu. Je výhodné, ak je v kardiovaskulárnom rehabilitačnom tíme aj psychológ. Je dôležité všímať si prepojenie duševného a kardiovaskulárneho zdravia, odobratím anamnézy, komplexným posúdením pacienta, aby bolo možné redukovať morbiditu a mortalitu na tieto ochorenia. V rámci prevencie by sa mala sestra zamerať na psychologickú stránku jednotlivca v komunite s TT kardiomyopatiou, a zabrániť vplyvu psychických stresových faktorov na kardiovaskulárne zdravie. Sestry by sa mali zapojiť do prevencie a hovoriť o vplyve stresu na kardiovaskulárne ochorenia u pacientov, mali by sa zaujímať o prítomnosť stresu u svojich pacientov. Samotný pobyt klientov v DSS, sociálna izolácia, samota a ochorenia sú pre klientov psychicky veľmi náročné niekedy zvládať. Sestra by mala rozpoznať psychické a sociálne potreby klienta s TT kardiomyopatiou, a nie len starostlivosť o telesnú stránku klienta.

V tejto súvislosti je potrebné poukázať aj na význam saturácie spirituálnych potrieb pacientov, zvlášť v období, kedy čelia vážnym ochoreniam, narušeniu životných funkcií, stresu, nepokoju či zmenám nálad. Tieto potreby zahŕňajú hľadanie zmyslu života, odpustenie, sprevádzanie utrpením, modlitbu, liturgiu či sviatosti. Tento proces si vyžaduje holistický a systematický prístup (Noga, 2024).

BIBLIOGRAFIA

ANTONOGEORGOS, G. et al. 2012. Understanding the role of depression and anxiety on cardiovascular disease risk, using structural equation modeling; the mediating effect of the Mediterranean diet and physical activity : the ATTICA study. In *Annals of Epidemiology*. [online]. 2012, zväzok 22, č. 9. [citované 2025-09-10]. s. 630-637. Dostupné na internete: <Understanding the role of depression and anxiety on cardiovascular disease risk, using structural equation modeling; the mediating effect of the Mediterranean diet and physical activity: the ATTICA study - ScienceDirect>. ISSN 18732585.

BABICKÝ, M. - HOLM, F.- ERBT, M. 2016. Takotsubo syndrom: incidence, etiologie, komplikace, léčba a prognóza. In *Vnitřní lékařství*. [online]. 2016, roč. 62, č. 12, s. 1021- 1027. Dostupné na internete: <Takotsubo cardiomyopathy: incidence, etiology, complications, therapy and prognosis> ISSN 1801-7592.

GHARDI, J. R. et al. 2018. International Expert Consensus Document on Takotsubo Syndrome (Part I): Clinical Characteristics, Diagnostic Criteria, and Pathophysiology. In *European Heart Journal*. [online]. 2018, zväzok 39, vydanie 22. [citované 2025-09-10]. s. 2032–2046. Dostupné na internete: <International Expert Consensus Document on Takotsubo Syndrome (Part I): Clinical Characteristics, Diagnostic Criteria, and Pathophysiology | European Heart Journal | Oxford Academic> ISSN 0195-668X.

GREGOR, P. 2016. Takotsubo kardiomyopatie – ďalší pokračovanie príbehu – editorial. In *Vnitřní lékařství*. [online]. 2016, roč. 62, č. 12, s. 960-961. Dostupné na internete:: <<https://www.prolekare.cz/casopisy/casopisy/vnitri-lekarstvi/201612/takotsubo-kardiomyopatie-dalsi-pokracovani-pribehu-editorial> 60135/download?hl=cs>. ISSN 1801-7592.

CHAMS, S. et al. 2018. Zumba-induced Takotsubo cardiomyopathy: a case report. In *Journal of Medical Case Reports*. [online]. 2018, číslo článku: 160. [citované 2025-09-10]. s. 1-4. Dostupné na internete: <Zumba-induced Takotsubo cardiomyopathy: a case report | Journal of Medical Case Reports | Full Text>. ISSN 17521947.

KAPOUNOVÁ, G. 2020. Ošetrovatelství v intenzivní péči. II. vyd. Praha: Grada Publishing, 2020. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.

KUTEK, B. - KUSA, J. 2018. Kardiomiopatia takotsubo u dieťaťa – opis prípadu. In *Folia Cardiologica*. [online]. 2018, zväzok 13. č. 3. [citované 2025-09-10]. s. 264–268. Dostupné na internete: <Takotsubo cardiomyopathy in a child – case report | Kutek | Folia Cardiologica>. ISSN 2353-7760.

NABI, H. et al. 2010. Psychological and somatic symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the health and social support prospective cohort study. In *Biological Psychiatry*. [online]. 2010, zväzok 67, vydanie 4. [citované 2025-09-10]. s. 378-385. Dostupné na internete: <Psychological and somatic symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the health and social support prospective cohort study - PubMed>. ISSN 0006-3223.

NEMČÍKOVÁ, M. 2021. Bazálna stimulácia a jej využitie v ošetrovateľskej praxi (EBN, EBP). In *ZBORNÍK ZO VII. MEDZINÁRODNEJ VEDECKEJ KONFERENCIE – ONLINE PRAX ZALOŽENÁ NA DÔKAZOCH V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH*. Michalovce 13. november 2020. Collegium Humanum – Szkoła Główna, Warszawa. 2021. s. 224-238. ISBN 978-83-958245-2-4.

NOGA, V. 2024. Spiritualita v sociálnej a paliatívnej starostlivosti a faktory, ktoré ju ovplyvňujú, In: VANSÁČ, P. (Ed.) *Zborník z X. Medzinárodnej vedeckej konferencie, Aktuálne trendy a výzvy, problémy a dilemy v profesijnej praxi pracovníkov pomáhajúcich profesií*, Michalovce 10. november 2023, Wydawnictwo Katedry

Filozofii Akademii Ekonomiczno - Humanistycznej w Warszawie, Warszawa 2024, s.150 -161, ISBN 978-83-61087-89-2.

PALEČEK, T. et al. 2005. Takotsubo kardiomyopatie: popis Případu a přehled literatury. In *Časopis lékařů českých*. [online]. 2005, č. 144. [citované 2025-09-10]. s. 405-408. Dostupné na internetu: <Takotsubo kardiomyopatie: popis případu a přehled... | proLékaře.cz>. ISSN 1805-4420.

POLEDNÍKOVÁ, K. - TOUŠEK, P. 2019. Tako-tsubo syndrom. In *Vnitřní lékařství*. [online]. 2019, 65 (10). [citované 2025-09-10]. s. 659-662 . Dostupné na internetu: < Vnitřní lékařství: Tako-tsubo syndrom>. ISSN 1801-7592.

REDFORS, B. et al. 2015. Mortality in Takotsubo syndrome is similar to mortality in myocardial infarction-A report from the SWEDEHEAT registry. In *International Journal of Cardiology*. [online]. 2015, č. 185. [citované 2025-09-10]. s. 282-289. Dostupné na internetu: <Mortality in takotsubo syndrome is similar to mortality in myocardial infarction — A report from the SWEDEHEART1 registry - International Journal of Cardiology>. ISSN 1874-1754.

RIEGEL D, K. 2018. *Psychosociální problematika v preventivní kardiologii*. In TUKA, V. 2018. *Preventivní kardiologie pro praxi*. Praha:Medical Tribune CZ, s.r.o., 2018. 382 s. ISBN 978-80-903929-6-0.

RUTLEDGE, T. et al. 2006. Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. In *JACC Journals*. [online]. 2006, svazek 48, č. 8. [citované 2025-09-10]. s. 1527 - 1537. Dostupné na internetu: <Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes - PubMed>. ISSN 0735-1097.

STANĚK, V. 2020. *Kardiologie v praxi*. Mlečice: Aconite CZ, 2020. 424s. ISBN 978-80-88046-21-9.

STEPTOE A.- KIVIMÄKI M. 2013. Stress and Cardiovascular Disease: An Update on Current Knowledge. In *Annual Review of Public Health*. [online]. 2013, svazek 34. [citované 2025-09-10]. s. 337-354. Dostupné na internetu: < <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-publhealth-031912.114452>>. ISSN 1545-2093.

TEMPLIN, CH. et al. 2015. Clinical Features and Outcomes of Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy. In *The New England journal of medicine*. [online]. 2015, svazek 373, č. 10. [citované 2025-09-10]. s. 929-938. Dostupné na internetu: <Clinical Features and Outcomes of Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy | New England Journal of Medicine>. ISSN 1533-4406.

TÁBORSKÝ, M. et al. 2021. *Kardiologie*. Moravany u Brna: TISK CENTRUM, s.r.o. 2021. 86 s. ISBN 978-80-271-1997-4.

VANSAČ, P. Spiritualita ako opora onkologických pacientov, In: BABEČKA, J. LACKO, A., BERETA, M., ANDRÁSI, I. (Eds.): Ružomberské zdravotnícke dni 2021 – XV. ročník, Zborník z medzinárodnej konferencie, VERBUM – vydavateľstvo KU, Ružomberok 2021, s. 170 – 178, ISBN 978-80-561-0903-8

Kontakt

PhDr. Jana Šulcová, PhD
janulasulcova@gmail.com

ZDRAVÁ VÝŽIVA DIEŤAŤA PREDŠKOLSKÉHO VEKU Z POHLADU RODIČOV

HEALTHY NUTRITION OF A PRESCHOOL CHILD FROM THE PERSPECTIVE OF PARENTS

Trnková Ľubica¹, Kilíková Mária², Nemčoková Adriana³

^{1,2,3}Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Detašované pracovisko bl. Sáry Salhaházi v Rožňave

Abstrakt

Teoretické východiská: Zdravá výživa je faktor, ktorý ovplyvňuje fyziologický vývin a celkové zdravie dieťaťa. Od útleho veku je dôležité vštepovať zdravé stravovacie návyky, ktoré bude dieťa aj v dospelosti dodržiavať. Zdravá výživa s optimálnym pomerom jednotlivých živín determinuje kvalitu života dieťaťa a splní funkciu prevencie chorôb, medzi ktoré patrí aj obezita.

Cieľ: Hodnotiť znalosti rodičov a praktizovanie zásad zdravej výživy dieťaťa predškolského veku.

Metódy: Na zber dát sme použili dotazník vlastnej konštrukcie. Distribuovali sme 140 dotazníkov. Ich návratnosť bola 90% (n=126). Výsledky sme vyhodnotili v absolútnej a relatívnej početnosti. Do súboru (n=126) sme zaradili rodičov detí predškolského veku. Kritériom zaradenia bol aj vek rodiča nad 21 rokov, výchova min. 1 dieťaťa predškolského veku a ochota spolupracovať s výskumníkom.

Výsledky: 94 rodičov (74,6 %) vedelo, že dieťa predškolského veku by sa malo počas dňa stravovať 5-6x. 66 (52,38 %) má informácie o správnom množstve príjmu tekutín. Varenie a dusenie považuje za vhodný spôsob tepelného spracovania potravy 124 rodičov (98,41%). Iba 60 rodičov občas číta etikety o zložení potravín na varenie. Kritickým miestom poznania zásad zdravej výživy je konzumácia sladkostí. 95 rodičov ich ponúka každý deň alebo 3x do týždňa. 88 rodičov navštevuje fast-food 3x, 1-2x v týždni a z príležitosti osláv (n=82). 98 rodičov zaraďuje do stravovania detí polotovary občas (n=95) a často (n=3).

Záver: Výsledky preukázali, že rodičia (n=126) majú znalosti o zásadách zdravej výživy dieťaťa. Paradoxom je, že zloženie potravy na etikete čítajú iba občas alebo vôbec. Medzi znalosťami rodičov a tvrdeniami o praktizovaní zásad zdravej výživy sme identifikovali rozdiely v neprospech zdravej výživy.

Kľúčové slová: Výživa. Zdravie. Predškolský vek. Dieťa. Rodič.

Abstract

Theoretical background: Healthy nutrition is a factor that influences the physiological development and overall health of a child. From an early age, it is important to instill healthy eating habits that the child will continue to follow into adulthood. Healthy nutrition with an optimal ratio of individual nutrients determines the quality of a child's life and helps prevent diseases, including obesity.

Objective: To evaluate parents' knowledge and practice of healthy nutrition principles for preschool-aged children.

Methods: We used a questionnaire of our own design to collect data. We distributed 140 questionnaires. The return rate was 90% (n=126). We evaluated the results in absolute and relative numbers. We included parents of preschool children in the sample (n=126). The criteria for inclusion were parents over the age of 21, raising at least one preschool child, and willingness to cooperate with the researcher.

Results: 94 parents (74.6%) knew that preschool-aged children should eat 5-6 times a day. 66 (52.38%) had information about the correct amount of fluid intake. Cooking and stewing are considered suitable methods of food preparation by 124 parents (98.41%). Only 60 parents occasionally read the labels on food ingredients. A critical area of knowledge about healthy eating is the consumption of sweets. 95 parents offer them every day or 3 times a week. 88 parents visit fast-food restaurants three times, one to two times a week, and on special occasions (n=82). 98 parents include semi-prepared foods in their children's diet occasionally (n=95) and often (n=3).

Conclusion: The results showed that parents (n=126) have knowledge about the principles of healthy nutrition for children. Paradoxically, they only occasionally read the food composition on the label, if at all. We identified differences between parents' knowledge and their claims about practicing the principles of healthy nutrition, to the detriment of healthy nutrition.

Keywords: Nutrition. Health. Preschool age. Child. Parent.

Úvod

Dieťa predškolského veku je vo vývinovom období, ktoré má osobitné nároky na výživu. Zdravá výživa v tomto období by mala obsahovať všetky živiny v správnom množstve.

Makroživiny (bielkoviny, cukry, tuky), dodávajú telu energiu. Mikroživiny (vitamíny, minerály, stopové prvky) zaisťujú správnu funkciu organizmu (Kopčeková, Gažarová, 2016). Zdravá výživa má funkciu nutričnú a energetickú. Dodáva detskému organizmu látky potrebné pre jeho rast, obnovu tkanív, telesný a duševný vývin. Podľa Juríkovej et al. (2021) zdravá výživa zabezpečuje fyziologické požiadavky na základe vedeckých poznatkov, odporúčaných výživových dávok. Mala by byť pestrá, striedma a vyvážená.

Výživa detí v predškolskom období (3 – 6 rokov)

Rastové procesy sa u detí v tomto období spomaľujú. Deti sú egocentrické, negativistické, podľa svojho temperamentu prejavujú svoju pohybovú a psychickú aktivitu. Majú svoje chuťové nároky. Vedia sa samostatne nejst a napiť. Škála konzumovaných potravín sa rozširuje. Vo výžive detí predškolského veku je dôležitejšia kvalita než kvantita podávaného jedla. Okrem pravidelnosti v stravovaní je potrebné dodržať aj správnu veľkosť podávanej porcie, čo u týchto detí predstavuje 0,6 porcie určenej pre dospelého.

Zásadami zdravej výživy detí predškolského veku sú:

- pravidelnosť v stravovaní, 5-6x denne, posledné denné jedlo konzumovať najneskôr dve hodiny pred spaním,
- celodenný príjem stravy prispôbiť fyzickej aktivite dieťaťa,
- pravidelne konzumovať ovocie a zeleninu – minimálne 5 porcií denne, vo veľkosti hrste na jednu porciu,
- prijímaná strava má byť biologicky hodnotná, bohatá na bielkoviny, vitamíny, minerálne látky,
- obilniny by mali byť základom jedál ako zdroj komplexných sacharidov, opatrnosť však vyžadujú deti s diétnym stravovaním pri celiakii, potravinových intoleranciách a alergiách,
- v jedálničku by nemali chýbať ryby, netučné mäso vrátane bravčového, hovädzieho,
- na studenú kuchyňu a tepelnú úpravu jedál používať kvalitné oleje (repkový, olivový,
- na dochucovanie jedál pre zvýraznenie ich senzorických vlastností sú vhodné bylinky, vňate,
- dodržiavať pravidelný pitný režim, preferovať pitnú vodu z vodovodu, nesladené ovocné čaje, riedené ovocné a zeleninové šťavy, prípustný je aj obmedzený príjem minerálnych a jemne perlivých vôd s nízkym obsahom minerálnych látok (Juríková et al., 2021).

V zdravej výžive detí predškolského veku by mali raňajky tvoriť 18 %, desiata 15 %, obed 35 %, olovrant 10 % a večera 22 % denného energetického príjmu.

Základ raňajok by malo tvoriť pečivo (celozrnné), rastlinný tuk (dôležitý zdroj nenasýtených tukov), šunka, syr alebo nátierka. Porcia ovocia a zeleniny by mala byť samozrejmosťou. K raňajkám je vhodné podávať teplý nápoj (čaj, kakao), ovocný džús alebo čistú vodu. Vhodná desiata (chlieb, šunka, syr, jogurt, tvarohový dezert, ovocná výživa, ovocie/zelenina, sušená zmes ovocia a orechov) môže pozitívne ovplyvniť náladu dieťaťa aj jeho výsledky v škole. Nevhodné sú hamburgery, hod-dogy, bagety s majonézovým dresingom, sladké pečivo (koláčiky, šišky), keksíky, čokoládové tyčinky. Ak je obedové jedlo výdatné, polievka už nemusí byť jeho súčasťou. Hustá polievka môže byť podávaná s chlebom, bez hlavného jedla. Pokiaľ nie je dusená zelenina súčasťou pokrmu, pridáva sa ako obloha. Na olovrant je vhodné voliť príjem potravín s nižšou energetickou hodnotou. Pokiaľ dieťa popoludní športuje, je vhodné tomu prispôbiť aj príjem. Vhodný je chlieb s rastlinným tukom a šunkou/syrom, menej sladké ovocie (jablká, citrusy, marhule) alebo zelenina. Večera by mala byť objemná, no nie veľmi energeticky bohatá.

Pri príprave jedál je správne preferovať varenie, varenie na pare, dusenie, zapekanie. Potravu nie je vhodné osobitne mechanicky upravovať, pretože sa deti majú učiť dobre ju pohryzáť (Dimunová, a kol., 2018; Gažarová et.al., 2021).

V tomto období pokračuje formovanie správnych stravovacích návykov. Dieťa už chce rozhodovať samo o tom, čo zje. Má potrebu učiť sa a často napodobňuje stravovacie návyky rodiny, spolužiakov. Dieťa začína byť fyzicky aktívnejšie, energetická potreba sa zvyšuje, čo si vyžaduje prispôbiť denný energetický príjem. Predškolské stravovanie poskytujúce dieťaťu tri základné denné jedlá (desiata, obed, olovrant) a pokryje približne 60 % dennej energetickej potreby dieťaťa. Každé jedlo má obsahovať optimálny podiel bielkovín rastlinného a živočíšneho pôvodu. Aspoň raz v týždni je vhodná konzumácia rýb. Jednoduchý prístup k ovociu a zelenine a ich pravidelná konzumácia v prítomnosti dieťaťa má motivujúci význam (Tomanová, 2019).

Jednotlivé makro a mikronutrienty vo výžive detí predškolského veku

Bielkoviny plnia podpornú aj ochrannú funkciu. Umožňujú prenos živín, slúžia špecificky na výživu mozgu, syntézu hormónov, enzýmov a protilátok. Prijímame ich v rastlinnej aj živočíšnej potrave. Živočíšne bielkoviny sa nachádzajú v mäse, mlieku, mliečnych výrobkoch a vajciach. Rastlinné v strukovinách, obilninách, zemiakoch. Deti majú vyššiu potrebu príjmu bielkovín. Zdravým deťom sa odporúča denne podávať v priemere 1,5 g bielkovín/kg (Liba, 2016; Kačmáriková et al., 2018).

Tuky sú v organizme nezastupiteľné pri výstavbe bunkových štruktúr a tkanív. Organizmu dodávajú energiu, majú termoregulačnú a ochrannú funkciu, chránia organizmus proti mechanickým vplyvom prostredia. Ich príjem by nemal presahovať 30 % denného energetického príjmu. Ideálny príjem tukov pre zdravé deti je 2,5g/kg /deň. Vhodné sú oleje s vysokým obsahom polynenasýtených mastných kyselín (Chynoranská, 2021).

Sacharidy sú hlavným a rýchlym zdrojom energie. Ich zdravý príjem šetrí rezervy telesných bielkovín a tukov. Jedná sa o organické látky, ktoré vznikajú v zelených častiach rastlín fotosyntézou. Nachádzajú v potravinách rastlinného pôvodu (čerstvé ovocie, zelenina, celozrnné výrobky, strukoviny, orechy). Prispievajú k udržiavaniu normálnej funkcie mozgu a k obnove svalovej funkcie po dlhotrvajúcom alebo náročnom fyzickom výkone. Dôležitý je príjem vlákniny. Dobrým zdrojom sú obilniny, ovocie, zelenina, strukoviny, zemiaky. Odporúčaný denný príjem vlákniny u detí vypočítame tak, že k ich veku pripočítame +5g/deň (Turek, Šíma, Michalová, 2016).

Vitamíny sú organické zlúčeniny, ktoré si telo nedokáže samostatne syntetizovať. Jedná sa teda o esenciálne látky, ktoré sú nevyhnutné pre adekvátnu látkovú premenu v organizme. Prijímajú sa v minimálnych množstvách a nemajú energetický význam. Potrebné sú pre takmer každý biologický proces v tele, ovplyvňujú činnosť orgánov a systémov, zapájajú sa do regeneračných a imunitných procesov (Uherová, 2018). Delíme ich na vitamíny rozpustné v tukoch - liposolubilné (A, D, E, K) a vitamíny rozpustné vo vode - hydrosolubilné (vitamíny skupiny B, vitamín C) (Kasper, 2015). Vitamíny rozpustné v tukoch sa vstrebávajú spolu s tukmi, ukladajú sa

v tele do zásoby, ich príjem môže byť nepravidelný, ich nadbytok je zdraviu škodlivý. Vitamíny rozpustné vo vode sa nachádzajú v ovocí, zelenine, obilí. V tele sa neukladajú do zásoby, ich nadbytok sa vylučuje močom a nie je zdraviu škodlivý.

Minerálne látky tak ako vitamíny zaraďujeme do skupiny mikronutrientov. Organizmu síce nedodávajú energiu, no zabezpečujú správny priebeh dôležitých funkcií. Medzi najvýznamnejšie patrí vápnik (mlieko, mliečne výrobky, morské ryby, tvrdá pitná voda, brokolica, orechy, sezamové, slnečnicové semená), fosfor (morské plody, mäso, vnútornosti, šošovica, čokoláda, tmavý chlieb), horčík (obilniny, zelenina, strukoviny, orechy, semená, červené mäso, ryby)(Turek, Šíma, Michalová, 2016).

Stopové prvky sú v organizme zastúpené v menšej koncentrácii ako minerálne látky. Najznámejšie stopové prvky sú železo, fluór, jód a zinok. Nedostatok železa spôsobuje anémiu, zníženie obranyschopnosti organizmu. Jeho dobrým zdrojom je pečeň, vaječný žltok, ovsené vločky, zelenina. Zinok pozitívne ovplyvňuje hojenie rán a zlomenín. Jeho nedostatok vedie k spomaleniu rastu a vývoju, vypadávaniu vlasov, poškodeniu kože a nechťov. Nachádza sa v mäse, vaječnom žĺtku, celozrnných výrobkoch. Pre stavbu zubov a kostí je nenahraditeľný fluór. Jeho hlavným zdrojom je pitná voda. Jód potrebný pre správnu funkciu štítnej žľazy sa nachádza v kuchynskej soli, morských rybách (Machová, Kubátová, 2016).

Súčasťou zdravých stravovacích návykov je pitný režim. Detský organizmus má špecifické požiadavky na množstvo a druh prijatých tekutín. Deti spočiatku nemajú reflex smädu a vzhľadom k veľkosti ich tela sa dokážu rýchlo dehydrovať, preto je potrebné nápoj nielen ponúkať, ale tiež učiť ich tomuto návyku. Je dobré rozdeliť príjem tekutín do menších, pravidelných dávok počas dňa. Nárazové pitie veľkého množstva tekutín zaťažuje žalúdok aj obličky (Ondriová et al., 2018). Denný príjem tekutín by mal byť približne 1,5 litra. Deti v tomto veku už svoj smäd vedľa vyjadriť, často si ho ale neuvedomujú. Pri zvýšenej fyzickej aktivite, chorobe je potrebné príjem tekutín zvýšiť. Odporúča sa preferovať pitie čistej vody, ovocných, bylinkových čajov, minerálnych vôd. Pitný režim teda predstavuje základňu zdravých stravovacích návykov, pričom s jeho formovaním je potrebné začať už v najútlejšom veku. Rodičia majú byť informovaní kedy, aké a koľko tekutín majú dieťaťu ponúkať.

Faktory ovplyvňujúce výživu detí predškolského veku

Významnú úlohu pri formovaní stravovacích návykov u dieťaťa zohráva rodina. Dieťa vytvára vzorce správania, ktoré opakuje po svojich rodičoch, či súrodencoch. Podľa Kopčekovej, Mrázovej a Gažarovej (2021) sú preferencie detí viac ovplyvnené matkou. Významnú úlohu pri formovaní stravovacích návykov detí má aj úroveň dosiahnutého vzdelania rodičov. Rodina by si mala nájsť čas na spoločné večere, víkendové raňajky, nedeľné obedy, na ktoré bude dieťa rado spomínať a pokračovať v tomto zvyku.

Neoddeliteľnou súčasťou je kultúra stolovania. Vhodné je dieťa zapájať do prestierania stola. Malo by jesť pri stole, sústrediť sa na jedlo. Osobné, rodinné a pracovné problémy sa pri stole neriešia. Rovnako sa dieťa nekarhá. Dieťa nenútime zjesť všetko za každú cenu. Systém odmien za to, že zje všetko, je tiež nevhodný (Hlavatá, 2021). Výchovné metódy rodičov ovplyvňujú formovanie postojov detí k zdravej výžive. Na zdravú výživu dieťaťa vplýva aj *školské prostredie*. Belešová s

Talapkovou (2020) konštatujú, že deti sú v školskej jedálni vedené ku kultúrnemu stolovaniu mimo domáceho prostredia, učia sa spoločenskému správaniu a hygienickým návykom pri stole, privykajú si na modernú, racionálnu výživu a učia sa konzumovať aj jedlá, ktoré z domáceho prostredia nepoznajú.

Najčastejšie chyby negatívne ovplyvňujúce stravovacie návyky dieťaťa:

- neznalosť rodičov o zložení potravy, vhodnom postupe prípravy jedla,
- nevhodná skladba jedálnička v rodine, opakujúce sa jedlá,
- nešetrnosť v zaobchádzaní s potravinami,
- nepravidelnosť v stravovaní,
- nesprávne stravovacie návyky v rodine,
- nevhodné postoje rodičov k jedlu,
- nevhodné správanie sa rodičov pri príprave a konzumovaní jedla,
- absencia kultúry stravovania,
- nevhodné diéty alebo alternatívne spôsoby stravovania,
- nerešpektovanie vekových a vývojových špecifik dieťaťa (Kopčecová, Mrázová, Gažarová, 2021).

Metodika prieskumu

Poznanie a praktizovanie zásad zdravej výživy u detí predškolského veku predikuje zdravotný stav mladej generácie.

Prieskumný problém: Znalosti a praktizovanie zásad zdravej výživy rodičmi detí predškolského veku.

Hlavným cieľom prieskumu bolo posúdiť znalosti a praktizovanie zásad zdravej výživy dieťaťa predškolského veku ich rodičmi.

Čiastkové ciele prieskumu

1. Zistiť, aké majú rodičia znalosti o zásadách zdravej výživy dieťaťa.
2. Identifikovať preferencie rodičov vo výžive dieťaťa predškolského veku.
3. Komparovať znalosti rodičov s názormi na praktizovanie zásad zdravej výživy.

Charakteristika súboru respondentov

Na zber dát sme použili dotazník vlastnej konštrukcie. Obsahoval 5 demografických položiek a 22 uzavretých položiek s možnosťou voľby jednej správnej odpovede.

Dotazník sme distribuovali online prostredníctvom kanála Google Forms známym, priateľom a rodinám (n=140). Návratnosť bola 90% (n=126). Dáta sme spracovali metódou deskriptívnej štatistiky. Demografické položky interpretujeme v absolútnej (n) a relatívnej (%) početnosti.

Respondentmi (n=126) boli rodičia (matky: n=80, otcovia: n=46) detí predškolského veku. Kritériom zaradenia do prieskumu bol vek rodiča nad 21 rokov, výchova min. 1 dieťaťa vo veku 3-6 rokov a ochota zapojiť sa do štúdie (Tab.1).

Tab. 1 Charakteristika výskumného súboru

Vek respondentov		
	n	%
21-35 rokov	71	53,35
36-45 rokov	51	40,48
46 a viac rokov	4	3,17
Σ	126	100
Pohlavie respondentov		
ženy	80	63,49
muži	46	36,51
Σ	126	100
Vzdelanie respondentov		
základné	5	3,97
stredoškolské bez maturity	15	11,9
stredoškolské s maturitou	62	49,21
vysokoškolské	44	34,92
Σ	126	100
Bydlisko respondentov		
mesto	72	57,14
dedina	54	42,86
Σ	126	100

n=absolútna početnosť, %= relatívna početnosť

Výsledky prieskumu

94 (74,6 %) rodičov vedelo, že je správne sa stravovať 5-6x denne (Tab.2). 66 (52,38 %) rodičov vedelo, že odporúčaným množstvom tekutín počas dňa je 1,5 litra (Tab.3). Až 124 rodičov (98,41 %) považuje za vhodný spôsob prípravy zdravej výživy varenie a dusenie (Tab. 4). Iba 11 rodičov (8,73 %) si vždy číta informácie o zložení potraviny uvedené na etikete (Tab. 5).

Tab. 2 Vedomosti rodičov o frekvencii príjmu stravy počas dňa

Frekvencie	n	%
menej ako 3x denne	0	0
3x denne	5	3,97
4x denne	22	17,46
5-6x denne	94	74,6
neviem	5	3,97
Σ	126	100

n=absolútna početnosť, %= relatívna početnosť

Tab. 3 Vedomosti rodičov o odporúčanom dennom množstve tekutín

Objemy	n	%
0,5l tekutín	3	2,38
1l tekutín	48	38,1
1,5 l tekutín	66	52,38
neviem	9	7,14
Σ	126	100

n=absolútna početnosť, %= relatívna početnosť

Tab. 4 Vedomosti rodičov o vhodných spôsoboch tepelnej úpravy jedál

Formy	n	%
vyprážanie	1	0,79
pečenie	1	0,79
grilovanie	0	0
varenie/dusenie	124	98,41
Σ	126	100

n=absolútna početnosť, %= relatívna početnosť

Tab. 5 Frekvencia čítania informácie o zložení potraviny uvedené na etikete

Frekvencie	n	%
nikdy	23	18,25
občas	60	47,62
často	14	11,11
veľmi často	18	14,29
vždy	11	8,73
Σ	126	100

n=absolútna početnosť, %= relatívna početnosť

73 (57,94 %) rodičov tvrdilo, že podáva deťom ovocie každý deň. 3x do týždňa podáva ovocie deťom 46 (36,51 %) rodičov. Zeleninu každý deň ponúka deťom 45 (35,71 %) rodičov a 3x do týždňa 62 (49,21 %) rodičov (Tab. 6). Znalosti o konzumácii zeleniny ako zdravej zložky stravy nie sú uspokojivé.

Tab.6 Konzumácia ovocia a zeleniny

ovocie	n	%
každý deň	73	57,94
3x do týždňa	46	36,51
1x do týždňa	6	4,76
nikdy	1	0,79
Σ	126	100
zelenina		
každý deň	45	35,71
3x do týždňa	62	49,21
1x do týždňa	11	8,73
nikdy	8	6,35
Σ	126	100

n=absolútna početnosť, %= relatívna početnosť

Sladkosti podáva deťom každý deň 40 (31,75 %) a 3x do týždňa 55 (43,65 %) rodičov. Mlieko a mliečne výrobky ponúka deťom denne 71 (56,35 %) a 3x do týždňa 52 (41,27 %) rodičov. Pozoruhodné je zistenie, že 12 (9,52 %) aspoň 3x do týždňa, a až 64 (50,79 %) rodičov raz do týždňa zaraďuje do jedálničky dieťaťa údeniny. Toto

zistenie dokazuje, že v súbore rodičov (n=126) sa nepraktizujú znalosti o zásadách zdravej výživy (Tab. 7).

Tab. 7 Konzumácia vybraných potravín

sladkosti	n	%
každý deň	40	31,75
3x do týždňa	55	43,65
1x do týždňa	30	23,81
nikdy	1	0,79
Σ	126	100
mlieko, mliečne výrobky		
každý deň	71	56,35
3x do týždňa	52	41,27
1x do týždňa	0	0
nikdy	3	2,38
Σ	126	100
údeniny		
každý deň	2	1,59
3x do týždňa	12	9,52
1 x do týždňa	64	50,79
nikdy	48	38,1
Σ	126	100

n=absolútna početnosť, %= relatívna početnosť

Rodičia najčastejšie deťom podávajú na raňajky „chlieb, šunku, syr, zeleninu, čaj“ n=51 (40,48 %). Zdravú výživu praktizujú podávaním jogurtu s ovocím (n=16) a cereálií (n=26). Praktizovanie zdravej výživy počas raňajok vykazuje deficit a je v rozpore s zisteniami o znalostiach rodičov (Tab.8).

Tab. 8 Preferované raňajky

Preferované praktizovanie	n	%
keksy/sladený nápoj	1	0,79
chlieb, šunka, syr, zelenina, čaj	51	40,48
pečivo, miešané vajcia, zelenina, čaj	12	9,52
vianočku s kakaom	12	9,52
ovsenú kašu	7	5,56
jogurt s ovocím	16	12,7
cereálie s mliekom	26	20,63
iné	1	0,79
Σ	126	100

n=absolútna početnosť, %= relatívna početnosť

Identifikovali sme zhodu medzi znalosťami a preferovanou metódou prípravy stravy. 107 (84,92 %) rodičov preferuje prípravu zdravej stravy varením a dusením (Tab.9)

Tab. 9 Preferovaný spôsob tepelnej úpravy jedál

Preferované praktizovanie	n	%
vyprážanie	2	1,59
pečenie	12	9,52
grilovanie	5	3,97
varenie/dusenie	107	84,92
Σ	126	100

n=absolútna početnosť, %= relatívna početnosť

V našom súbore (n=126), fast- food nenavštevuje iba 38 rodičov (Tab. 10). Toto tvrdenie neguje validitu znalostí rodičov o zásadách zdravej výživy detí predškolského veku. Komparácia znalostí a praktizovania zásad vykazuje negatívne rozdiely. Rodičia nepraktizujú to, čo tvrdia ev. označili ako znalosť.

Tab. 10 Návšteva fast-food

Frekvencia praktizovania	n	%
3x týždenne	2	1,59
1-2x týždenne	4	3,17
príležitostne (oslava)	82	65,08
nenavštevuje	38	30,16
Σ	126	100

n=absolútna početnosť, %= relatívna početnosť

Ďalším dôkazom nesprávnych postupov rodičov v zdravej výžive detí je zistenie, že až 95 (75,4 %) rodičov zaraďuje do stravovacieho režimu dieťaťa polotovary občas, a iba 26 rodičov (20,63 %) nikdy (Tab. 11). Komparácia dát o znalostiach a praktizovaní danej zásady odhaľuje rezervy v zodpovednom prístupe rodičov k zdravej výžive.

Tab. 11 Podávanie polotovarov deťom

Frekvencia praktizovania	n	%
nikdy	26	20,63
občas	95	75,4
často	3	2,38
veľmi často	1	0,79
vždy	1	0,79
Σ	126	100

n=absolútna, početnosť, %= relatívna početnosť

Súhrne, každý 7-8 rodič praktizuje nezdravé formy výživy dieťaťa i napriek tomu, že mali znalosti o zásadách zdravej výživy detí predškolského veku.

Diskusia

Zdravá výživa efektívne pomáha predchádzať vzniku civilizačných ochorení, podporuje a upevňuje zdravie. Preto je dôležité zvyšovať poznanie rodičov aj v tejto oblasti. V predškolskom období sa z jedla pre dieťa stáva spoločenská udalosť, čo je preň veľmi dôležité. Stravovacie návyky dieťaťa sa formujú v závislosti od stravovacích zvyklostí rodiny, vplyvu prostredia a tiež vlastných postojov k sebe samému. Z výsledkov nášho prieskumu vyplynulo, že je dôležité edukovať rodičov o zásadách správnej výživy detí s ohľadom na ich vek.

Aby telo dokázalo správne fungovať, malo dostatok energie na všetky systémové procesy, je nevyhnutné dodržiavať pravidelnosť v príjme jednotlivých denných porcií. Jedným z častých problémov v stravovacích návykoch detí je nepravidelnosť v príjme a nerovnomerné rozloženie jedál konzumovaných počas dňa. Liba (2016) uvádza, že nepravidelnosť stravovania a nesprávne zloženie stravy je realitou dnešnej spoločnosti. Deti by mali prijímať stravu 5 až 6x denne, čo uviedlo $n=94$ (74,6%) rodičov z nášho prieskumného súboru.

Neodmysliteľnou súčasťou stravovacích návykov je pitný režim. Potrebné je prijímať tekutiny priebežne počas dňa. Pre dieťa v predškolskom období predstavuje optimálne množstvo príjmu tekutín za deň 1 – 1,5l. Vhodné je deťom ponúkať čistú vodu, nesladený čaj, nesladené a nesýtené jemne mineralizované vody. 66 % našich respondentov uviedlo správnu odpoveď týkajúcu sa odporúčaného množstva pre príjem tekutín za deň. Avšak len $n=25$ (27,78 %) rodičov uviedlo, že ich dieťa vypije reálne počas dňa 1,5l tekutín. Z výsledkov štúdie Makovického et al. (2014) zameranej na problematiku dodržiavania správneho pitného režimu detí predškolského veku, ktorého sa zúčastnilo 40 respondentov vyplynulo, že 73 % rodičov preferuje pitie čaju. Len 5% respondentov uviedlo, že v rámci pitného režimu svojho dieťaťa sú zaradené aj sladené minerálne vody voda so sirupom.

Každý deň by mal začať raňajkami, ktoré sú najdôležitejším jedlom dňa. Babinská et al. (2007) v rámci svojej štúdie, v ktorej bol pozorovaný stravovací režim detí ($n=1000$) zistili, že pravidelne raňajkuje 61,7 % detí, 38,3 % neraňajkuje pravidelne, z toho 17,2 % neraňajkuje vôbec a 21,1 % len občas. Taktiež zistili, že deti žijúce na dedine (23,9 %) neraňajkujú pravidelne a 19,3 % z nich neraňajkuje vôbec. Dôležité je aj to, aké raňajky rodičia deťom pripravujú. Najčastejšie preferovanými raňajkami u našich respondentov (40,48 %) bol chlieb so šunkou, syrom, zeleninou s čajom. Na význam kvalitných raňajok upriamujú pozornosť Liba, Bratková, Fečíková (2025). Publikovali, že raňajky majú tvoriť 25 % z celodenného príjmu potravy.

Po nich nasleduje ľahká desiata so zaradením porcie ovocia alebo zeleniny alebo mliečneho produktu. Babinská et al. (2007) zistili, že len 1,8% respondentov v nimi sledovanom súbore ($n=1000$) nedesiatuje. Obed by sa mal skladať z polievky a druhého jedla. Pokiaľ je však polievka hustá kyslá, druhé jedlo už dieťa nemusí jesť. Súčasťou druhého chodu by mala byť zeleninová obloha, prípadne zeleninový šalát. Ak dieťa navštevuje školské zariadenie, v ktorom aj obeduje, obeduje teda pravidelne. Na olovrant je vhodné deťom podávať zeleninu, jogurt alebo tvaroh. Vekom signifikantne klesá počet detí, ktoré pravidelne konzumujú uvedené nutrične hodnotné potraviny, naopak rastie počet detí, ktoré olovrantujú sladkosťami. Ovocie a zelenina patria ku

zdrojom vitamínov a vlákniny. Dôležitá je ich každodenná konzumácia. Ovocie je u detí veľmi obľúbené pre jeho sladkú chuť, zatiaľ čo zeleninu veľa detí odmieta. Kým ovocie denne podáva svojim deťom vyše polovica rodičov, čo sa týka zeleniny je to len 1/3. Večera by mala byť ľahká, výživná, podávaná najneskôr dňa hodiny pred spaním. Konzumácia jedla v neskorých večerných hodinách je rizikovým faktorom vzniku nadmernej telesnej hmotnosti. Konzumácia energeticky bohatých a výživovo menej hodnotných jedál (sladkosti, fast-food) môže narušiť pravidelnosť v stravovaní a tiež obmedzenie príjmu plnohodnotných jedál. Potrebné informácie o skladbe deťom ponúkaných potravín rodičom poskytnú aj údaje na etiketách. Čítanie a hlavne porozumenie uvedeným údajom na potravinách patrí k schopnostiam, ktoré by rodičia mali ovládať a praktizovať. Rodičia by pred tým ako potravinu podajú dieťaťu mali vedieť, z čoho sa skladá a tiež poznať jej výživové hodnoty. Napriek tomu sa o informácie uvedené na etiketách pravidelne zaujíma len n=11 (8,73 %) rodičov. Informácie je nevyhnutné čerpať z overených zdrojov. Liba, Bratková, Fečíková (2025) konštatovali, že nepravidelnosť stravovania, nesprávne zloženie stravy - sladkosti, slané pochutiny, pokrmy z fast-foodu, výrobky z bielej múky, sladké nealko-nápoje sú rizikom vzniku nutrične podmienených chorôb. Toto riziko potvrdzujú aj naše zistenia. Iba 38 rodičov uviedlo, že nenavštevuje fast-foody. Zvyšných 88 rodičov sa správa rizikovo a navštevuje tento typ stravovania 1-3krát v týždni ev. občas.

Záver

Potreba výživy sa líši v závislosti od jednotlivých období života človeka. Obdobie predškolského veku je charakterizované pomalším rastom a na konci tohto obdobia sa začína prerezávať trvalý chrup, mocnie svalstvo a kostra. Motorika dieťaťa sa stáva jemnejšou a obratnejšou. Rozvíja sa psychika a reč dieťaťa. Vo výchove treba posilňovať kladné a odstraňovať záporné návyky. Stravovanie detí ako jeden z najdôležitejších súčastí zdravého životného štýlu je ovplyvnené mnohými faktormi. Osvojenie si správnych stravovacích návykov v detskom veku je jednou z najúčinnějších foriem prevencie nutrične podmienených ochorení. Dieťa si osvojuje stravovacie návyky najmä v domácom prostredí pozorovaním a napodobňovaním nutričného správania ostatných členov rodiny. Správne stravovacie návyky v rodine sú tým najlepším príkladom a najosvedčenejším prostriedkom vedenia dieťaťa k správnej výžive. Dôležitá úloha zohráva aj stravovanie v predškolskom zariadení a škole. V stravovaní detí naďalej pretrváva nepravidelný príjem raňajok, častá konzumácia nekompletných obedov, nedostatočný príjem ovocia a zeleniny. Stravovacie návyky detí sa prednostne formujú v rodine, čo ovplyvňuje aj ich sociálno-ekonomická situácia.

BIBLIOGRAFIA

BABINSKÁ, K. et al. 2007. Stravovací režim školákov na Slovensku. In *Pediatrica pre prax*. 2007;4:217-220. ISSN 1336-8168.

BELEŠOVÁ, M., TALAPKOVÁ, J. 2020. Stravovanie detí predškolského veku. In *Žiak, pohyb, edukácia*. Bratislava: Univerzita Komenského. 2020. s. 48-58. [online].[citované: 2025-10-19]. Dostupné na:

https://www.fedu.uniba.sk/fileadmin/pdf/Sucasti/Katedry/KPPE/publikacie/Merica_Zbornik_2020.pdf

CHYNORANSKÁ, Z. 2021. *Vieme, čo jeme?* Bratislava: Metodicko – pedagogické centrum, 2021. 38 s. [online].[citované: 2025-10-10]. Dostupné na: https://mpc-edu.sk/pages/projects/teachers/nops3_kolo/Chynoranska.pdf

DIMUNOVÁ, L. et al. 2018. *Dietológia a liečebná výživa I.* Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, 2018. 178 s. ISBN 978-80-8152-681-7.

GAŽAROVÁ, M. et al. 2021. *Dietetika a dietológia.* Nitra: SPU. 2021. 174 s. ISBN 978-80-552-2458-9.

HLAVATÁ, K. 2021. Vývoj jídelních preferencí u dětí a nutriční specifika jednotlivých věkových skupin. *Kazuistiky v diabetologii.* 2021; 19 (4): 57 – 60. ISSN 1214-231X.

JURÍKOVÁ, T. et. al. 2021. *Výživa dětí.* Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa. 2021. 142 s. ISBN 978-80-558-1835-1.

KACHÚTOVÁ, I. et al. 2019. *Analýza nutričných faktorov školského prostredia a ich vplyv na výskyt detskej obezity.* 2019. 20 s. [online].[citované: 2025-10-19].

Dostupné na: <https://www.szspektrum.eu/wp-content/uploads/2019/04/Kach%C3%BAtov%C3%A1.pdf>

KAČMARIKOVÁ, M. et al. 2018. *Zdravá výživa.* Bratislava: JEKA studio s.r.o. 2018. 35 s. ISBN 978-80-7159-232-7.

KASPER, H. 2015. *Výživa v medicíně a dietetika 11. vydání.* Praha: Grada Publishing a.s., 2015. 555 s. ISBN 978-80-247-4533-6.

KOPČEKOVÁ, J., GAŽAROVÁ, M. 2016. *Náuka o potravinách.* Nitra: SPU. 2016. 178 s. ISBN 978-80-552-1513-6.

KOPČEKOVÁ, J., MRÁZOVÁ, J., GAŽAROVÁ, M. 2021. *Psychológia výživy.* Nitra: SPU. 120s. ISBN 978-80-552-2310-0.

LIBA, J. 2016. *Výchova k zdraviu v školskej edukácii.* Prešov: Prešovská univerzita, 2016. 241 s. ISBN 978-80-555-1612-7.

LIBA, J., BRATKOVÁ, S., FEČÍKOVÁ, Z. 2025. *Výchova k zdraviu v školskej edukácii.* Prešov: Prešovská univerzita, 2025. 286 s. ISBN 978-80-555-3513-5.

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. 2016. *Výchova ke zdraví.* Praha: Grada Publishing a.s., 2016. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.

MAKOVICKÝ, P. et al. 2014. Pilotný výskum pitného režimu u detí predškolského veku. In: *Výživa a potraviny.* 2014; 14 (2): 38 – 39. [online]. [citované: 2022-11-20]. Dostupné na: https://www.researchgate.net/profile/Pavol-Makovicky/publication/272452013_Pilotny_vyskum_pitneho_rezimu_u_deti_pred_skolskeho_veku/links/54e46ccc0cf2dbf60696875e/Pilotny-vyskum-pitneho-rezimu-u-deti-predskolskeho-veku.pdf

ONDRIOVÁ, I. et al. 2018. Význam pitného režimu v stravovaní detí. *Pediatric pro praxi*. 2018; 19 (6): 357 – 359. ISSN 1213-0494.

POCKETT, B. 2021. *Food Parenting Practices: A Phenomenological Study with Parents of Preschoolers*. United States - California: California State University, Long Beach, 2021. DOI: [10.3390/nu13103630](https://doi.org/10.3390/nu13103630)

TOMANOVÁ, J. 2019. *Výživa a dietetika v ošetrovateľskej péči 1*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2019. 83 s. ISBN 978-80-244-5632-4.

TUREK, B., ŠÍMA, P., MICHALOVÁ, I. 2016. *Vyvážená strava a zdraví*. 2016. 37 s. [online].[citované: 2025-10-13]. Dostupné na: https://www.bezpecnostpotravin.cz/UserFiles/publikace/vyvazena_strava_web.pdf

UHEROVÁ, R. 2018. Čo vieme o vitamínoch dnes. In KIMÁKOVÁ, T. *Sledovanie vybraných faktorov životného štýlu vysokoškolákov*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, 2018. 111 s. ISBN 978-80-8152-619-0.

Kontakt

PhDr., Ing. Trnková Ľubica, PhD., MPH
e-mail: dr.trnkovalubica@gmail.com

PhDr. Nemčoková Adriana, PhD., MPH
e-mail: ada.nemcokova@gmail.com

prof. PhDr. Kilíková Mária, PhD., MPH
e-mail: m.kilikova@gmail.com

BEZPEČNOSŤ PACIENTA - BEZPEČNÁ IDENTIFIKÁCIA A BEZPEČNÁ KOMUNIKÁCIA V DETSKÝCH NEMOCNICIACH NA SLOVENSKU

PATIENT SAFETY – SAFE IDENTIFICATION AND SAFE COMMUNICATION IN CHILDREN'S HOSPITALS IN SLOVAKIA

Velková Silvia¹

¹*Detská fakultná nemocnica Košice, Oddelenie detskej neurológie*

Abstrakt

Teoretické východiská: V máji 2004 podporilo 57. Svetové zdravotnícke zhromaždenie WHO vytvorenie medzinárodnej aliancie - World Alliance for Patient Safety, aby sa napomohlo rozvoju taktiky patientskej bezpečnosti a praxe vo všetkých členských štátoch. Následne v roku 2019 ustanovilo Svetové zdravotnícke zhromaždenie WHO 17. september za svetový deň bezpečnosti pacienta. Vtedy sa 194 krajín sveta zhodlo a uznalo bezpečnosť pacienta ako prioritu svetového zdravia. Zdôraznili kľúčovú úlohu, ktorú zohráva bezpečnosť pacienta v poskytovaní zdravotníckych služieb, dôležitá bola aj úloha jednotlivých vlád a politikov pri vytyčovaní agendy a programov poskytovania zdravotnej starostlivosti. Zaviazanie sa krajín k bezpečnosti pacienta bolo rozhodujúce pre zabezpečenie verejného zdravia. Dovtedy každoročne došlo k 134 miliónom nepriaznivých udalostí v dôsledku nebezpečnej zdravotnej starostlivosti. Tie neskôr viedli k 2,6 miliónom úmrtí ročne a až 4 z 10 pacientov utrpeli ujmu na zdraví v nemocničných a ambulantných zariadeniach počas poskytovania zdravotnej starostlivosti. Tieto udalosti stáli 15 % celkových nemocničných nákladov – museli byť použité na riešenie zlyhaní súvisiacich s bezpečnosťou pacientov v krajinách OECD. V súvislosti s integrovanými prístupmi k starostlivosti o pacientov vydalo Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky v roku 2019 vyhlášku o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta. V rámci tejto vyhlášky sa pri hodnotení bezpečnosti pacienta v ústavnej zdravotnej starostlivosti posudzuje: bezpečná identifikácia pacientov; bezpečnosť pri používaní liekov a ich uchovávaní; prevencia zámeny pacienta, zdravotného výkonu a strany alebo časti tela pacienta pri chirurgických výkonoch; optimálne postupy hygieny rúk pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti; bezpečné odovzdanie pacientov; prevencia vzniku dekubitov u hospitalizovaných pacientov; riešenie neodkladných stavov; preventívne a kontrolné opatrenia proti nozokomiálnym infekciám; eliminácia a prevencia pádov; udržateľnosť mobility pacientov; bezpečná komunikácia; dodržiavanie práv pacientov a osôb podľa osobitného predpisu; <https://www.slov-lex.sk/ezbierky-fe/pravne-predpisy/SK/ZZ/2019/444/20200101sledovanie-spokojnosti-pacientov>.

Cieľ: Cieľom tohto príspevku je porovnať nemocničné stratégie vedúce k zaisteniu bezpečnosti detského pacienta v oblasti bezpečnej identifikácie a bezpečnej komunikácie.

Metódy: Postupné kroky prijaté na rozvoj tejto stratégie a dodržiavanie vyhlášky v 3 detských fakultných nemocniciach na Slovensku – v Bratislave (v súčasnosti zmena

názvu nemocnice na NÚDCH – Národný ústav detských chorôb), Banskej Bystrici a Košiciach – boli vyhodnotené obsahovou analýzou interných smerníc nemocníc a interview s námestníkmi pre ošetrovateľskú starostlivosť.

Výsledky: Minimálne požiadavky na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti bezpečnej identifikácie pacientov sú splnené vo všetkých troch detských fakultných nemocniciach, nakoľko každý poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti má vypracovaný postup prvého overenia identifikácie pacienta preukazom poistenca alebo elektronickým občianskym preukazom a postup následnej identifikácie pacienta v celom procese poskytovania zdravotnej starostlivosti a overenia identifikácie pacienta, ktorý nie je schopný potvrdiť vlastné identifikačné údaje. Tieto postupy sa však líšia. Minimálne požiadavky na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti bezpečnej komunikácie sú splnené takisto vo všetkých troch detských fakultných nemocniciach, nakoľko každý poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti má vypracovaný postup jednotnej komunikačnej schémy pre všetkých zdravotníckych pracovníkov; postup na zabezpečenie dostatočného času na konzultáciu s pacientom tak, aby pacient mohol popísať svoj zdravotný stav a jeho súvislosti a mal možnosť klásť ošetrovateľskému zdravotníckemu pracovníkovi otázky; postup použitia alternatívnych komunikačných techník medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom vrátane poskytnutia obrazových a písomných komunikačných a inštruktážnych pomôcok pre pacientov; postup sledovania a analýzy zistených nedostatkov pri komunikácii s pacientom; postup na zabezpečenie autonómie u ľudí s mentálnym postihnutím. Aj v tomto prípade sa postupy líšia.

Záver: Všetky nemocnice dodržiavajú vyhlášku Ministerstva zdravotníctva, avšak rôznymi spôsobmi. Bezpečnosť pacientov je zabezpečená vo všetkých slovenských detských fakultných nemocniciach.

Kľúčové slová: Bezpečnosť pacienta. Ústavné zdravotnícke zariadenie. Ošetrovateľstvo. Dieťa.

Abstract

Theoretical background: In May 2004, the 57th World Health Assembly of the WHO supported the creation of an international alliance – the World Alliance for Patient Safety – to help develop patient safety tactics and practices in all member states. Subsequently, in 2019, the WHO World Health Assembly designated September 17 as World Patient Safety Day. At that time, 194 countries agreed and recognized patient safety as a global health priority. They emphasized the key role that patient safety plays in the provision of health services, and the important role of individual governments and politicians in setting the agenda and programs for health care provision. The commitment of countries to patient safety was crucial to ensuring public health. Until then, there were 134 million adverse events each year due to unsafe healthcare. These later led to 2.6 million deaths per year, and up to 4 in 10 patients suffered harm in hospital and outpatient settings during healthcare delivery. These events accounted for 15% of total hospital costs – they had to be used to address patient safety failures in

OECD countries. In connection with integrated approaches to patient care, the Ministry of Health of the Slovak Republic issued a decree in 2019 on minimum requirements for an internal patient safety assessment system. Within the framework of this decree, the following aspects are assessed when evaluating patient safety in institutional healthcare: safe identification of patients; safety in the use and storage of medicines; prevention of patient mix-ups, medical procedures and sides or parts of the patient's body during surgical procedures; optimal hand hygiene practices in healthcare provision; safe transfer of patients; prevention of pressure ulcers in hospitalized patients; management of emergencies; preventive and control measures against nosocomial infections; elimination and prevention of falls; sustainability of patient mobility; safe communication; respect for the rights of patients and persons under special regulations; monitoring patient satisfaction.

Aim: The aim of this paper is to compare hospital strategies leading to the safety of pediatric patients in the area of safe identification and safe communication.

Methods: The steps taken to develop this strategy and comply with the decree in three children's teaching hospitals in Slovakia – in Bratislava (currently renamed NÚDCH – National Institute of Children's Diseases), Banská Bystrica, and Košice – were evaluated through content analysis of internal hospital guidelines and interviews with deputy directors for nursing care.

Results: The minimum requirements for an internal patient safety assessment system in the area of safe patient identification are met in all three children's university hospitals, as each institutional healthcare provider has developed a procedure for the initial verification of patient identification using an insurance card or electronic ID card and a procedure for subsequent patient identification throughout the entire process of healthcare provision and verification of the identification of patients who are unable to confirm their own identification data. However, these procedures vary. The minimum requirements for an internal patient safety assessment system in the area of safe communication are also met in all three children's university hospitals, as each institutional healthcare provider has developed a uniform communication scheme for all healthcare professionals; a procedure to ensure sufficient time for consultation with the patient so that the patient can describe their health condition and its context and has the opportunity to ask questions to the attending healthcare professional; a procedure for the use of alternative communication techniques between healthcare professionals and patients, including the provision of visual and written communication and instructional aids for patients; a procedure for monitoring and analyzing identified deficiencies in communication with patients; a procedure to ensure autonomy for people with mental disabilities. Again, the procedures vary.

Conclusion: All hospitals comply with the Ministry of Health decree, but in different ways. Patient safety is ensured in all Slovak children's teaching hospitals.

Keywords: Patient safety. Institutional healthcare facility. Nursing. Child.

Úvod

V máji 2002 Svetové zdravotnícke zhromaždenie prijalo rezolúciu WHA55.18, ktorá vyzvala krajiny, aby venovali čo najväčšiu pozornosť bezpečnosti pacientov a požiadalo generálneho riaditeľa WHO, aby vykonal sériu opatrení na podporu bezpečnosti pacientov. Uznesenie zabezpečilo, že snaha o bezpečnejšiu zdravotnú starostlivosť sa teraz stáva celosvetovým úsilím, ktoré prináša významné výhody pacientom v bohatých a chudobných, rozvinutých a rozvíjajúcich sa vo všetkých kútoch sveta. V novembri 2003 WHO spolupracovala so Spojeným kráľovstvom na stretnutí vedúcich politických činiteľov a medzinárodných odborníkov zo všetkých regiónov WHO s cieľom diskutovať o budúcej medzinárodnej spolupráci v oblasti bezpečnosti pacientov. Na stretnutí sir Liam Donaldson navrhol vytvorenie svetovej aliance. V máji 2004 podporilo 57. Svetové zdravotnícke zhromaždenie WHO vytvorenie medzinárodnej aliance - World Alliance for Patient Safety, aby sa napomohlo rozvoju taktiky patientskej bezpečnosti a praxe vo všetkých členských štátoch (WHO, 2004).

Následne v roku 2019 ustanovilo Svetové zdravotnícke zhromaždenie WHO deň 17. september za svetový deň bezpečnosti pacienta. Vtedy sa 194 krajín sveta zhodlo a uznalo bezpečnosť pacienta ako prioritu svetového zdravia. Zdôraznili kľúčovú úlohu, ktorú zohráva bezpečnosť pacienta v poskytovaní zdravotníckych služieb, dôležitá bola aj úloha jednotlivých vlád a politikov pri vytyčovaní agendy a programov poskytovania zdravotnej starostlivosti. Zaviazanie sa krajín k bezpečnosti pacienta bolo rozhodujúce pre zabezpečenie verejného zdravia. Dovtedy každoročne došlo k 134 miliónom nepriaznivých udalostí v dôsledku nebezpečnej zdravotnej starostlivosti. Tie neskôr viedli k 2,6 miliónom úmrtí ročne a až 4 z 10 pacientov utrpeli ujmu na zdraví v nemocničných a ambulantných zariadeniach počas poskytovania zdravotnej starostlivosti. Tieto udalosti stáli 15 % celkových nemocničných nákladov – museli byť použité na riešenie zlyhaní súvisiacich s bezpečnosťou pacientov v krajinách OECD (WHO, 2019).

V súvislosti s integrovanými prístupmi k starostlivosti o pacientov vydalo Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky v roku 2019 vyhlášku o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta. V rámci tejto vyhlášky sa pri hodnotení bezpečnosti pacienta v ústavnej zdravotnej starostlivosti posudzuje: bezpečná identifikácia pacientov; bezpečnosť pri používaní liekov a ich uchovávaní; prevencia zámeny pacienta, zdravotného výkonu a strany alebo časti tela pacienta pri chirurgických výkonoch; optimálne postupy hygieny rúk pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti; bezpečné odovzdanie pacientov; prevencia vzniku dekubitov u hospitalizovaných pacientov; riešenie neodkladných stavov; preventívne a kontrolné opatrenia proti nozokomiálnym infekciám; eliminácia a prevencia pádov; udržateľnosť mobility pacientov; bezpečná komunikácia; dodržiavanie práv pacientov a osôb podľa osobitného predpisu; <https://www.slov-lex.sk/ezbierky-fe/pravne-predpisy/SK/ZZ/2019/444/20200101sledovanie> spokojnosti pacientov (Ministerstvo zdravotníctva SR, 2019).

Cieľ

Cieľom tohto príspevku je porovnať nemocničné stratégie vedúce k zaisteniu bezpečnosti detského pacienta v oblasti bezpečnej identifikácie a bezpečnej komunikácie.

Metódy

Postupné kroky prijaté na rozvoj tejto stratégie a dodržiavanie vyhlášky v 3 detských fakultných nemocniciach na Slovensku – v Bratislave (v súčasnosti zmena názvu nemocnice na NÚDCH – Národný ústav detských chorôb), Banskej Bystrici a Košiciach – boli vyhodnotené obsahovou analýzou interných smerníc nemocníc a interview s námestníkmi pre ošetrovateľskú starostlivosť.

Výsledky

Minimálne požiadavky na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti bezpečnej identifikácie pacientov sú splnené vo všetkých troch detských fakultných nemocniciach, nakoľko každý poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti má vypracovaný postup prvotného overenia identifikácie pacienta preukazom poistenca alebo elektronickým občianskym preukazom a postup následnej identifikácie pacienta v celom procese poskytovania zdravotnej starostlivosti a overenia identifikácie pacienta, ktorý nie je schopný potvrdiť vlastné identifikačné údaje. Tieto postupy sa však líšia.

V DFN Košice sa bezpečná identifikácia pacienta vykonáva v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti vo všetkých situáciách súvisiacich s rizikom zámeny pacienta a obzvlášť: pri zakladaní a spracovaní zdravotnej dokumentácie; pred každým diagnostickým a terapeutickým výkonom ako je - podanie liekov, podanie transfúzných prípravkov, jednotlivé vyšetrenia a odber vzoriek biologického materiálu na vyšetrenie, podanie stravy, jednotlivé výkony alebo zákroky a preberanie pacienta na Centrálny operačný trakt, vizity, odovzdanie mŕtveho tela pohrebnej službe alebo prepravnej službe. Prvotné overenie identifikácie pacienta je na základe preukazu poistenca predloženého zákonným zástupcom dieťaťa alebo elektronického občianskeho preukazu u detí od 15 rokov veku v rozsahu údajov - meno, priezvisko, rok narodenia, rodné číslo, bydlisko. Následná identifikácia pacienta v celom procese poskytovania zdravotnej starostlivosti a overenie identifikácie pacienta, ktorý nie je schopný potvrdiť vlastné identifikačné údaje je na základe jeho označenia identifikačným náramkom. V minulosti každý pacient pri prijíme na hospitalizáciu bol označený papierovým identifikačným náramkom na Oddelení centrálného príjmu (súčasný názov je Oddelenie urgentného príjmu) alebo na odborných príjmových ambulanciách. Farba náramku signalizovala pohlavie: chlapci mali modrý náramok, dievčatá ružový. Na náramok sa nezmazateľnou fixkou dopísalo meno pacienta, začiatkové písmeno priezviska a rok narodenia – z dôvodu GDPR sa priezvisko a rodné číslo neuvádzalo. Pri preklade novorodenca z inej nemocnice do DFN sa jeho pôvodné označenie na tele odstránilo alebo zmylo z dôvodu rizika prenosu infekcie alebo

poranenia kože (nezrelá koža, jemná koža) – označil sa iba inkubátor, v ktorom ležalo dieťa. V súčasnosti sa označenie pacientov realizuje prostredníctvom identifikačného náramku s jednoznačným a nezameniteľným identifikačným čiarovým kódom – pacienta možno identifikovať pomocou čítačky čiarových kódov. V prípade veľmi malého pacienta alebo u pacienta, ktorý nemôže mať náramok upevnený na končatine z medicínskych dôvodov sa identifikačný náramok vloží do zdravotnej dokumentácie. V prípade nezrelého novorodenca sa môže náramok umiestniť vedľa dieťaťa do inkubátora bez jeho pripevnenia na končatinu dieťaťa. Samotný inkubátor sa ešte zvonku označí menom a dátumom narodenia, uvedie sa aj gestačný vek a pôrodná hmotnosť.

V NÚDCH v Bratislave bol v minulosti každý pacient pri prijíme na hospitalizáciu označený nálepkovým systémom, ktorý sa neosvedčil. V súčasnosti sa používajú papierové identifikačné náramky, ktoré dostane pacient na oddelení s ručne dopísaným menom pacienta bez priezviska, rodného čísla a poisťovne, aby sa splnila požiadavka GDPR. Používajú sa náramky vyhotovené v rôznych farbách – typ farby náramku signalizuje prítomnosť istého druhu alergie. V budúcnosti plánujú prejsť na systém QR kódov a systém nových občianskych elektronických preukazov s čipom, pretože v ňom už bude zabezpečená aj identifikácia zdravotnej poisťovne.

V DFN Banská Bystrica sú vstupné údaje pacienta v rámci bezpečnej identifikácie pacienta overované na recepcii. Následná identifikácia pacienta je zabezpečená identifikačnými náramkami s čiarovým kódom, ktorý zatiaľ slúži na identifikáciu pacienta, zaevidovanie špeciálneho zdravotníckeho materiálu spotrebovaného na pacienta na operačných sálach, čas začiatku operácie, čas šitia a pod. V budúcnosti plánujú daný systém rozšíriť na všetky procesy súvisiace s bezpečnou identifikáciou pacienta.

Minimálne požiadavky na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti bezpečnej komunikácie sú splnené takisto vo všetkých troch detských fakultných nemocniciach, nakoľko každý poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti má vypracovaný postup jednotnej komunikačnej schémy pre všetkých zdravotníckych pracovníkov; postup na zabezpečenie dostatočného času na konzultáciu s pacientom tak, aby pacient mohol popísať svoj zdravotný stav a jeho súvislosti a mal možnosť klásť ošetrojúcemu zdravotníckemu pracovníkovi otázky; postup použitia alternatívnych komunikačných techník medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom vrátane poskytnutia obrazových a písomných komunikačných a inštruktážnych pomôcok pre pacientov; postup sledovania a analýzy zistených nedostatkov pri komunikácii s pacientom; postup na zabezpečenie autonómie u ľudí s mentálnym postihnutím. Aj v tomto prípade sa postupy líšia.

DFN Košice pre zaistenie jednotnej komunikačnej schémy pre všetkých zdravotníckych pracovníkov v rámci bezpečnej komunikácie s pacientom má vydanú internú smernicu, ktorá sa opiera o Knihu komunikačných štandardov z dielne Ministerstva zdravotníctva SR, ktorá je zverejnená na intranete tejto nemocnice. Kniha obsahuje 24 štandardov, ktoré odporúčajú vhodné znenie komunikácie pri nasledovných často sa opakujúcich činnostiach: Prijem pacienta, Umiestnenie pacienta na oddelení, Oboznámenie pacienta s ochranno-liečebným režimom na

pracovisku, Komunikácia s pacientom pri spracovávaní osobnej anamnézy pacienta, Komunikácia s pacientom/rodinou pri spracovávaní rodinnej anamnézy, Komunikácia pri bežnej vizite, Komunikácia pri konzíliu, Komunikácia v prítomnosti pacienta s rodinnými príslušníkmi, Komunikácia pri vyšetrovaní (zásady Evidence Based Medicine), Komunikácia pri stanovení diagnózy, Komunikácia s rodinnými príslušníkmi po stanovení diagnózy bez prítomnosti pacienta, Komunikácia s pacientom po stanovení diagnózy v prítomnosti rodinných príslušníkov, Komunikácia s pacientom v prípade multidiagnóz, Umiestnenie pacienta s multidiagnózami, Komunikácia s pacientom pri bežných rutinných vyšetreniach (sestry a pôrodné asistentky), Komunikácia s pacientom pri bežných rutinných vyšetreniach (zdravotnícki pracovníci), Komunikácia s pacientom pri prepúšťaní (lekár, sestra a pôrodné asistentky), Komunikácia s pacientom o prepúšťacej správe (lekár, sestra a pôrodné asistentky), Komunikácia o nasledovných krokoch liečby pacienta, Lekárske správy a dokumentácia, poučenie pacienta (lekár, sestra a pôrodné asistentky), Komunikácia s telesne postihnutým pacientom, Komunikácia o organizácii práce v rámci viacerých oddelení, Komunikácia s agresívnym pacientom, Komunikácia pri úmrtí pacienta (Ministerstvo zdravotníctva SR, 2013). Nemocnica má vypracovaný systém Informovaných súhlasov, pri podpisovaní ktorých má pacient zabezpečený dostatočný čas na konzultáciu. Pri komunikácii s rómskymi pacientmi a ich sprievodcami existuje možnosť využitia asistenta z programu Zdravé regióny na zabezpečenie tlmočenia. Komunikačné školenia v DFN sa realizujú 1x ročne pre zdravotníckych pracovníkov. Cieľom je skvalitňovanie poskytovanej zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k pacientom, ich sprievodcom a zefektívnenie komunikácie medzi personálom. Obsah školení sa mení každoročne od aktuálnych potrieb oddelení. Uskutočňujú sa v malých skupinách, aby bolo možné realizovať nácvik konkrétnych komunikačných zručností. Pre zlepšenie komunikácie s ťažko chorými deťmi a ich príbuznými nemocnica zabezpečila pre zdravotníckych pracovníkov na dobrovoľnej báze komunikačný kurz ELNEC (End-of-life nursing education Consortium). Riešené boli témy: kompetencia sestier v komunikácii, profesionálny rozhovor, stresový model chovania; techniky a postupy pri komunikácii – NURSE (reakcia na emócie), REMAPE (postup pre vedenie rodinnej konferencie), SPIKES (postup pri predávaní zlých správ), SBAR (stručné predávanie podstatných správ medzi zdravotníkmi); základný komunikačný kufrík – parafrázovanie, zrkadlenie, otvorené otázky, práca s tichom, neargumentácia, nepoužívanie dodatkov; organizovanie rodinnej konferencie, komunikácia o symptómoch; špecifiká komunikácie s deťmi a ďalšie (ELNEC, 2020).

V NÚDCH v Bratislave za účelom zaistenia jednotnej komunikačnej schémy je vypracovaný štandard zameraný na bezpečnú komunikáciu, zabezpečovanie informovaného súhlasu sa deje bez nátlaku a s porozumením, pacient má možnosť slobodne sa rozhodnúť. V rámci použitia alternatívnych komunikačných techník zabezpečujú nákresy alebo laické vysvetlenia zákroku. Pri komunikačnej bariére u cudzokrajných pacientov je umožnené používanie prekladača prostredníctvom digitálnych médií, pri rómskych pacientoch je možnosť tlmočenia asistentom Zdravé regióny. Sledovaním a analýzou zistených nedostatkov pri komunikácii s pacientom - sťažnosťami a spokojnosťou sa zaoberá Odbor sťažností.

V DFN Banská Bystrica pravidelne prebiehajú komunikačné školenia zdravotníckeho personálu zabezpečené psychologickami. Sprevádzajúce osoby má 80 - 90 % detí, komunikácia prebieha prevažne s nimi. Alternatívne komunikačné techniky – napr. kreslenie sa využíva pri malých deťoch s mentálnym postihom. Komunikácia s cudzojazyčnými pacientmi je zabezpečená s tlmočníkmi. Podnety sú riešené právnikom alebo psychológom.

Diskusia

Kvalitná a efektívna komunikácia zvyšuje spokojnosť pacientov, zlepšuje compliance a tým znásobuje účinnosť liečby. Efektívna komunikácia medzi zdravotníckym personálom a pacientom je základnou dlaždicou pri budovaní terapeutického vzťahu zdravotnícky personál – pacient, predstavuje dôležitú súčasť pri poskytovaní vysoko kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Naopak nespokojnosť pacientov s mnohými sťažnosťami narušuje tento vzťah a aj výsledok liečby. Zdravotnícki pracovníci majú tendenciu preceňovať svoje schopnosti v komunikácii. Kľúčové klinické zručnosti zdravotníckeho personálu zahŕňajú schopnosť získať informácie tak, aby bolo možné uľahčiť presné stanovenie diagnózy, primerane radiť, poskytovať liečebné pokyny a vybudovať starostlivý vzťah s pacientom (Ministerstvo zdravotníctva SR, 2013).

Suchanová a Dimunová (2020) uvádzajú, že v zdravotníckej praxi je dôležité dodržiavať nasledujúce princípy efektívnej komunikácie: Držať sa prítomnosti, Držať sa problému, Sprostredkovať zmysluplnosť, Dávať priestor, Zamerať sa na pozitíva, Brať do úvahy emócie pacienta, Pri oznamovaní požiadaviek šetriť slovami, Strážiť si tón hlasu.

Argentínski výskumníci zistili, že rozvoj aktívneho počúvania vo všetkých pracovných situáciách, vytváranie nástrojov na riešenie konfliktov a interdisciplinárna práca sú kľúčovými prvkami na optimalizáciu komunikácie v inštitucionálnom prostredí. Na identifikáciu a odstránenie slabých miest a zníženie chýb možno zaviesť viacero stratégií, keďže niektoré časti zdravotnej starostlivosti sú obzvlášť náchylné na neefektívnu komunikáciu. Ide napríklad o odovzdávanie pacientov, konzultácie, formulovanie lekárskeho indikácií a presun pacientov v rámci zariadení. Systematické hodnotenie v týchto „kritických“ krokoch poskytovania zdravotnej starostlivosti pomocou kontrolných formulárov a simulácií je základom pre zlepšenie kvality zdravotnej starostlivosti a tým aj bezpečnosti pacientov, pretože umožňuje merať dopad chýb a odhaliť slabé miesta, odkiaľ sa chyby môžu šíriť (Dartiguelongue, Cafiero, 2021).

Záver

Cieľom bezpečnej komunikácie je minimalizovať riziko nežiaducich udalostí spojených s chybami pri odovzdávaní informácií súvisiacich so zdravotným stavom pacienta, ordináciou liekov, hlásením kritických výsledkov vyšetrení a edukáciou pacienta/sprevádzajúcich osôb. Komunikácia zdravotníckeho personálu s chorými zastáva v liečebnom procese významné postavenie. Automaticky sa predpokladá, že každá sestra a lekár vie správne komunikovať, že je to zručnosť, ktorú získavame

v bežnom živote už od detstva. Nie je to však pravda - aj pre komunikáciu platí, že systematickým tréningom sa dá naučiť efektívne komunikovať. Význam komunikácie v zdravotníckej praxi stále stúpa, vďaka moderným technológiám sa zvyšuje informovanosť laickej verejnosti a chorí vyžadujú oveľa viac informácií než predtým.

V oblasti pediatrie existujú špecifiká, ktoré prispievajú k chybám v informáciách. Jedným z nich je vek samotných pacientov, ktorý im často bráni podieľať sa na riadení informácií o vlastnom zdravotnom probléme. Ďalšími faktormi sú, že pediatrickí pacienti majú niekoľko opatrovateľov, ktorí nemusia byť koordinovaní, rastúca lekárska zložitosť mnohých pediatrických pacientov a značné situácie, v ktorých je systém zdravotnej starostlivosti výrazne zaťažovaný, čo zvyšuje objem informácií, ktoré sa vymieňajú medzi odborníkmi v rôznych zariadeniach starostlivosti.

Práca osamote, s nedostatočnou a neefektívnou komunikáciou v rámci tímov a medzi nimi v zdravotníckom zariadení je jednou z hlavných prekážok poskytovania bezpečnej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti. V skutočnosti je viac ako polovica vážnych poškodení a úmrtí spôsobená zlyhaním tímovej komunikácie s pacientmi a ich rodinami.

Tímová práca je základnou aktivitou v zdravotníckych zariadeniach. Aby bola starostlivosť bezpečná, empatická a kvalitná, je dôležité podporovať rozvoj komunikačných zručností u zdravotníckeho personálu. Takýto záväzok zabezpečuje dialóg a interakciu medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a disciplínami, a výsledok bude mať vždy vplyv na blaho pacientov a ich rodín.

Cieľom bezpečnej identifikácie pacienta je minimalizovať riziko zámeny pacienta v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti a výskyt nežiaducich udalostí súvisiacich s nesprávnou identifikáciou pacienta.

Všetky nemocnice dodržiavajú vyhlášku Ministerstva zdravotníctva, avšak rôznymi spôsobmi. Bezpečnosť pacientov je zabezpečená vo všetkých slovenských detských fakultných nemocniciach.

BIBLIOGRAFIA

DARTIGUELONGUE, J.B., CAFIERO, P.J. 2021. Communication in health care teams. *Arch Argent Pediatr* 2021;119(6):e589-e593.

ELNEC. 2020. *Komunikační ELNEC*. ELNEC Communication, 2020.

Ministerstvo zdravotníctva SR. 2013. *Kniha komunikačných štandardov. Komunikačné štandardy – tvorba, implementácia a meranie v rámci Národného projektu Ministerstva zdravotníctva SR „Podpora zdravotníckym zariadeniam“*. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, 2013, 91 s.

Ministerstvo zdravotníctva SR. 2019. *Vyhláška č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta*.

SUCHANOVÁ, R., DIMUNOVÁ, L. 2020. *Komunikácia v zdravotníckej praxi. Vysokoškolská učebnica*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Vydavateľstvo ŠafárikPress, 2020, 109 s. ISBN: 978-80-8152-958-0.

WHO. 2004. *World Alliance for Patient Safety*. [online], [citované 12. 08. 2025]. Dostupné na internete: <<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety>>.

WHO. 2019. *World Patient Safety day. 17 September 2019*. [online], [citované 10. 09. 2025]. Dostupné na internete: <<https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2019>>.

Kontakt

PhDr. Velková Silvia, PhD.

E-mail: vesikosia@tutamail.com



ISBN 978-83-61087-02-1