



**Sociálne a politické analýzy**

2012, 6, 2, s. 97-182

<http://sapa.ff.upjs.sk>

ISSN 1337 5555

# **Sociálna práca a poradenstvo pri zlepšovaní kvality života onkologicky chorých**

## **I.**

Agnesa Kočišová<sup>1</sup>

Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta,  
Katedra sociálnej práce

Táto štúdia vznikla ako súčasť riešenia projektu VEGA 1/0282/12

---

### **Abstrakt**

Predkladaná štúdia sa zaoberá problematikou sociálnej práce a poradenstva pri zlepšovaní kvality života onkologicky chorých. Podľa štatistických údajov má incidencia zhubných nádorov v Slovenskej republike v posledných desaťročiach vzostupný trend. Bio-psycho-sociálno-spirituálny model človeka pri onkologických chorobách predpokladá nutnosť liečebného pôsobenia vo všetkých jeho dimenziách; spolupráca pracovníkov pomáhajúcich profesií je bezpodmienečne nutná. Predkladaná štúdia pozostáva z troch kapitol; prvá predstavuje teoretické východiská skúmania kvality života a multidisciplinárny prístup ku koncepcii kvality i zmyslu života. Druhá sa venuje kvalite života onkologicky chorých, tretia je zameraná na sociálnu prácu, jej epistemologické koncepty a na poradenstvo pri zlepšovaní kvality života onkologicky chorých. Vo vyspelých krajinách EÚ bol v posledných rokoch zaznamenaný pokles miery incidence zhubných nádorov (pravdepodobne aj pod vplyvom účinných programov a opatrení v oblasti skreeningu a prevencie). Dôležitou súčasťou sociálnej práce v onkologickej praxi je navigácia onkologického pacienta, pričom jej význam spočíva predovšetkým v premostení medzi systémom komplexnej onkologickej starostlivosti a onkologickým pacientom.

---

**Kľúčové slová:** kvalita života, onkologické choroby, sociálna práca, poradenstvo, zmysel života, salutogenéza, sociálna práca v onkologickej praxi, navigácia onkologického pacienta

---

<sup>1</sup> PhDr. Agnesa Kočišová, PhD. : UPJŠ v Košiciach, Filozofická fakulta, Katedra sociálnej práce, Petzvalova 4, 040 11 Košice,  
E-mail: [agnes.kocisova@upjs.sk](mailto:agnes.kocisova@upjs.sk)

## Úvod

Každý rok i napriek pokrokom vo výskume a v medicíne sú 3,2 miliónom Európanov diagnostikované nové onkologické diagnózy. Onkologické choroby predstavujú od 70. rokov minulého storočia - po ústupe výskytu infekčných ochorení a úmrtí na ne - vysokým percentuálnym podielom druhú najčastejšiu príčinu smrti v populácii mužov aj žien vo všetkých krajinách Európskej únie; na prvom mieste stoja kardiovaskulárne choroby. Žiaľ, v štatistikách incidencie zhubných nádorov patrí Slovenská republika na popredné miesta nielen v porovnaní s krajinami Európskej únie ale i v celosvetovom porovnaní. Štatistické ukazovatele poukazujúce na skutočnosť, že počet prípadov novohlásených zhubných nádorov v SR sa každoročne zvyšuje, považujeme za alarmujúce. Pre potreby predkladanej štúdie boli požadované štatistické údaje (tabuľky 4, 5, 6, 7; obrázky 1 a 2) získané z databázy Svetovej zdravotníckej organizácie (*WHO, Global Health Observatory Data Repository, 2011*) a z posledných dostupných slovenských zdravotníckych štatistík (Safei-Diba et al. 2012, Hlava et al., 2010).

Kvalita života sa stala jedným z najčastejšie používaných pojmov nielen súčasnej medicíny ale i mnohých ďalších vedeckých disciplín; vyjadruje pritom názor, že zdravotná starostlivosť má zmysel do takej miery, v akej pozitívne ovplyvňuje život pacientov. V súčasnej dobe, pre ktorú je charakteristické predlžovanie dĺžky života a prevaha chronických, dlhotrvajúcich chorôb nad chorobami infekčnými, sa za hlavný cieľ medicíny nepovažuje zdravie alebo predĺženie života samo o sebe, ale najmä zachovanie alebo zlepšenie kvality života. V poslednom čase je zjavná tendencia chápať pojem kvalita života podstatne širšie, v zmysle kategórie, ktorá by zahŕňala merateľné i nemerateľné charakteristiky; podľa vedeckých poznatkov ide o dôsledok objektívneho historického vývoja, posunu v hodnotovej oblasti, výrazu zmien, ktoré nastali v období uplynulých päťdesiatich rokov v oblasti hodnôt, morálky, filozofie života, vedy, techniky, umenia a najmä globalizačných tendencií poslednej dekády 20. storočia. V súčasnosti vzrastá význam skúmania najrôznejších aspektov kvality života, pretože na jednej strane sa vytvárajú nebyvalé šance rozvoja kvality života a na strane druhej vznikajú nové druhy ohrozenia a bariér v rozvoji existujúceho ľudského potenciálu.

Ústava Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) hovorí, že každý bez ohľadu na rasu, vek, náboženstvo, politické presvedčenie, ekonomický a sociálny status má právo na požívanie najvyššie dosiahnuteľnej úrovne a kvality zdravia. Právo na podporu zdravia, ochranu zdravia a obnovu zdravia patrí medzi základné ľudské práva. V zmysle globálnej stratégie Svetovej zdravotníckej organizácie pre prevenciu a kontrolu onkologických ochorení zameranej na zníženie výskytu a rizikových faktorov onkologických ochorení ako aj na zvýšenie kvality života pacientov a ich rodín sa vo vyspelých krajinách postupne plánujú a úspešne implementujú národné onkologické programy. Podobne i v podmienkach Slovenskej republiky si príprava uvedeného programu zasluhuje zvýšenú pozornosť.

Plánovanie i realizácia podobných programov predpokladá tímovú spoluprácu lekárov, onkológov, psychológov, pedagógov, sociológov, sociálnych pracovníkov ako i mnohých ďalších odborníkov v rôznych oblastiach spoločnosti (v rezorte zdravotníctva, školstva, v rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny, v masmediálnej oblasti, v oblasti mimovládnych neziskových organizácií a dobrovoľníctva a pod.) V zahraničnej aj domácej odbornej literatúre sa v starostlivosti o zdravie zdôrazňuje neustále narastajúca potreba interdisciplinárneho prístupu k problematike onkologických ochorení; rozhodujúci význam sa prisudzuje zaktivizovaniu všetkých občanov a celej spoločnosti, ďalej posilňovaniu zdravotného uvedomenia v širokej verejnosti ako i cieľavedomej tvorbe zdravého spôsobu života. V rámci niekoľkých projektov Európskej únie sa zhromažďujú porovnateľné údaje o výskyte rakoviny a jej dôsledkoch, ktoré majú pomôcť nájsť a šíriť vhodné postupy prevencie, diagnostiky, liečby a starostlivosti o chorých v celej únii. Zdravším životným štýlom si možno zlepšiť zdravie a predísť niektorým druhom rakoviny; dôležité sú aj účinné programy skríningu umožňujúce včasné zistenie ochorenia a jeho liečbu. Európska únia sa na rôznych úrovniach zasadzuje za záchranu života a zlepšovanie kvality života vyliečených. Krajiny únie môžu zo vzájomnej spolupráce veľa získať. Rakovina nie je len vnútroštátnym, ale aj celoeurópskym zdravotným problémom. Spoločným využívaním poznatkov, kapacít a odborných skúseností pri prevencii a kontrole rakoviny môžeme dospieť k účinnejšiemu riešeniu tohto problému na celom kontinente.

O dôležitosti a potrebnosti sociálnej práce a poradenstva v modernej spoločnosti nemožno pochybovať; nevyhnutnosť sociálnej práce spočíva v akceptovaní reality, že v spoločnosti, a to nielen v priebehu jej jednotlivých vývinových období, ale aj v súčasnosti vznikajú rôzne závažné sociálne problémy. Sociálni pracovníci pomáhajú jednotlivcom, rodinám, skupinám i komunitám dosiahnuť spôsobilosť k sociálnemu uplatneniu alebo ju získať späť a pomáhajú tiež pre ich uplatnenie vytvárať priaznivé spoločenské podmienky.

*Cieľom* predkladanej štúdie je v teoretickej časti prispieť k prehĺbeniu poznania možností sociálnej práce a poradenstva pri zlepšovaní kvality života onkologicky chorých, v empirickej časti uskutočniť výskum zameraný na subjektívne hodnotenie základných domén kvality života onkologicky chorých, celkové hodnotenie kvality života a celkové hodnotenie spokojnosti so zdravím a v aplikačnej časti navrhnuť Súbor prednášok pre onkologicky chorých. Zároveň môže uvedená štúdia prispieť ako ohnivko k odborným poznatkom jednotlivých čiastkových výsledkov rôznych výskumných skupín v snahe prepojiť tieto výskumy, perspektívne ich uviesť medzi širšiu verejnosť a zdôrazňovať neustále narastajúcu potrebu interdisciplinárneho prístupu k problematike onkologických ochorení. V závere štúdie vyzdvihujem dôležitosť prevencie a uvažujem nad perspektívou, ktorá nás všetkých čaká, pretože v boji proti rakovine budeme úspešní iba vtedy, ak doňho zainteresujeme nielen sily odborníkov a tých jednotlivcov, ktorých sa už táto problematika v akejkoľvek forme dotýka, ale aj širokú verejnosť. V teoretickej časti štúdie čerpám zo zahraničnej aj domácej odbornej literatúry; z tých, ktorí sa venujú uvedenej problematike, považujem za dôležité spomenúť aspoň niekoľko najvýznamnejších autorov a ich

publikácie, napr.: R. Veenhoven (2000); T. Mizrahi a L. E. Davis (2008); V. Tschuschke et al. (2004); A. M. Nezu et al. (2006); G. Angenedt et al. (2011); D. Kováč (2001, 2003, 2007); J. Krivohlavý (2001, 2002, 2006, 2011); J. Payne et al. (2005); O. Matoušek et al. (2001, 2005, 2008); A. Tokárová et al. (2001, 2002); E. Žiaková et al. (2001, 2004, 2008, 2011); E. Mydlíková (2003, 2004, 2005, 2009); B. Balogová (2005, 2006), M. Mesárošová et al. (2007) a pod.

## 1. Teoretická časť

### 1.1 Multidisciplinárny prístup ku koncepciám kvality života

Kvalita života sa dotýka pochopenia ľudskej existencie, zmyslu života a samotného bytia. Zahŕňa hľadanie kľúčových faktorov bytia a seba porozumenia. Skúma materiálne, psychologické, sociálne, duchovné a ďalšie podmienky pre zdravý a šťastný život človeka (Krivohlavý 2011). Podľa definície Svetovej zdravotníckej organizácie so sídlom v Ženeve (WHO 1994, 1995) *„kvalita života je to, ako človek vníma svoje postavenie v živote v kontexte kultúry, v ktorej žije, a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, životnému štýlu a záujmom.“*<sup>2</sup> V súvislosti s témou predloženej dizertačnej práce považujeme za potrebné zdôrazniť, že v zmysle definície Medzinárodnej federácie sociálnych pracovníkov (IFSW 1988; Hare 2004; Agius 2010; Čechová 2000, 2001) je cieľom sociálnej práce zlepšenie kvality života jednotlivcov, skupín a komunít.

Do povedomia modernej spoločnosti vniesli pojem kvalita života kritici politiky neobmedzeného ekonomického rastu, ktorí upozorňovali na dopad extenzívneho rozmachu priemyslu na budúce podmienky „dobrého života“. Pojmom „kvalita života“ vyjadrovali obavu o kvalitu vonkajších podmienok pre život, prípadne polemizovali so stotožnením ekonomického rastu s „dobrým životom“ a upozorňovali na to, že do koncepcie dobrého života patrí okrem materiálneho blahobytu tiež vnútorná kvalita ľudského života.

V súčasnosti sa problematike súvisiacej s kvalitou života v zahraničnej odbornej literatúre venuje viacero autorov ako: A. Nussbaum a A. Sen (1993); D. Felce a J. Perry (1995); E. Diener a E. Suh (1997); J. C. Holland (1998, 2010); R. Veenhoven (2000); J. Scott a G. Marshall (2005); V. Tschuschke (2004); A. M. Nezu et al. (2006); T. Mizrahi a L. E. Davis (2008); G. Angenendt et al. (2010) a mnohí ďalší. V českých a slovenských podmienkach sa kvalite života venujú napr. D. Kováč (2001, 2003, 2007); J. Krivohlavý (2001, 2002, 2004, 2006, 2011); J. Payne et al. (2005); K. Hnilica (2002, 2005); H. Hnilicová (2005); K. Balcar (2005); O. Sláma (2005); V. Zikmund (2001); E. Dragomirecká a J.

<sup>2</sup> V literatúre existuje celá rada definícií „kvality života“, avšak neexistuje ani jedna, ktorá by bola v priebehu posledných tridsiatich rokov všeobecne akceptovaná. Podľa názoru H. Hnilicovej (2005) je to spôsobené tým, že o kvalite života sa hovorí v rôznych súvislostiach a v rôznych vedných disciplínach; sú to predovšetkým psychológia, sociológia, kultúrna antropológia, ekológia, medicína a pod. Rôznym aspektom kvality života z pohľadu jednotlivých vedných disciplín sa budeme venovať v podkapitole 1.1.2.

Bartoňová (2006); A. Tokárová (2001, 2002); E. Žiaková (2001, 2004, 2008), B. Balogová (2005, 2006); J. Džuka (2004); I. Ruisel (2005); J. Výrost et al. (2006); V. Bačová (2008); M. Mesárošová a A. Kočišová, (2007); P. Babinčák (2008); A. Kočišová a M. Wagnerová (2007); E. Gurková (2011) ale i mnohí ďalší.

Ako sme už v súvislosti so zavedením pojmu uviedli, história pojmu kvalita života sa začína v dvadsiatych rokoch minulého storočia v USA, kde bol uvedený v súvislosti s ekonomickým vývinom a úlohou štátu v oblasti materiálnej podpory nižších spoločenských vrstiev (Hnilicová 2005). V ďalších desaťročiach, v období po 2. svetovej vojne sa pojmy ako „šťastie“, „well-being“ a „kvalita života“ stali cieľom rôznych sociálnych programov. Vznikol nový interdisciplinárny odbor, výskum kvality života, ktorý mal poskytnúť podklady pre návrh a hodnotenie účinnej sociálnej politiky. Pojem „kvalita života“ sa ujal predovšetkým v medicíne ako protiklad ku „kvantite života“, t. j. dĺžke prežitia. Vzhľadom k prevahe chronických ochorení bola liečba často iba čiastočná, neistá a dočasná, často s neprijemnými vedľajšími účinkami. Termín „kvalita života“ vyjadroval, že v medicíne je potrebné pri rozhodovaní brať ohľad tiež na to, aké strádanie liečba pacientovi spôsobí a nakoľko mu pomôže si zachovať nezávislosť a vykonávať bežné životné roly. Spočiatku sa „kvalita života“ chápala ako objektívne kritérium, ktoré môže byť hodnotené zvonka ako miera nezávislosti a normálneho fungovania v bežnom živote. Postupne sa dôraz presúval na subjektívnu stránku kvality života a kvalita života sa začala používať pre hodnotenie zdravotných a sociálnych intervencií u širokého spektra dlhodobých ochorení, znevýhodnení a nepriaznivých životných okolností (Dragomirecká, Bartoňová 2006).

Myšlienka kvality života a jej zlepšovania je podľa J. Scotta a G. Marshalla (2005) ústrednou témou pre mnohé komunitné programy, pre verejnú politiku, pre rozvoj iniciatív, pre rôzne sociálno-právne normy a pod. Podľa uvedených autorov boli pôvodne najčastejšie používané jednoznačne ekonomické ukazovatele – ako je napr. HDP-index; postupne však aj ekonómovia stále viac uznávali, že ekonomické indikátory môžu posudzovať iba objektívnu kvalitu života občanov. Už v roku 1968 sledovala švédka vláda pri realizácii prieskumu zameraného na životnú úroveň a blahobyť jednotlivcov širokú škálu indikátorov: merané boli nielen ekonomické zdroje (príjmy, bohatstvo, majetok a pod.), ale i zdravie, prístup ku zdravotnej starostlivosti, zamestnanie, pracovné podmienky (skúsenosti s nezamestnaním, fyzická náročnosť práce), vzdelanie a zručnosti (dĺžka doby vzdelávania, dosiahnuté vzdelanie), bezpečnosť života a majetku (vystavenie násiliu a krádežiam), možnosti rekreácie a kultúry (dovolenka, prístup k tráveniu voľného času) a pod. V krátkej úvahe kladú J. Scott a G. Marshall (2005, s. 539-540) čitateľom nasledovné otázky: *„Ktoré ukazovatele by mali byť použité a ako je možné zhrnúť ich tak, aby dávali celkový obraz o kvalite života človeka? Ako je možné porovnávať kvalitu života bohatého človeka trpiaceho nevyliciteľným ochorením a chudobnej ženy s perfektným zdravím užívajúcej si život?“* Na podobné ale i mnohé ďalšie metodologické otázky sa zameriavajú autori A. Nussbaum a A. Sen (eds.) v publikácii *The Quality of Life* (1993); v našich podmienkach sa metodologickým otázkam výskumu

a hodnotenia kvality života venujú napr. E. Dragomirecká a J. Bartoňová (2006), D. Kováč (2001, 2003, 2004, 2007), A. Tokárová (2002), E. Gurková (2011) a ďalší.

Pod vplyvom rôznych globálnych zmien<sup>3</sup> mnohí ľudia často len ťažko zvládajú záťaž, ktorej sú vystavení; závažným stresorom môžu byť choroby, úrazy, psychosociálne napätie, celková spoločenská klíma, nespokojnosť, úzkosť a tiež socioekonomický stres, ktorý sa nepriaznivo odráža na duševnom i telesnom zdraví populácie. Keďže sa v predkladanej štúdií budeme zaoberať predovšetkým kvalitou života súvisiacou so zdravím (HRQOL, *health related quality of life*), z uvedených dôvodov považujeme za nutné venovať sa v ďalšej podkapitole aj vývoju modelov a prístupov k zdraviu a chorobe človeka, ako aj bio-psycho-sociálno-spirituálnym aspektom zdravia.

### 1.1.1 Vývoj modelov a prístupov k zdraviu a chorobe

Východiskom našich ďalších úvah je Platónov výrok (podľa Sewarda a Mattinglyho, 1980), ktorý hovorí, že: „*najväčší omyl pri liečení chorôb je, že sú lekári, čo liečia telo, a lekári, čo liečia dušu, hoci telo a duša sú jednotné a nedeliteľné*“ a postupne si priblížime vývoj jednotlivých modelov a prístupov k zdraviu a chorobe človeka.

#### 1.1.1.1 Klasický biomedicínsky model a jeho vývojové štádiá

V odbornej literatúre sa môžeme stretávať s dilemou, ktorá tvorí jadro sporu medzi stúpenkami tzv. vedeckej medicíny (*scientific medicine*) a tzv. holistickej medicíny (*holistic medicine*), pričom holistický prístup zdôrazňuje predchádzanie chorobám a komplexosť človeka ako osobnosti a jeho začlenenosť do sociálneho a prírodného prostredia (Sopóci 2000; Zikmund 2002; Bártlová 2003; Bártlová a Matulay 2009; Kočišová 2011). V týchto súvislostiach je potrebné venovať zvýšenú pozornosť aj špecifikám vzťahu medzi lekárom a pacientom; na základe kritéria stupňa kontroly z lekárovej i pacientovej strany môžeme podľa viacerých autorov identifikovať štyri typy ich interakčných vzťahov<sup>4</sup>: paternalistický,

<sup>3</sup> Globálnym zmenám a pohľadu do budúcnosti sa popri iných autorov venuje aj A. Giddens (2005, s. 500-501): „*Nevieme, či nám najbližších sto rokov prinesie mierový sociálny a ekonomický rozvoj, alebo znásobenie globálnych problémov, ktoré sa ľudstvu možno vôbec nepodarí zvládnuť. Náš svet je ďaleko ľudnatejší a bohatší ako kedykoľvek predtým; máme pred sebou dosiaľ netušené možnosti rozhodovať o svojom osude a obrátiť svoj život k lepšiemu, ale súčasne hrozí svetu ekonomická a ekologická katastrofa. Tieto slová by však nemali byť dôvodom k rezignácii alebo zúfalstvu. Jedným z hlavných prínosov sociológie je preda vedomie, že všetky spoločenské inštitúcie sú ľudskými výtvormi, ktorých vývoj môžeme ovplyvňovať. Poznanie odvrátenej strany moderných spoločenských zmien preto nemusí byť prekážkou realistického a nádejného pohľadu do budúcnosti.*“

<sup>4</sup> Uvedené vzťahy sú vo vyspelých krajinách skúmané už od polovice rokov minulého storočia a výskum vzťahu pacient – lekár patrí ku kľúčovým výskumom sociológie medicíny. V paternalistickom vzťahu je lekárova aktivita vysoká, pacient je pasívny; v partnerskom vzťahu sú vo vzájomnej spolupráci obaja aktívni. V konzumentskom vzťahu je pacient aktívnejší ako lekár; v nedostatočnom (zanedbanom) vzťahu si lekár plní svoje povinnosti v interakcii s pacientom minimálne alebo nedbanlivo a aj pacient je pasívny, bojazlivý, neuvedomuje si svoje práva voči lekárovi. Tradičný, paternalistický vzťah, ktorému sa venoval aj Talcott Parsons, prešiel za posledné desaťročia veľkou premenou, ktorá súvisí s celým komplexom medicínsko-technologických, demografických, sociologických i psychologických príčin, ako i s nárastom chronických a civilizačných ochorení.

partnerský, konzumentský a nedostatočný (zanedbaný) vzťah (Sopóci 2000; Bártlová 2003; Kočišová, 2011).

Prírodovedne orientovanému medicínskemu prístupu venujú pozornosť S. Bártlová a S. Matulay (2009, s. 70), pričom uvádzajú, že „*prírodovedne orientovaná medicína nahliadala na pacienta iba z hľadiska biologického. Vychádzala z toho, že pacient existuje nezávisle na sociálnych pomeroch. Priebeh ochorenia bol chápaný čisto biologicky a etiologické skúmanie bolo obmedzené na skúmanie príčin ochorenia v organizme človeka. Pretože prírodovedecky zameraná medicína nebrala do úvahy príčiny ochorenia, ktoré ležia mimo organizmu človeka, musela nutne prísť k záveru, že nie všetky príčiny ochorenia sú poznateľné*“.

V. Zikmund (2002) v súvislosti s historickým vývojom medicíny ako i so špecifikami vzťahu medzi lekárom a pacientom rozoznáva štyri vývojové štádiá v medicíne:

1. *Biografické štádium*. Medicínska starostlivosť sa prevádzala v domácnosti chorého, pri jeho posteli. Biografické štádium začínalo v staroveku a trvalo do 18. storočia.
2. *Analytické štádium*. Vznikalo od začiatku 19. storočia na báze nemocníc.
3. *Experimentálno-laboratórne štádium*. Vyvíjalo sa asi od polovice 19. storočia a prehlbovalo poznatky predchádzajúceho.
4. *Technické štádium*. Osobitne od polovice 20. storočia sa zameriava na vytváranie, zdokonaľovanie a využívanie technických zariadení pre zlepšovanie diagnostiky, liečby, rehabilitácie a prevencie chorôb.

V prvom štádiu, *v biografickom* – medicína disponovala minimálnymi poznatkami o príčinách, prejavoch a možnostiach liečby chorôb. Považovala ich často za prejav pôsobenia mimoprirodných či nadprirodzených vplyvov. Pokúšala sa preto viac o akési „pochopenie choroby“ u jednotlivého človeka; vedela často veľa o chorom, ale nevedela skoro nič o chorobe. V ďalších štádiách (*analytickom, experimentálno-laboratórnom a technickom*) zdokonaľovala medicína svoje poznatky a postavila ich na vedecký základ. Sústreďovala sa stále viac na príčiny, prejavy a možnosti liečby chorôb, ale venovala iba málo pozornosti ich subjektívnej stránke:

- tomu, ako ich prežíva sám chorý;
- ako na neho pôsobia;
- ako ovplyvňujú jeho nazeranie na životnú situáciu, v ktorej sa nachádza z hľadiska prítomnosti i ďalšieho života.<sup>5</sup>

Súhlasíme s názorom V. Zikmunda (2002)<sup>6</sup>, že v týchto pokročilejších štádiách sa medicína postupne stávala skôr neosobnou a vytrácal sa z nej „ľudský rozmer“.

<sup>5</sup> V uvedených súvislostiach sa podľa názoru V. Zikmunda (2002) medicína stávala pre chorých a neraz aj pre lekárov zdrojom určitej nespokojnosti. Pacienti často trpia pocitom istého odcudzenia medzi nimi a lekármi. Rozvoj medicíny síce umožňuje stále dokonalejšiu diagnostiku a liečbu chorých, avšak samotné technické zariadenia medicíny vyvolávajú v chorých neraz určitú tieseň alebo úzkosť, pretože sú iba neživými nástrojmi, ktoré sú ľahostajné k tomu, čo sa okolo nich odohráva.

<sup>6</sup> Medicínska technológia ohraničuje do istej miery aj možnosti lekárov vytvárať si k pacientom užšie vzťahy. Pri narastajúcej špecializácii sa mnohí z nich dostávajú do styku s tými istými pacientmi iba epizodicky. Stále zriedkavejšie sú schopní zabezpečovať všetky diagnostické a liečebné nároky, ktoré si vyžadujú jednotlivé choroby.

### 1.1.1.2 Psychosomatický prístup

O spojení medzi nádejou a uzdravením, o vzťahu medzi pocitmi beznádejnosti a rizikom úmrtia pri nádorových ochoreniach sa v súčasnosti píše v mnohých publikáciách o psychosomatických vzťahoch. Na základe uvedených štúdií (Dostálová 1986, 1993; Bratská 2001; Krivohlavý 2001, 2002; Hnilica 2002; Baštecká, Goldmann 2001; Tschuschke et al. 2004; Žiaková 2005; Angenedt et al. 2007, 2010 a pod.) sa usudzuje, že priebeh choroby a zvýšenú úmrtnosť ovplyvňujú:

- strata nádeje,
- strata vôle žiť a odolávať chorobe,
- podľahnutie pocitu vyčerpania, bezmocnosti a depresie,
- vzdanie sa úsilia o zachovanie života.<sup>7</sup>

Ľudské zdravie je závislé od mnohých faktorov. Dôležité sú najmä tie, ktoré sa v ľudskom organizme aktivizujú pri emočných záťažiach. *„Zdravie je procesom, ktorý má svoju dynamiku a tento proces prebieha v istom vzťahu k prostrediu. ...Keď prispôsobivosť organizmu presahuje nároky prostredia, človek je zdravý. Ak ale rozsah nárokov prostredia presahuje hranice prispôsobivosti jedinca, nastáva porucha rovnováhy vzťahu medzi organizmom a prostredím a vzniká choroba“* (Kredátus 1996, 2005, podľa Žiakovej, 2005, s. 78). Psychogénne činitele pri vzniku a priebehu somatických (telesných ochorení) môžu zastávať niektorú z týchto úloh:

- môžu zapríčiniť ich vznik ako rozhodujúci činiteľ – takéto ochorenie a poruchy sa nazývajú psychogénne: sú to neurotické poruchy,
- môžu sa na vzniku a vývoji somatických porúch a chorôb zúčastňovať ako jeden z viacerých činiteľov vonkajších a vnútorných; hovoríme o chorobách so psychosomatickou zložkou a väčšina týchto chorôb patrí do oblasti vnútorného lekárstva,
- napokon psychické činitele môžu v rozličnej miere významne ovplyvňovať priebeh všetkých telesných ochorení, a to bez ohľadu na ich príčiny a prejavy.

---

Využívanie technológie robí medicínu neraz tak náročnou a drahou, že venovať pozornosť a čas „obyčajnému“ rozhovoru s pacientom sa môže zdať byť „archaickým luxusom“. Odráza sa to aj v časových limitoch určených na venovanie sa lekárom pacientom. Mnohí z lekárov, ktorí uznávajú potrebu venovať pozornosť aj osobe či osobnosti chorých, mávajú iba zriedka dostatok času venovať sa aj tejto stránke svojej práce a nebývajú dostatočne schopní integrovať ju do svojej lekárskej praxe.

<sup>7</sup> Uvedený pocit beznádejnosti má tiež mimoriadne nepriaznivý vplyv na proces imunity a môže podľa zahraničných autorov (Ogden, 1996; Ernst, Niederbuhl, 1992; Tschuschke, 2004) vysvetliť aj niektoré úmrtia na srdcovocievne a nádorové ochorenia.



### 1.1.1.3 Bio-psycho-sociálny model zdravia a choroby

Vykonané skúmania, literárne pramene, ale i prax jednoznačne svedčia o tom, že význam psychických a sociálnych činiteľov je potrebné brať do úvahy pri všetkých chorobách. Osoby nespokojné so svojim postavením, ťažkosťami manželského a rodinného života alebo ťažkosťami iného rázu vykazujú výrazne nižšiu znášanlivosť bolesti a rôznych ťažkostí a sú zhruba trikrát častejšie choré ako osoby so stabilizovaným psychickým a sociálnym životom. Sú to predovšetkým tzv. civilizačné choroby, v pozadí ktorých stojí zlyhanie centrálnych regulačných mechanizmov lokalizovaných predovšetkým v mozgu.<sup>8</sup> Podráždenie, ktoré pochádza zo spoločenského prostredia (konflikty, psychotrauma, frustrácia, anxieta, deprivácia), narúša psychickú rovnováhu človeka. Uvedený proces je ovplyvnený celým radom špecifických čŕt a vlastností i mimopracovnými životnými podmienkami. S mnohými konfliktovými situáciami sa človek vyrovná bez toho, že by to malo nepriaznivý vplyv na jeho zdravie, duševné i telesné. S niektorými situáciami sa človek vyrovnáť nevie, nedokáže, a tak vznikajú poruchy duševného a telesného zdravia (Kredátus, 1996, 2005, podľa Žiakovej, 2005).

Medicína v priebehu posledných desaťročí zaznamenala nesmierne rýchly, zložitý a mohutný vývoj, ktorý bol stimulovaný a podporovaný z viacerých zdrojov: technológia, biológia, psychológia, psychoterapia a sociálne vedy. Nie je v možnostiach jednotlivca uvedený vývoj zachytiť, pochopiť ho vo všetkých súvislostiach a osvojiť si ho; uvedený vývoj si vyžaduje podľa J. Bašteckého systémový prístup, ktorý súvisí s novým spôsobom myslenia - vnímanie a chápanie sveta ako dianie v súvislostiach (Baštecký et al. 1993). V tomto ponímaní je potrebné človeka v zdraví a v chorobe vidieť celostne. Je potrebné brať do úvahy nielen aspekty biologické, ale aj psychologické, sociálne i ďalšie. Princípy multifaktoriality obsahuje model bio-psycho-sociálny, ktorý zdôrazňuje význam psycho-sociálnych faktorov pri vzniku a priebehu ochorenia. Bio-psycho-sociálny pohľad na človeka predpokladá, že všetky telesné a psychické choroby v sebe zahŕňajú biologické, psychologické a sociálne prvky, ktorým musíme venovať pozornosť, ak chceme, aby náš zásah bol účinný. Medzi prvými prezentoval tento model George L. Engel (1977) v časopise *Science* vo svojej práci „*The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*“ v roku 1977 (podľa Bašteckej a Goldmanna, 2001). Ide vlastne o nové ponímanie choroby, ktoré pri jej príčinách zohľadňuje vzájomné pôsobenie faktorov:

- *biologických* (faktorov genetických, z faktorov prostredia tých, ktoré pôsobia na fyziologické funkcie, podobne aj faktorov fajčenia, potravy a cvičenia),

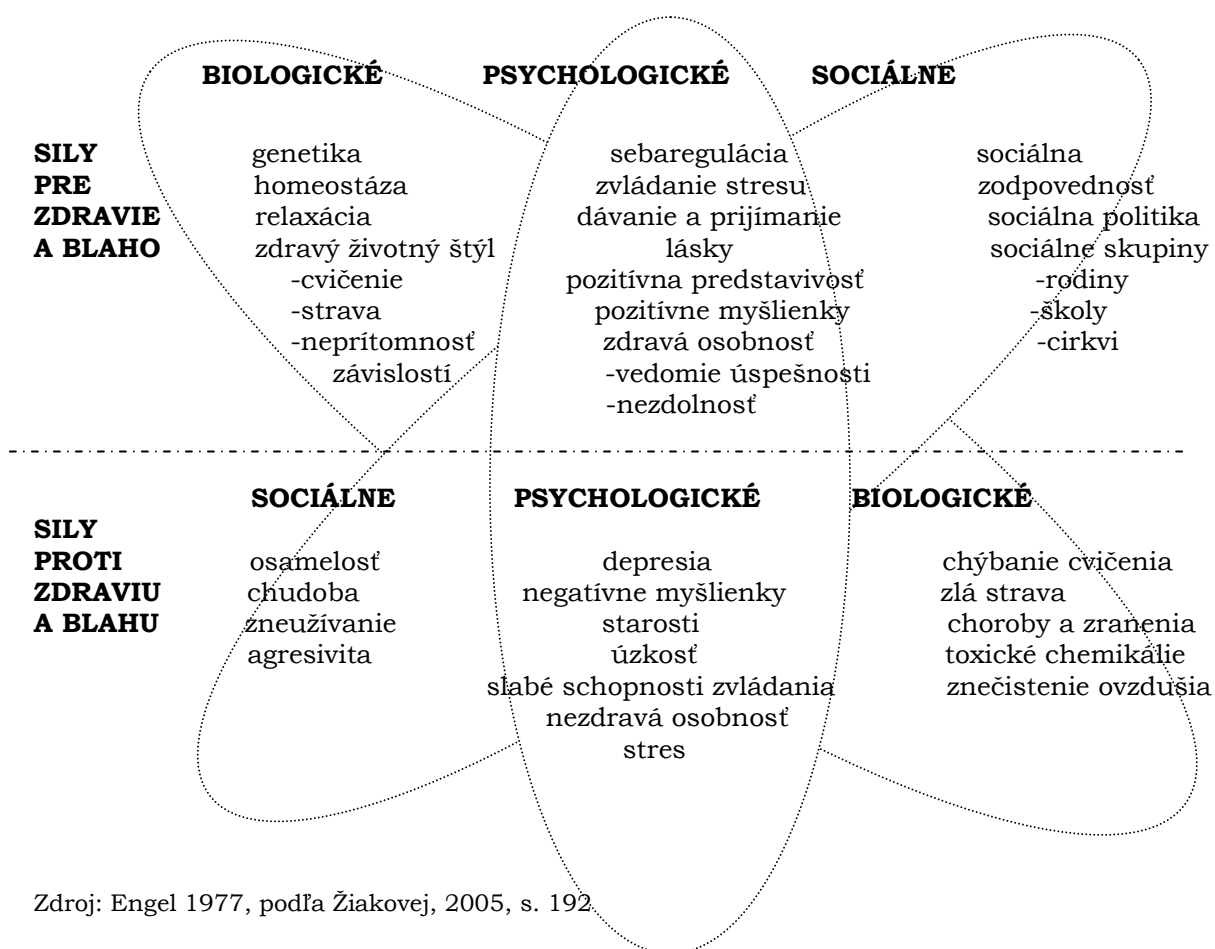
<sup>8</sup> Toto zlyhanie je spôsobené psychickými (najmä emocionálnymi) a sociálnymi faktormi, je výrazom zníženej schopnosti alebo neschopnosti človeka primerane sa prispôsobiť niektorým negatívnym vplyvom prostredia, najmä však zložitým medziľudským vzťahom, nadmernému pracovnému vypätiu, hluku, časovému stresu a ďalším (Kredátus, 1996, 2005, podľa Žiakovej, 2005).

- *psychických* (osobnosti, jej cieľov, vnímania, prežívania, správania vo vzťahu k zdraviu a chorobe),
- *sociálnych* (sociálneho prostredia, ako je rodina, pracovisko, škola, vzťahov spolupatričnosti, sociálnej opory).

Model bio-psycho-sociálnych faktorov zdravia a choroby (obrázok 1) poukazuje na celý rad rizikových príčin v životnom štýle a v osobnosti jednotlivca, ktoré spolupôsobia pri vzniku ochorenia. Práve v tejto súvislosti hovoríme aj o civilizačných ochoreniach, ktoré súvisia s rozvojom modernej civilizácie, s pôsobením negatívnych vplyvov prostredia (toxických látok a podobne) a najmä s pôsobením socio-ekonomického stresu.

K civilizačným ochoreniam zaraďujeme vysoký krvný tlak, srdcovo-cievne ochorenia, onkologické ochorenia, vredové ochorenia, astmu, rozličné alergie a pod.

Obrázok 1 **Bio-psycho-sociálne faktory zdravia a choroby**



Zdroj: Engel 1977, podľa Žiakovej, 2005, s. 192

V súvislosti s uvedeným J. Baštecký et al. (1993, s. 61) uvádzajú: „Druhá polovica 20. storočia je charakterizovaná postupným nárastom ochorení, u ktorých sa jedinou nevyhnutnú príčinu nedarí nájsť. Ide predovšetkým o aterosklerózu a zhubné nádory, ale

*i o ďalšie. Čo sa týka zhubných nádorov, preukázal sa význam kancerogénov (fyzikálnych, chemických, biologických), dnes už temer nespočetných, ako i úloha imunitného systému. Ku vzniku rakoviny sú potrebné najmenej dva komplexné príčinné faktory – kancerogén a zlyhanie imunity.“*

Uplatnenie bio-psycho-sociálneho modelu choroby rešpektuje aj novší medicínsky odbor – behaviorálna medicína.<sup>9</sup> Relatívne novou oblasťou výskumu v behaviorálnej medicíne je *psychoimunológia*, ktorá sa zaoberá vplyvom psychologických premenných na imunitný systém. Problematike spojenej so psychoimunológiou sa venujú aj R. Atkinosonová et al. (1995), pričom zdôrazňujú, že imunitný systém chráni telo pred mikroorganizmami, ktoré vyvolávajú choroby. Imunitný systém ovplyvňuje našu citlivosť voči rakovine, voči infekčným chorobám, alergiám a autoimunitným chorobám (t. j. chorobám, ako je reumatická artritída, u ktorej imunitné bunky napádajú normálne tkanivo vlastného tela). Neexistuje jednoduchý index kvality fungovania imunitného systému jednotlivca alebo schopnosti imunity. Imunitný systém je zložitý, skladá sa z mnohých komponentov, ktoré sú vo vzájomnej interakcii. Nálezy z celej rady oblastí ukazujú, že stres ovplyvňuje schopnosť imunitného systému brániť telo.<sup>10</sup> Autori celej rady štúdií ukázali, že nekontrolovateľné šoky majú na imunitný systém omnoho väčší vplyv ako kontrolovateľné šoky.

Bio-behaviorálny prístup, založený na bio-psycho-sociálnom modeli choroby, ktorý sme už bližšie popisovali, nazerá na neoplastické ochorenia ako na choroby, ktoré nemajú ani iba organické, ani iba psychosociálne príčiny, ale sú charakterizované multifaktorovou etiológiou a patogenézou, v rámci ktorých môžu hrať psychosociálne faktory významnú úlohu hlavne u určitých, predisponovaných jednotlivcov. Biobehaviorálny výskum nádorov skúma biologické, psychologické a sociálne markery ochorenia a smeruje k efektívnejšej a komplexnejšej therapeutickej intervencii vrátane psychoterapie, socioterapie a psychofarmakoterapie. Usiluje sa tiež o účinnejšiu prevenciu, hlavne o prevenciu sekundárnu a terciárnu (prevenciu metastáz), ale snaží sa aj o prevenciu primárnu.

Synonymom bio-behaviorálneho prístupu k onkologickým ochoreniam je psychoonkologický prístup, pod ktorého vplyvom sa vo svete i u nás rozvíja nová medziodborová disciplína, nazývaná *psychoonkológia*, a to ako súčasť psychosomatickej medicíny. Na psychosociálne potreby onkologických pacientov a ich rodín, ako v týchto súvislostiach zdôrazňujú A. Nezu et al. (2006), sa odborná komunita zamerala iba v priebehu posledných necelých desiatich rokov. Podľa uvedených autorov k vytvoreniu odboru

<sup>9</sup> Pod behaviorálnou medicínou rozumieme podľa R. L. Atkinsonovej et al. (1995) interdisciplinárny odbor, ktorým sa zaoberajú psychológovia a lekári. Snažia sa zistiť, ako sociálne, psychologické a biologické premenné spolupôsobia pri vzniku choroby a ako sa dá správanie a prostredie zmeniť, aby človek zlepšil svoj zdravotný stav.

<sup>10</sup> Existujú presvedčivé dôkazy, že choroba vznikne iba vtedy, keď dôjde k interakcii stresovej situácie a osobnosti alebo predchádzajúcej biologickej vulnerability voči chorobám. Vulnerabilita činí človeka náchylným k určitej poruche, ale porucha sa vyskytne iba vtedy, keď sa jedinec ocitne v strese. Biologická vulnerabilita voči poruche môže zahŕňať genetickú predispozíciu k poruche alebo štruktúrnu telesnú abnormalitu, ktorá jedinca k poruche predisponuje. V súčasnej dobe je značná časť výskumu zameraná na interakciu medzi vulnerabilitou, stresom a zdravím (Atkinsonová et al., 1995).

psychoonkológia viedla narastajúca informovanosť o významných emočných, interpersonálnych, rodinných, profesijných a praktických problémoch, ktoré onkologicky chorí prežívajú, ako i o tom, ako tieto problémy môžu ovplyvňovať ich zdravie, kvalitu života, a dokonca výsledný zdravotný stav.

Psychoonkológia je interdisciplinárnym odborom, ktorý sa nachádza v prieniku psychológie, psychoterapie a onkológie. Z ďalších vedných disciplín čerpá z biologickej psychológie, imunológie, endokrinológie, fyziológie, sociológie a mnohých iných. Táto bohatosť a mnohosť prameňov a zdrojov v prístupe k problematike nádorového ochorenia je prirodzená a v súlade s bio-psycho-sociálnou paradigmou súčasnej medicíny, obohatenej ešte o dimenziu ekologickú a duchovnú (bližšie pozri Baštecký 1993; Křivohlavý 2001, 2002; Tschuschke et al., 2004, Angenendt et al., 2007, 2010 ap.).

Nezu et al. (2006, s. 12) upriamujú pozornosť na dve oblasti záujmu, ktoré charakterizujú psychoonkológiu:

- a) vplyv rakoviny na duševný život pacienta, jeho rodinu a zdravotnícky personál,
- b) úlohu, ktorú môžu pri ohrození rakovinou a pri prežití zohrávať psychologické premenné a premenné správania.

Do týchto oblastí podľa uvedených autorov spadajú aj otázky možnej účinnosti psychosociálnych intervencií zameraných na *zlepšenie kvality života* onkologicky chorých.

### 1.1.1.3 Bio-psycho-sociálno-spirituálny model

V úvode knihy *Základy klinickej psychológie* (Baštecká, Goldmann 2001, s. 15-18) nám spoluautorka knihy B. Baštecká predkladá postupnú zmenu paradigmy - ako vzorca vedeckého nazerania na človeka a chorobu. „Štvrť storočia po Engelovi začíname jeho paradigmu človeka a choroby obohacovať o spirituálnu zložku: vieme, že ako zdravie, tak i choroba sa môžu prejaviť vo všetkých štyroch oblastiach. Človeka budeme preto ponímať ako jednotu bio-psycho-sociálno-spirituálnu, ktorá prežíva, myslí, koná a správa sa“. Znamená to, že o zdraví, chorobe a našich zásahoch do zdravia a choroby budeme uvažovať v súvislostiach systémov:

- *tela* – to znamená napr. neurovied a ich podrobného záujmu o mozog v dôsledku vývinu nových zobrazovacích metód mozgu,
- *osobnosti* – teda vlastnej psychológie (otázky sebapónimania a telesného obrazu, obranných mechanizmov a vyrovnávacích stratégií),
- *vzťahov* - teda sociálnych vied, ktoré sa zaoberajú zaradením jednotlivca do vrstvy a skupiny,
- a *ducha* – teda vied, ktoré skúmajú ľudské potreby spirituality, sebatranscendencie, zmyslu života a zaradenia človeka do vesmíru;

čo sa pri liečbe dotýka medicíny a ošetrovateľstva, špeciálnej pedagogiky, sociálnej práce a pastorácie (Baštecká, Goldmann 2001).

V rámci *bio-psycho-sociálno-spirituálneho modelu* uvažuje aj R. Honzák (2000), keď do týchto súvislostí zaraďuje aj kvalitu života, pričom pod *kvalitou života u onkologických pacientov* rozumie štyri oblasti:

1. oblasť telesnej pohody a príznakov,
2. oblasť psychickej pohody,
3. oblasť sociálnej pohody,
4. oblasť duchovnej pohody.

Podľa J. Krivohlavého (2001, s. 38-40) *„zdravie je celkový (telesný, psychický, sociálny a duchovný) stav človeka, ktorý mu umožňuje dosahovať optimálnu kvalitu života a nie je prekážkou obdobnému snaženiu druhých ľudí“*.

A. Nezu et al. (2004, s. 25) zdôrazňujú, že mnoho onkologicky chorých udáva i pozitívne dôsledky svojej diagnózy: *„Niektorí pacienti nachádzajú vo svojej nemoci pozitívny význam, viac sa zblížia s členmi svojej rodiny alebo s priateľmi, nachádzajú v sebe nové sily, vracajú sa k svoju náboženstvu alebo nachádzajú vieru.“*

V súvislosti s uvedenou problematikou A. Fabian (2008, s. 7) uvádza: *„Hoci utrpenie a choroba človeka marginalizujú, dôstojnosť jeho osoby zostáva nedotknutá. Je to dané spirituálnym rozmerom ľudskej bytosti. Práve z duchovného pohľadu možno objaviť v utrpení výzvu k osobnému dozrievaniu. Z pohľadu sociálneho je utrpenie výzvou k solidarite a tým aj k organizovaným formám pomoci. Náboženské motívy sociálnej činnosti tvoria pevný základ pre zmysluplné aktivity v rôznych oblastiach sociálnej sféry.“*

V odbornej literatúre sa môžeme stretnúť s viacerými hodnotnými publikáciami zameranými na logoterapiu, na zmysel utrpenia, na súvislosti medzi kvalitou života, zmysluplnosťou života a zdravím, na religiozitu ako zdroj zmyslu života, ale i na vzťah religiozity a zmysluplnosti (Frankl 1994, 1996, 1997, 1998; Adler 1998; Lukasová 1998, 2006, 2009; Fabian 1999, 2006, 2008; Stríženec 2001; Jankovský 2003; Halama 2007 a ďalší).

### **1.1.1.5 Antonovského salutogenetický prístup k zdraviu**

O tom, čo majú spoločné rôzne typy zdrojov, ktoré umožňujú človeku, aby odolával tlakom prostredia, uvažoval americko-izraelský sociológ A. Antonovsky (podľa Bašteckej a Goldmanna 2001, s. 293) v práci *Health, Stress and Coping* v roku 1979. Antonovsky sa zaslúžil o zavedenie pojmu *salutogéneza*; pojem pochádza z latinského *salus* – *zdravie, blaho, záchrana, spása*, a z gréckeho a latinského *genesis* – *vznik*. Tradičný záujem o patogénezu (*ako vzniká choroba?*) Antonovský obrátil k záujmu psychológie zdravia o salutogénezu (*ako vzniká zdravie?*). Uvažoval, čo majú spoločné: bohatstvo, sila ega,

kultúrna stabilita, sociálna opora. Antonovského odpoveďou sa stal *sense of coherence* (*vedomie spojitosti*), ústredný pojem jeho salutogenetickej teórie. Uvedený pojem prekladajú niektorí autori ako „*pocit zmysluplnosti sveta*“, Křivohlavý (2001) uprednostňuje preklad „*nezdolnosť typu koherencie (zmysel pre integritu)*“. Antonovského teória má tri prvky:

- zrozumiteľnosť sveta a človeka v ňom (*comprehensibility*);
- zvládnuteľnosť požiadaviek (*manageability*);
- zmysluplnosť (*meaningfulness*).

Pojem salutogenéza prevzala behaviorálna medicína, pričom ju definuje ako *náuku o pôvode, posilňovaní a podpore zdravia*. Medzi salutogenetické prvky môžeme ďalej podľa odbornej literatúry (Baštecká a Goldmann 2001, s. 293) zahrnúť:

- zmysluplnosť v pohľade na svet a vlastnú činnosť;
- dôveru a vieru v pevnosť a stálosť osobného a okolitého sveta;
- zrozumiteľnosť sveta a porozumenie zákonitostiam, ktorými sa svet riadi;
- zvládanie diania, ktorého je človek súčasťou, teda osobné kompetencie a vplyv.

Zdraviu v holistickom ponímaní, psychológii zdravia a salutogenetickému modelu zdravia sa venuje aj K. Mausch (2011), pričom upriamuje pozornosť na vnímanie zdravia v tom zmysle, že zdravie je procesom účinného vyrovnávania sa so stresom alebo životnými požiadavkami. Ako uvádza autor, vyplýva to i zo salutogenetického modelu A. Antonovského ako aj z holisticko-funkcionálneho modelu zdravia, zdôrazňujúceho spojenie medzi telom a psychickou, podľa ktorých sa podstata zdravia prejavuje:

1. v dobrom subjektívnom pociťovaní;
2. vo vnútornej spokojnosti;
3. v realizácii činnosti, ktorá má zmysel;
4. v uvedomovaní si vlastných cieľov a hodnôt.
5. Vnútorne zdravie a rovnováha človeka úzko súvisia s tým, v akej miere je ľudský život naplnený zmyslom.

Potrebu zmeny pohľadu od v súčasnosti preferovaného patogenetického modelu k modelu salutogenetickému (tabuľka 1) sa profesionálne už dlhoročne zaoberá A. Vosečková (2003, s.274): „*Salutogenetický prístup k zdraviu a chorobe kladie dôraz na hľadanie vzťahu medzi zdravím, stresom a zvládaním problémov, na mobilizáciu celej osobnosti, na hľadanie ciest ako eliminovať alebo zmierňovať vplyvy nepriaznivých životných udalostí. Jedným zo základných znakov zmien, ktoré so sebou prináša tento model, je orientácia na subjektívnu stránku procesu zvládania a možnosti jeho ovplyvňovania. V centre pozornosti sú vedľa somatických zmien sledované otázky adaptácie a zmien prežívania, individuálny spôsob zvládania stresových situácií v zmysle Antonovského ponímania nezdolnosti, sociálna opora, zmysluplnosť života.*“

V plnej miere súhlasíme s názorom autorky, podľa ktorého *salutogenetický model* umožňuje v praxi identifikovať a cielene rozvíjať moderátory zdravia napomáhajúce človeku udržať a posilňovať zdravie v zmysle *well-being* (biologické, psychické a sociálne „blaho“ a subjektívne prežívanie bytia).

Tabuľka 1 *Patogenetický a salutogenetický model zdravia/choroby*

<b>Charakteristiky</b>	<b>Patogenetický model</b>	<b>Salutogenetický model</b>
Ponímanie zdravia/choroby	dichotomické	kontinuum
Definícia problému	symptóm – choroba	človek – systém
Základná otázka	Prečo došlo k chorobe?	Prečo človek neochorel?
Etiológia choroby	patogénne činitele	protektívne činitele (salutory)
Terapia/liečba	liečba postihnutej časti	terapia „systému“ človek
Stres	odstránenie stresorov	zvládanie stresu (coping)

Zdroj: A. Vosečková, 2003, s. 274

Salutogenetický model obsahuje i doposiaľ opomínaný rozmer vnímania seba samého a vonkajšieho sveta ako zrozumiteľného a zmysluplného. V závere autorka odporúča vyučovaním predmetu psychológia zdravia<sup>11</sup> na príslušných odboroch jednotlivých univerzít rozšíriť klasický biomedicínsky model o psychosociálny pohľad na zdravie a chorobu (bio-psycho-sociálny model) a jeho uvedenie do praxe.

### 1.1.2 Kvalita života ako komplexný jav

Definovanie pojmu kvalita života a jeho vymedzenie vzhľadom k príbuzným pojmom sa po dlhú dobu vyznačovalo nejednotnosťou. Podľa najfrekvencovanejšej definície Svetovej zdravotníckej organizácie so sídlom v Ženeve (WHO, 1994) *„kvalita života je to, ako človek vníma svoje postavenie v živote v kontexte kultúry, v ktorej žije, a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, životnému štýlu a záujmom.“*

#### 1.1.2.1 Pojem kvalita života

Do povedomia modernej spoločnosti vniesli pojem kvalita života kritici politiky neobmedzeného ekonomického rastu, ktorí upozorňovali na dopad extenzívneho rozmachu priemyslu na budúce podmienky „dobrého života“. Pojmom „kvalita života“ vyjadrovali obavu o kvalitu vonkajších podmienok pre život, prípadne polemizovali so stotožnením ekonomického rastu s „dobrým životom“ a upozorňovali na to, že do koncepcie dobrého života patrí okrem materiálneho blahobytu tiež vnútorná kvalita ľudského života.

<sup>11</sup> Predmet psychológia zdravia býva začlenený do výučby na stredných, vyšších odborných i vysokých školách. A. Vosečková (2003) odporúča jeho výučbu vo variabilných blokoch, ktoré obsahujú edukatívne prvky s dôrazom na sebakúsenostný výcvik. Interaktívne sociálne učenie spojené s procesom psycho-terapeutického charakteru okrem prehĺbenia teoretických vedomostí napomáha k rozvoju skupinovej kohézie v reálnej študijnej skupine, umožňuje sebarozvoj osobností, vedie k pozitívnemu postoju ku zdraviu a rozvíja sociálno-psychologické kompetencie potrebné pre pracovníkov pomáhajúcich profesií.

V posledných tridsiatich rokoch, ako sme to už v uvedených súvislostiach spomenuli na začiatku tejto kapitoly, sa k posúdeniu postavenia jednotlivca na škále *zdravie – choroba* a k vystihnútiu individuálnych charakteristík jeho zdravia začal používať práve pretraktovaný špeciálny metodický postup, vychádzajúci z poňatia takzvanej „*kvality života*“ („*quality of life*“); najčastejšie sa používa skratka QOL. Môžeme sa však stretnúť aj so špecifikovanou podobou „*health related quality of life*“ so skratkou HRQOL (Kebza 2005). Ukázalo sa totiž, že k vystihnútiu komplexnej charakteristiky zdravotného stavu jednotlivca už nepostačujú dovtedy zaužívané postupy, ktoré vychádzali zo stanovenia diagnózy eventuálnej choroby, doby dožitia, resp. tzv. strednej dĺžky života, ale že je potrebné identifikovať a zhodnotiť i psychické, sociálne a behaviorálne determinanty ľudského života, vzťahujúce sa k zdraviu.

Podľa V. Kebzu (2005, s.57) ako jeden z prvých, kto upozornil na význam tohto pohľadu na zdravie a na potrebu venovať sa mu systematickejšie, bol v roku 1979 Hans Selye, jeden z hlavných zakladateľov medziodborového výskumu stresu. V novšej literatúre má pojem kvalita života širší, viac generalizovaný význam; objavuje sa tiež ako samostatne používaná charakteristika, to znamená i bez vzťahu ku konkrétnemu ochoreniu, a vyjadruje tak väčšinou kombináciu prežívania úrovne vlastného zdravia, úrovne osobnej pohody, životnej spokojnosti a často tiež určitého postavenia v sociálnej stratifikácii.

### 1.1.2.2 Definície kvality života

I napriek tomu, že pojem „kvalita života“ je v posledných desaťročiach veľmi frekventovaný, dodnes sa pri hľadaní jeho jednotnej definície, ani v oblasti jeho konceptualizácie a najmä v metodologických otázkach nenašla názorová zhoda; v odbornej literatúre sa najčastejšie môžeme stretnúť s definíciou WHO (1994), ktorú sme si uviedli na začiatku tejto podkapitoly.

Z veľkého množstva definícií uvádzaných v odbornej literatúre za výstižnú považujeme definíciu, ktorou M. Večeňa (1996, s. 29) definuje kvalitu života ako „*spoločenskovedný pojem, ktorého obsah je výsledkom uplatnenia kvalitatívneho hľadiska pri hodnotení úrovne ľudského života podľa historicky sa vyvíjajúcich hodnotových kritérií, zodpovedajúcich celostnej podstate a štruktúre človeka ako živej, spoločenskej bytosti. Hľadisko kvality života integruje spoločenský a individuálny život ľudí a vedie ku syntéze interdisciplinárne spojených hľadísk rôznych vied.*“

V psychologickom ponímaní kvality života rozumieme pod pojmom kvalita života multidimenzionálny pojmový konštrukt zložený z fyzickej, psychickej, sociálnej i duchovnej dimenzie, ktorý je práve pre svoju komplexnosť výrazne ovplyvňovaný rôznorodými faktormi, hlavne medicínskymi, demografickými, psychosociálnymi a mnohými ďalšími. Podľa H. Hnilicovej (2005) sa história pojmu kvalita života začína v dvadsiatych rokoch minulého



storočia v USA, kde bol uvedený v súvislosti s ekonomickým vývinom a úlohou štátu v oblasti materiálnej podpory nižších spoločenských vrstiev. Kvalita života je polyrozmerný fenomén. Má rozmer materiálny (biologický, neurofyziologický, ekonomický), duchovný (etický, estetický, axiologický), kultúrny (stav možnosti a dispozícií tvorivosti), spoločenský a individuálny. V konkrétnom reálnom naplnení tejto štruktúry môže niektorý z rozmerov dominovať, iný môže byť potlačený či deformovaný, ohraničene zastúpený, no vymedzenie podstaty kvality života v jej optimálnej úrovni a podobe musí s touto polyrozmernosťou počítať, zohľadňovať ju vo vzťahu ku štruktúre osobnosti, resp. sociálnej skupiny.

V sedemdesiatych rokoch minulého storočia prebehol v USA prvý celonárodný výskum, ktorého cieľom bolo vyvinúť subjektívne indikátory ukazujúce, ako ľudia sami hodnotia svoj život; zároveň mali dopĺňať objektívne charakteristiky životných podmienok, ako sú napríklad úroveň bývania, kriminalita, hlučnosť alebo znečistenie ovzdušia. Hnilicová (2005, s.206) uvádza, „že pre subjektívne vnímanie kvality života je rozhodujúce kognitívne hodnotenie a emočné prežívanie vlastného života, ktoré so socioekonomickým statusom, a dokonca ani s biologickým zdravím, nemusí byť v priamej úmere.“

Ku kategorizácii konceptov kvality života zásadným spôsobom prispel holandský sociológ R. Veenhoven (2000) vo svojej teórii „štyroch kvalít života“, pričom uvádza nasledovné kvality života:

1. životné šance alebo predpoklady,
2. životné výsledky,
3. vonkajšie kvality alebo charakteristiky prostredia vrátane spoločnosti,
4. vnútorné kvality alebo charakteristiky individua.

**Tabuľka 2 Štyri kvality života podľa R. Veenhovena (2000)**

	<b>VONKAJŠIE KVALITY</b>	<b>VNÚTORNÉ KVALITY</b>
<b>PREDPOKLADY</b>	<i>A. vhodnosť prostredia</i> -životné prostredie, -sociálny kapitál, -prosperita -životná úroveň	<i>B. životaschopnosť jednotlivca</i> -psychologický kapitál, -adaptívny potenciál, -zdravie, -spôsobilosť
<b>VÝSLEDKY</b>	<i>C. užitočnosť života</i> -vyššie hodnoty ako prežitie, -transcendentálne koncepcie	<i>D. vlastné hodnotenie života</i> -subjektívna pohoda, -spokojnosť, -šťastie, -pocit zmysluplnosti

Zdroj: R. Veenhoven, 2000, s. 7

Kvality života podľa Veenhovena (tabuľka 2) umožňujú kategorizovať koncepty dobrého života podľa toho, ktorým aspektom kvality života sa zaoberajú. *Kvadrant A* obsahuje ekologické, sociálne, ekonomické a kultúrne podmienky, ktoré študuje ekológia, architektúra, sociológia a sociálno-politické vedy. Do *kvadrantu B* zaraďujeme fyzické a duševné zdravie, vedomosti, schopnosti a umenie života; je predmetom záujmu lekárstva, psychológie a pedagogiky (vrátane telovýchovy a poradenstva v oblasti životného štýlu). Do *kvadrantu C* patrí vonkajšia užitočnosť človeka pre jeho blízke okolie, pre spoločnosť a ľudstvo a jeho vnútorná cena v termínoch morálneho vývoja, morálnej dokonalosti a je tradične predmetom záujmu filozofie. *Kvadrant D* zahŕňa to ponímanie kvality života, ktoré vo vedách o človeku zažíva v súčasnej dobe značný rozmach, je široko aplikované v medicíne a vytvára vlastné metodologické postupy. Patrí sem hodnotenie spokojnosti s jednotlivými životnými oblasťami, hodnotenie prevažujúcej nálady a celkovej spokojnosti so životom. Do kvadrantu D môžeme zahrnúť aj väčšinu dotazníkov kvality života vrátane dotazníka WHOQOL.

### 1.1.2.3 Indikátory a determinanty ovplyvňujúce kvalitu života

V súvislosti s problémom indikátorov kvality života reagovala Európska komisia OSN (1974) systemizáciou sociálnych indikátorov kvality života do ôsmich skupín: zdravie, kvalita pracovného miesta, nákup tovarov a služby, možnosti naplnenia voľného času, pocit sociálnej istoty, šance rozvoja osobnosti, kvalita životného prostredia a možnosť účasti v spoločenskom živote. Indikátory kvality života ľudí teda nie je možné redukovať na indikátory ekonomické, ale je treba zohľadňovať aj indikátory ekologické, medicínske, sociálno-politické, legislatívne, psychologické a ďalšie. Definovanie pojmu kvalita života, ako aj stanovenie indikátorov tejto kvality je teda interdisciplinárny problém, ktorého riešenie vyžaduje integrovanie a syntézu hľadísk viacerých vedných disciplín.

V roku 1993 vytvorila Svetová zdravotnícka organizácia *Pracovnú skupinu pre kvalitu života* (WHOQOL Group). Odborníci v nej definovali kvalitu života ako „*vnímanie vlastnej pozície v živote v kontexte kultúry a hodnotových systémov so zreteľom na životné ciele, očakávania, štandardy a záujmy*“ (WHOQOL Group 1993, podľa Zikmunda 2001, s.5-7). V ďalšom ponímaní vymedzuje WHO kvalitu života ako „*dojem jednotlivcov alebo skupín, že sa vychádza v ústrety ich potrebám a že sa im neupierajú možnosti, aby dosiahli šťastie a naplnenie*“ (WHO, 1993 podľa Bašteckej, Goldmanna 2001, s.328).

Pri skúmaní kvality života existujú viaceré prístupy so zohľadňovaním rôznych aspektov, v zásade ide najčastejšie o medicínske, psychologické, sociologické alebo spirituálne aspekty kvality života. Podľa P. Hartla a H. Hartlovej (2000, s.284) význam kvality života „*spočíva vo vyjadrení pocitu životného šťastia a k jeho najvšeobecnejším znakom patria sebestačnosť pri obsluhu vlastnej osoby a pohyblivosť*“. V kontexte

*psychologického významu* kvality života ide o mieru sebarealizácie a duševnej harmónie, čiže mieru životnej spokojnosti a nespokojnosti; *v sociologickom kontexte* ide o pocity a životnú úroveň špeciálnych skupín (stari ľudia, príslušníci etnických a iných minorít), čiže hľadisko ich možnosti voľby a *lekársky kontext* vyjadruje, na akej úrovni a s akým obmedzením žijú ľudia s chronickými chorobami, ako je bronchiálna astma, Parkinsonova choroba, choroby kardiovaskulárne, geriatrické choroby a mnohé iné, čiže hľadisko obmedzenia slobody. Kvalitu života zvyšujú individuálne - predovšetkým v starobe - plánované telesné a duševné činnosti a aktívny životný štýl.

#### 1.1.2.4 Medicínske aspekty kvality života

V medicíne sa termín kvalita života používa od 70. rokov a postupne v priebehu 80. rokov minulého storočia sa začína stále častejšie používať v klinických štúdiách. V medicíne a v zdravotníctve je ťažisko skúmania kvality života posunuté do oblasti psychosomatického a fyzického zdravia. Najčastejšie sa potom operuje s pojmom *kvalita života ovplyvnená zdravím (health related quality of life)*. Podľa H.Hnilicovej (2005, s.211) je možné tento pojem špecifikovať ako „*subjektívny pocit životnej pohody, ktorý je asociovaný s chorobou či úrazom, liečbou a jej vedľajšími účinkami*“. Konkrétne to znamená, že vedľa klinických ukazovateľov úspechu či neúspechu nasadenej terapie sa sledujú subjektívne a objektívne údaje o fyzickom a psychickom stave pacienta, ako sú prítomnosť bolesti, zvládanie chôdze po schodoch, intenzita únavy, schopnosť sebaobsluhy, prevažujúci typ emócií či prežívaná miera úzkostí a napätia.<sup>12</sup>

Vychádzajúc z medicínskych prístupov podľa D. Kováča (2001, s.34-35) sa kvalita života vyznačuje resp. dosahuje najmä týmito ukazovateľmi:

1. Zmierňovanie (zbavovanie sa) utrpenia (telesného i duševného), predovšetkým bolesti.
2. Dosahovanie nezávislosti jednotlivca od iných osôb v každodennom kolobehu života.
3. Schopnosť, resp. spôsobilosť zvládať náročné situácie, záťaž a stres.
4. Spôsobilosť žiť vo vyhovujúcich spoločenských vzťahoch, zapájať sa do spoločenských aktivít.
5. Vlastné zabezpečovanie života uspokojovaním konkrétnych, predovšetkým materiálnych potrieb.

<sup>12</sup> Mnoho autorov sa pri vyjasňovaní pojmu kvalita života spočiatku uspokojilo s vymedzením jeho troch zložiek, a to fyzickou, psychickou a sociálnou pohodou. Ako základnú podmienku kvality života k nim v roku 1987 priradil Kane (podľa Stráženca, 1994) tzv. funkčnú kapacitu. Ide o schopnosti, ktoré podmieňujú nezávislú realizáciu bežných fyzických a psychických činností, ako je mobilita, zrak, sluch, reč, pamäť a ďalšie kognitívne funkcie.

## 6. Spokojnosť s vlastným životom, príležitostná radosť z neho, zážitky šťastia.

V týchto súvislostiach D. Kováč (2001) uvádza, že výskumný medicínsky prístup ku kvalite života azda najkomplexnejšie reprezentuje projekt Svetovej zdravotníckej organizácie - WHOQOL (1997).

### 1.1.2.5 Psychologické aspekty kvality života

Psychologické skúmania kvality života v rámci európskej psychológie sa rozvíjali v medzivojnovom období a predovšetkým po druhej svetovej vojne, napríklad v prácach Bühlerovej a Sprangera. Kvalita života sa stala kľúčovou témou mnohých psychológov, Junga, Adlera, Frankla, Allporta, Rogersa a ďalších. Empiricky orientovaní bádatelia smerovali k vytvoreniu nástrojov merania kvality života a vypracovali rad dotazníkov a škál (Stríženec, 1994).<sup>13</sup> V českej a slovenskej odbornej literatúre sa psychologickým aspektom kvality života venujú predovšetkým J. Krívohlavý (2001, 2002), H. Hnilicová (2005), D. Kováč (2001, 2003, 2007), J. Džuka (2004), E. Žiaková (2004), M. Mesárošová (2007), M. Bačová (2008), P. Babinčák (2008) a ďalší.

H. Hnilicová (2005) zdôrazňuje, že psychologické poňatia kvality života a relevantné výskumy sa vzťahujú ku snahe postihnúť subjektívne prežívanú životnú pohodu a spokojnosť s vlastným životom ako takým. Pri zisťovaní životnej spokojnosti sa hľadajú odpovede na otázky, čo činí ľudí spokojnými, aká je štruktúra faktorov, ktoré ku spokojnosti prispievajú, a tiež ako jednotlivé spoločenské inštitúcie ovplyvňujú spokojnosť ľudí. Ďalej ide o prežívanú subjektívnu pohodu (*subjective well-being*) a šťastie (*happiness, flow*), kde sa kladie dôraz na všeobecné hodnotenie kvality života.

Vedeckým prístupom ku kvalite života sa venuje D. Kováč (2007), pričom upozorňuje na potrebu rozlišovať makro-, mezo- a osobnú rovinu kvality života. Prvá rovina sa týka krajín, alebo väčších spoločenstiev; druhá, mezokvalita sa týka menších zoskupení (pracovisko, škola, sociálne zariadenia a pod.). Podľa autora sa tretia, osobnostná rovina nevyčerpáva len samým individuom, keďže patrí do nej aj svet najbližších ľudí, spravidla rodina. V súlade s H. Hnilicovou (2005) aj D. Kováč (2007, s. 369) uvádza, „že psychologické koncepty kvality života sa zameriavajú hlavne na anglické „*well-being*“ – doslova *dobré bytie* či voľnejšie *dobré cítenie* sa, ktoré sa v slovenskej odbornej terminológii ustálilo pomenovaním *životná pohoda* alebo *subjektívna pohoda*.“ Životná pohoda sa podľa jeho názoru považuje za

<sup>13</sup> Slovenský psychológ O. Kondáš (podľa Strížencu, 1994) odporučil pridať k predchádzajúcim zložkám schopnosť zvládať stres a určitú citovú a hodnotovú saturáciu. Niektorí autori pridávajú aj ďalšie kompetencie a upresnenia:  
 -schopnosť plniť požiadavky zamestnania či zamestnaneckú rolu,  
 -primerané sociálne interakcie,  
 -fungovanie v sociálnych rolách,  
 -upresnenie psychickej pohody optimálnym pomerom kladných a záporných emócií,  
 -upresnenie fyzickej pohody pojmami fyzická nezávislosť a primerané somatické cítenie sa,  
 -absencia depresie, anxiózy, samoty,  
 -optimizmus a pozitívna orientácia do budúcnosti.

významného psychologického indikátora zdravia alebo choroby (najmä chronickej) a starnutia, pričom štruktúru prežívanej pohody vytvárajú najmä:

- výskyt pozitívnych, resp. negatívnych emócií v dlhšom časovom úseku,
- absencia neprijemných telesných „pocitov“ akými sú napr. mierna bolesť alebo únava,
- pozitívne sebahodnotenie,
- permanentné zmysluplné aktivity,
- optimistické postoje k životu, k ľuďom a svetu, atď.

Pri zhrnutí psychologických konceptov D. Kováč (2007, s.370) zdôrazňuje potrebu odlišiť od ponímania pohody, ale aj od prežívania telesného a duševného blaha, tzv. koncepciu a prístup chicagského psychológa M. Csikszentmihalyiho, ktorý zaviedol termín „*flow*“ (plynutie, prúdenie) na označenie pretrvávajúcej radosti zo života. Ako interpretuje D. Kováč (2007), uvedenú radosť zo života „*sýti priebežne viacero komponentov ako napr. prežívanie takmer extatických stavov pri totálnej koncentrácii na nejakú činnosť, prežívanie (city) zvládania náročných situácií, hlboké odovzdanie sa v konaní zameranom na zreteľné ciele, takmer sebazabúdanie, zmenené vnímanie času atď.*“

Záverom považujeme za potrebné poznamenať, že podľa viacerých autorov sa v psychológii chápanie pohody na jednej strane prelína s vymedzením spokojnosti a na druhej s ponímaním šťastia.

### 1.1.2.6 Sociologické aspekty kvality života

V sociologickom poňatí kvality života (Scott , Marshall 2005; Giddens 2005; Šubrt 2008; Bártlová, Matulay 2009) sú naopak zdôrazňované atribúty sociálnej úspešnosti, ako sú status, majetok, vybavenie domácnosti, vzdelanie, rodinný stav. Sociologický charakter majú tiež štúdie, kde sa sleduje dopad jednotlivých sociálnych alebo sociálno-zdravotných programov na kvalitu života obyvateľov určitej oblasti.

V poňatí sociologickej organizácie *Medzinárodná spoločnosť pre štúdium kvality života* sa pod kvalitou života rozumie „*produkt súhry sociálnych, zdravotných, ekonomických a enviromentálnych podmienok, ovplyvňujúcich rozvoj ľudí*“. L. Svobodová (2008, s.122) zdôrazňuje, „*že pri štúdiu kvality života je potrebné brať do úvahy vývoj, premeny v priestore a čase, spoločenské súvislosti, historické a kultúrne korene (západná kresťanská kultúra, orientálna kultúra...), civilizačné a generačné zmeny.*“ Významnú úlohu podľa uvedenej autorky zohralo v ponímaní kvality života a naďalej zohráva náboženstvo a viera. Nielen ich zásady a pravidlá, ale aj fakt, že ľudia sú často nabádaní k potlačovaniu vlastných potrieb a že hodnoty a zmysel žitia sú posudzované mimo reálny svet; napríklad ľudia s hlbokou vierou v Boha pokladajú náboženstvo za prvoradé. Ostatné hodnoty nie sú pre nich tak významné a dosahovanie osobných cieľov nepovažujú za najdôležitejšie. Podľa sociológov S. Bártlovej a S. Matulaya (2009) je niekedy medzi vyznávaným ideálom a realitou významný

rozpor, a napriek tomu nie je príčinou nekvalitného prežívania života. Mnohí zdravotne znevýhodnení a vážne chorí sú neklamným dôkazom toho, že je možné žiť kvalitný život i s chorobou a v chorobe.

### 1.1.2.7 Spirituálne aspekty kvality života

Podľa M. Stríženca (2001) sa doteraz náboženský faktor pri skúmaní kvality života zanedbával. V zahraničnej literatúre je však dostupných 28 prehľadných štúdií zaoberajúcimi sa spirituálnymi aspektmi kvality života, v ktorých sa zisťovali aj údaje o náboženstve. Z uvedených štúdií vyplynulo, že náboženstvo má, čo sa týka dôležitosti vplyvu na dobré cítenie sa, celkovo priemernú hodnotu: - je vplyvnejšie ako vek, pohlavie, rasa, - je rovnako dôležité ako vzdelanie, socioekonomický a pracovný status, manželský stav a sociálna aktivita (Stríženec 2001).

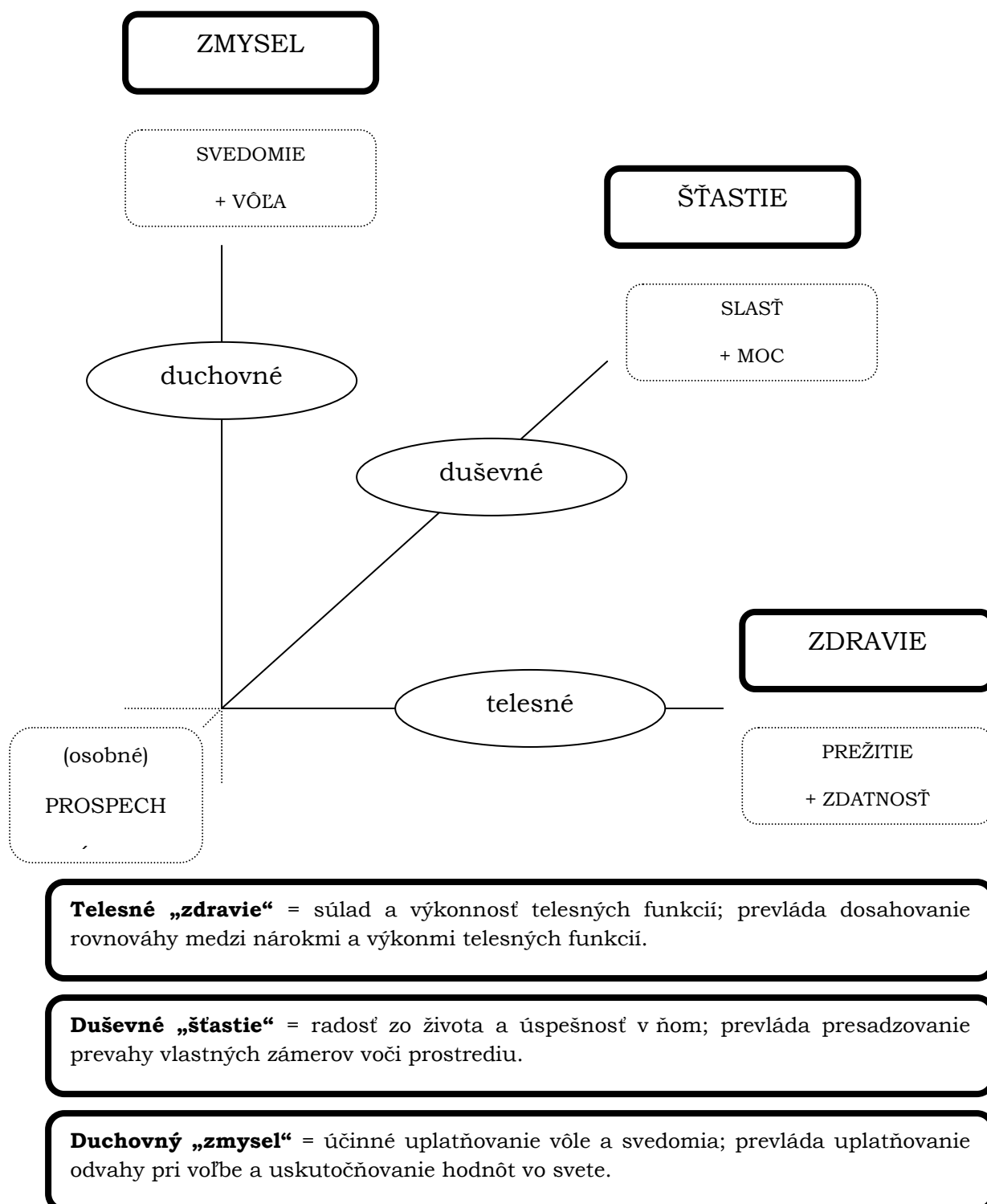
Ďalší autori poukazujú na mnohé nezodpovedané otázky z tejto oblasti, potrebu prekonania tradičných mier religiozity (zavedenie ukazovateľov, napr. náboženského dôrazu, komfortu, ortodoxnosti) a zachytávanie mnohodimenzionálnosti religiozity. Stríženec (1994, 2001) odporúča hodnotiť kvalitu života na základe toho, nakoľko sa v správaní a jednaní jednotlivca uplatňuje prevaha prežívania, uvedomelosť, činorodosť, tvorivosť a spoločenstvo s druhými. Poradie týchto kategórií vyjadruje vzostupný trend rozvoja osobnosti.

Zmyslom existencie človeka sa čím ďalej viac stáva život sám. Symbolizuje prechod civilizácie od extenzívneho k intenzívnemu a najmä od kvantitatívneho ku kvalitatívnemu. Podľa viacerých autorov (Balcar 2005; Krivohlavý 2006; Svobodová 2008) sa kvalita života dotýka pochopenia ľudskej existencie, zmyslu života a samotného bytia, zahŕňa hľadanie kľúčových faktorov bytia a sebaakceptácie. Skúma materiálne, psychologické, sociálne, duchovné a ďalšie podmienky pre zdravý a šťastný život človeka. Komplexný pohľad na ľudský život prihliada ako na vonkajšie podmienky, tak i na vnútorné rozmery človeka.

Vnútorným rozmerom človeka - kvalitám ľudského života (zdraviu, šťastiu a zmyslu života) sa venuje K. Balcar (2005), pričom predstavuje obraz človeka ako „viacrozmernej bytosti“, spojenej s jej okolím vzájomnými vplyvmi; „prostredím“ z hľadiska človeka je jeho vlastné správanie. Autor uvádza *tri základné kvality ľudského života* (obrázok 2):

- *telesné zdravie* ako súlad a výkonnosť telesných funkcií (prevláda dosahovanie rovnováhy medzi nárokmi a výkonmi telesných funkcií);
- *duševné šťastie* ako radosť zo života a úspešnosť v ňom (prevláda presadzovanie prevahy vlastných zámerov voči prostrediu);
- *duchovný zmysel* ako účinné uplatňovanie vôle a svedomia (prevláda uplatňovanie odvahy pri voľbe a uskutočňovanie hodnôt vo svete).

**Obrázok 2 Vnútorne rozmery človeka – kvality ľudského života podľa K. Balcara (2005)**



Zdroj: K. Balcar, 2005, s. 71

Uvedené rôzne kvality ľudského života je možné rozlíšiť popri iných hľadiskách aj podľa ich rozdielneho zakotvenia pomocou určujúcich pohnútok a nástrojov, ktoré sa v ich rozmere uplatňujú; teda podľa toho, čo je pre človeka po tejto stránke v živote najdôležitejšie. K. Balcar (2005) upriamuje našu pozornosť na motivačné usmernenia človeka a hodnotové zacielenie vo vzťahu človeka ku svetu a k sebe samému (obrázok 2); podľa autora sú však vybrané znaky iba výberom z mnohých ďalších, ktoré sú pre každý ľudský rozmer príznačné.

Pri štúdiu kvality života je potrebné brať do úvahy vývoj<sup>14</sup>, premeny v priestore a čase, spoločenské súvislosti, historické a kultúrne korene (napr. porovnanie západnej kresťanskej kultúry a orientálnej kultúry), civilizačné i generačné zmeny. Ako sme už spomenuli, k skutočnosti, že významnú rolu v ponímaní kvality života zohralo a naďalej zohráva náboženstvo a viera, sa prikláňa aj L. Svobodová (2008).

Podľa L. Svobodovej (2008) nie sú to iba ich zásady a pravidlá, ale i skutočnosť, že ľudia sú často nabádaní k potlačovaniu vlastných potrieb a že hodnoty a zmysel života sú posudzované mimo reálneho sveta; ľudia s hlbokou vierou v Boha považujú náboženstvo za prvoradé, ostatné hodnoty nie sú pre nich tak významné a dosahovanie osobných cieľov nepovažujú za najdôležitejšie.

M. Striženec (1994, 2001) v súvislosti s vnímaním kvality života človeka opakovane zdôrazňuje potrebu zamerať sa aj na komplex súvislostí, ktoré sa vzťahujú k naplneniu života, na subjektívnu skutočnosť, na sebareflexiu, sebahodnotenie, na zážitky kladné i záporné, na úsilie o naplnenie života. V tejto línii uvažuje predovšetkým V. E. Frankl (1985, 1994, 1996, 1997, 2009), pričom zdôrazňuje schopnosť sebatranscendencie, ktorá znamená, že človek je zameraný na niečo iné než na seba samého, menovite na *zmysel, ktorý má byť naplnený*, alebo na iných ľudí, s ktorými by sa v láske stretol. Pretože pociťujeme potrebu venovať sa uvedenej problematike hlbšie, v podkapitole 1.1.2.10 sa k otázkam zmyslu života a potrebe vnímania života ako zmysluplného znovu vrátíme.

### 1.1.2.8 Integračné prístupy ku kvalite života

Integračným prístupom ku kvalite života sa venuje napr. holandský sociológ R. Veenhoven (2000), slovenský psychológ D. Kováč (2007) a ďalší. Odborníci z Organizácie spojených národov už od r. 1990 pravidelne každý rok vypracujú tzv. „*Human Development Index*“ (HDI, *Index ľudského vývoja*). V roku 1999 zo 174 krajín HDI-index zaradil Českú republiku na 36. miesto, Slovenskú republiku na 42. miesto, Poľsko na 44. miesto a Maďarsko na 47. miesto.

<sup>14</sup> Napr. v medicíne donedávna prevládala patogenetická paradigma, avšak podľa D. Kováča (2007, s. 377) „v súčasnosti už vytláča patogenetickú salutogenetickú paradigma, akceptujúca zdravie v zmysle svetovej zdravotníckej organizácie.“



Holandský sociológ R. Veenhoven (2000) uskutočnil novší pokus o integratívne uchopenie kvality života, keď v rámci University Erasmus v Rotterdame zriadil tzv. „*World Database of Happiness*“ (Svetová databáza šťastia). Za integratívnu mieru zvolil priemerný vek dožitia ľudí v jednotlivých krajinách násobený koeficientom prežívania šťastia, empiricky zisťovaného na škále 0,1 až 1,0. Podľa HLI-indexu na základe empirických údajov zo 48 krajín bol v roku 1990 vytvorený zoznam: na prvých miestach je Island, Holandsko, Švédsko, Švajčiarsko. Bývalé Československo s kvocientom 36,69 je zo 48 krajín až na 35. mieste. V odbornej literatúre sa dnes už stretávame s názormi, že HLI-index je citlivejší ukazovateľ kvality života ako HDI-index. V roku 2012 v rebríčku najšťastnejších krajín vypracovaného OECD skončilo Slovensko z 34 hodnotených krajín na 29. mieste (medzi desať najšťastnejších krajín sveta sa prepracovali najmä škandinávské krajiny na čele s Dánskom). Odborníci z OECD zostavili uvedený rebríček na základe niekoľkých faktorov, ktorým dominoval ekonomický rozvoj, zdravie, školstvo, zamestnanosť, bezpečnosť či sociálny systém. Do úvahy pritom brali aj výšku plátov, rovnováhu medzi pracovným a osobným životom či podmienky bývania.

D. Kováč (2007, s. 372) súhlasí s akcentovaním rôznych prístupov jednotlivých odborov (ekonómia, sociológia, politika, kulturoológia, teológia a pod.) ku kvalite života, avšak v záverečnom zhrnutí navrhuje nasledovné pojmové uchopenie: „*Kvalita života je osobnostno-emočno-kognitívna psychoreflexia trvalejšieho stavu jednotlivca, spočívajúca v porovnávaní reality s ideálom, najmä podľa vyznávaných hodnôt, v kontexte spoločnosti, civilizácie, kultúry*“.

Pri zhrnutí predchádzajúcich prístupov sa prikláňame k chápaniu kvality života interpretovaného M. Strížencom (1994, 2001) ako komplexného javu, vyžadujúceho si integráciu prístupov a poznatkov rôznych vedných disciplín a to predovšetkým klinickej psychológie, psychológie dospelého veku, psychológie osobnosti, psychológie motivácie, duševnej hygieny, psychoterapie, psychológie kultúry, medicíny, sociálnej práce, vzdelávania dospelých ale i ďalších vedných disciplín.

### **1.1.2.9 Koncepcia kvality života podľa WHO**

Podľa vymedzenia WHO (1995, s. 7) „*kvalita života je to, ako jedinec vníma svoje postavenie v živote v kontexte kultúry, v ktorej žije a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, životnému štýlu a záujmom*“. Vychádzajúc z konceptu kvality života podľa WHO (1996), D. Kováč (2001, 2007) predpokladá, že na kvalite života sa podieľa šesť oblastí (domén) s rôznym počtom indikátorov v nich, a to v štruktúre uvedenej v tabuľke 3.

**Tabuľka 3 Domény a indikátory kvality života podľa D. Kováča (2001, 2007)**

	DOMÉNA	INDIKÁTORY
1.	TELESNÉ ZDRAVIE	Energia a únava Bolesť a diskomfort Spánok a odpočinok
2.	PSYCHICKÉ FUNKCIE	Imidž vlastného tela a zjavu Negatívne emócie Pozitívne emócie Sebahodnotenie Myslenie, učenie, pamäť, pozornosť
3.	ÚROVEŇ NEZÁVISLOSTI	Mobilita Aktivity v každodennom živote Závislosť od liekov a zdravotných pomôcok Pracovná kapacita
4.	SOCIÁLNE VZŤAHY	Osobné vzťahy Sociálna opora Sexuálne aktivity
5.	PROSTREDIE	Finančné zdroje Sloboda, fyzická bezpečnosť Zdravie a sociálna starostlivosť Prostredie domova Možnosti získať informácie a kompetencie Fyzikálne prostredie (polutanty, hluk, premávka, klíma) Doprava
6.	SPIRITUALITA (NÁBOŽENSTVO) OSOBNÉ PRESVEDČENIA	Spiritualita (náboženstvo), osobné presvedčenia

Zdroj: D. Kováč (2007, s. 363)

D. Kováč (2004) vytvoril na základe viacerých kritérií tzv. *komplexný model kvality života*. Ten obsahuje tri úrovne:

1. kultúrno-duchovnú úroveň kvality života,
2. individuálno-civilizačnú úroveň kvality života,
3. bazálnu (všeľudskú) úroveň kvality života.

Bazálnu úroveň tvorí prinajmenšom šesť oblastí života, ktoré sýtia kvalitu či nekvalitu života človeka, sú to: normálny somatický stav, psychické fungovanie v norme, funkčná rodina, materiálno-sociálne zabezpečenie, životodarné okolie, nadobudnutie základných spôsobilostí potrebných na prežitie.

Každá úroveň sa skladá zo šiestich komponentov rôznej váhy a významu. Model je zastrešený *zmyslom života* ako *systémovým psychickým regulátorom správania* (ľudského konania). Nasledovnú *konceptiu kvality a zmyslu života* (obrázok 3) charakterizuje uvedený autor ako vyústenie pozitívnej psychológie.

**Obrázok 3 Model kvality života a zmyslu života podľa D. Kováča (2004, 2007)**

Zmysel života		
	1. Aktívne starnutie	
	2. Stupeň sebakultivácie	
	3. Spoločenské uznanie	
	4. Prosociálne správanie	
	5. Zveľaďovanie enviromentu	
	6. Charitatívna činnosť	
Axiologické štýly	1. Pevné zdravie	Vášne (sexuálne,
(dionýzovský vs. apolonský),	2. Spokojnosť – pohoda	hráčske, cestovateľské)
Životné štýly	3. Sociálne začlenenie	Záľuby (umelecké, šport,
(workoholizmus, celibát),	4. Úroveň civilizačného vybavenia	záhradkárstvo)
Ideové štýly (dogmatizmus	5. Priateľský enviroment	Zájmy (o veci, ľuď,
vs. liberalizmus)	6. Znalosti a kompetencie	činnosti, idey)
	1. Dobrý somatický stav	
	2. Normálne psychické fungovanie	
	3. Vývin vo funkčnej sociálnej skupine (rodine)	
	4. Primerané materiálno-sociálne zabezpečenie	
	5. Životodarný enviroment	
	6. Návyky a spôsobilosti na prežitie	

Zdroj: D. Kováč (2004, 2007)

### 1.1.2.10 Kvalita života a zmysel života

Zmysel života vymedzuje D. Kováč (2007, s.374-375) ako „individuálne vytváraný systémový psychoregulátor ľudského konania intrapsychického zloženia, ktorým osobnosť pripisuje podstatný, existenčný význam vlastnému bytiu, druhým, svetu v súlade s vyznávanými hodnotami.“ Podľa uvedeného autora, empirické výskumy spresnili, že ako účinné zdroje zmyslu života najčastejšie vystupujú:

- vývin hodnotových orientácií (vlastné dobro, rodina, profesiová kariéra, láska k prírode, záujmové činnosti, evanjelizácia atď.),
- rôzne významné životné udalosti (napr. vážne ochorenie, uzavretie manželstva, narodenie dieťaťa, strata blízkej osoby, bankrot),
- postoj k smrti (banalizovanie, tabuizovanie, tzv. osvojená smrť, smrť ako kultúrna hodnota a i.),
- zvnútornená náboženská viera, nielen v nezištnom konaní dobra na tomto svete ale viera v pokračujúci života v transcendentne.

Nachádzaný a rozvíjaný *zmysel života* je podľa D. Kováča (2007, s.375) „*takým vrcholovým psychoregulátorom jednotlivých komponentov kvality života, ktorý je súčasne aj najúčinnjším prameňom stálej spokojnosti človeka so svojím životom, zdrojom pretrvávajúcej pohody, fórum, na ktorom sa môžu objaviť zavše aj chvíle šťastia.*“

Otázka zmyslu života sprevádza ľudstvo po celú dobu jeho existencie. U väčšiny autorov, ktorí sa pýtali na zmysel života alebo zmysel smrti, je možno nájsť filozofické, sociologické, psychologické alebo teologické pozadie<sup>15</sup>. Nájsť odpoveď na otázku zmyslu života nie je vôbec ľahké.

Sociálne vedy, ale zvlášť filozofia a religionistika ukazujú, že na otázku zmyslu nemožno odpovedať ani na základe vnútorných zážitkov jednotlivca, lebo sú u každého iné a preto nemajú normatívny ráz (Tavel, 2004). Ako sme už uviedli, problematike súvisiacej so zmyslom života sa venovalo viacero autorov ako napr. A. Adler (1998); V. E. Frankl (1985, 1994, 1996, 1997, 2006a, 2006b, 2009); A. Längle (2008); E. Lukasová (1998) ap.; v českých a slovenských podmienkach sa zmyslu života venujú P. Tavel (2004); K. Balcar (2005); J. Krivohlavý (2006); D. Kováč (2003, 2004, 2007); P. Halama (2007) a ďalší.

O rozšírenie pojmu *zmysel života* sa v psychológii najviac zaslúžil videnský psychiater a filozof V. E. Frankl. V jeho logoterapii a existenciálnej analýze má ústredné miesto tzv. „*vôľa k zmyslu*“, ktorú chápe ako ľudskú túžbu nájsť a naplniť v živote nejaký zmysel a hodnoty (Frankl, 1985, 1994, 1996, 1997, 2009). Táto túžba je podľa neho hlavnou motivačnou silou človeka a chronické zlyhávanie v jej uskutočňovaní vedie k existenciálnemu vákuu (nedostatok zmyslu a existenciálna prázdnota), ktoré môže byť príčinou psychickej patológie, najmä depresie a tzv. noogénnej neurózy. Frankl chápal vytváranie zmyslu života ako proces odhaľovania hodnôt a cieľov v jednotlivých situáciách života. Život má podľa neho zmysel v každej situácii, úlohou človeka je tento zmysel objaviť a realizovať. Aj v utrpení a v bezvýhodiskových situáciách môže človek nájsť zmysel pomocou ľudskej schopnosti sebatranscendencie, ktorá umožňuje prekročiť okruh vlastných potrieb a zamerať sa na hodnoty mimo seba. Popri *logoterapii* zavedenej V. E. Franklom a ktorú stručne definujú P. Hartl a H. Hartlová (2000, s. 297) ako „*psychoterapeutický smer existenciálnej analýzy snažiaci sa odhaliť v biografii chorého zmysel jeho života*“, je potrebné spomenúť aj *na zmysel zamerané poradenstvo (meaning-centered counseling)*. Podľa P. Halamu (2007, s. 192) pojem zaviedol P. T. P. Wong v roku 1998, pričom ide „*o súhrnný konceptuálny model zdôrazňujúci ústrednú rolu zmyslu života v procese adaptácie a osobného rastu. Tento model predpokladá, že osobný rast primárne závisí od chápania a prijatia zmyslu osobnej situácie, vlastnej existencie, ako aj snahy o naplnenie hodnotných životných cieľov.*“

<sup>15</sup> Podľa slovenského psychológa P. Halamu (2007) môžeme korene psychologického uvažovania nad zmyslom života nájsť hlavne v dvoch psychologicko-antropologických prúdoch. Prvým prúdom je existenciálna filozofia a psychológia, ktorá vychádza z Kierkegaarda, Husserla a pokračuje Jaspersom, Marcelom a Sartrom; tento prúd našiel odozvu najmä u V. Frankla. Druhým prúdom sú teleologické a finalistické koncepcie v psychológii osobnosti, podľa ktorých je ľudská aktivita určená svojím cieľom; Krivohlavý zahŕňa tieto prúdy pod spoločný názov *psychológia účelu diania*.

Podľa P. Halamu výsledky výskumov potvrdili dôležitú úlohu iných ľudí a zážitku spoločenstva, pomoci či príkladu iných pri budovaní zmyslu života, ktorú možno využiť aj v skupinovej terapii.

V. E. Frankl (2009) previedol štatistickú sondu medzi poslucháčmi svojich prednášok na Lekárskej fakulte Viedenskej univerzity a medzi svojimi poslucháčmi v USA. 40 % opýtaných poslucháčov vo Viedni a až 81 % opýtaných poslucháčov v USA sa vyjadrilo, že zažilo pocit straty zmyslu. Až 18 % amerických študentov v ankete vyhlásilo, že život nemá žiadny zmysel a pol milióna teenagerov v Amerike sa každý rok pokúsi o samovraždu, čo podľa Frankla tiež súvisí s otázkou zmyslu života.

Počas obdobia socializmu sa v komunistických krajinách buď nehovorilo o zmysle života, alebo sa človeku za cieľ života kládlo budovanie socialistickej vlasti. Po novembri 1989 sa táto téma v našom spoločenskom živote začala objavovať, ale obrat v myslení nenastal automaticky. E. Boldišová (podľa Tavela, 2004, s.22) hovorí: *„Čas obrastený totalitnou propagandistickou srstou pomínil, ale skutočná zmena myslenia sa aj v tejto oblasti deje pomaly a bolestivo, ... zabúdame na existencionálny základ, na mantinely, v ktorých sa vo svete pohybujeme, na zmysel toho, prečo je tu vlastne umenie, politika, filozofia, človek.“* Hovorí sa o epidémii depresie; I. Pasquale (podľa Tavela 2004) vidí východisko z tejto situácie nielen v psychologickom pomoci, ale aj v duchovnom prebudení: *„Prevenciu možno vidieť v optimizme, nádeji, odvahe, pokore, добрote, zdvorilosti, trpezlivosti, altruizme, čestnosti, ušľachtilosti a viere.“*

Vplyvu ujasnenia zmysluplnosti života a bytia na zdravie sa venuje J. Krivohlavý (2006, s. 185): *„Ujasnenie si toho, kto ja vlastne som, a tým i zmysluplnosti vlastného života sa prejavuje okrem iného i v zlepšení zdravia – psychického i fyzického. Je to možné pozorovať napr. v pozitívnejšom hodnotení situácie tam, kde je chápaná ako zmyslupľnejšia. Bower, Kemeny, Taylor a Fahey (1998) publikovali prácu, ktorá ukázala, že po psychoterapii zameranej na posilnenie zmysluplnosti života a bytia došlo k rýchlemu zníženiu hodnôt T-lymfocytov u pacientov s diagnózou HIV.“* Zníženie hodnôt T-lymfocytov je pri tom kľúčovým príznakom pozitívnych zmien v procese ochorenia na diagnózu HIV. Autor uvádza aj ďalšie práce zamerané na pomoc ľuďom, ktorí stratili niekoho blízkeho, v uvedených prácach sa preukázala efektivita psychoterapie zameranej na tvorbu zmysluplného ponímania života. Podarilo sa znížiť prah bolesti pri úmrtí blízkej osoby a nachádzať niečo, čo malo pre daných ľudí pozitívnu hodnotu.

Zmysel života je odpoveďou na naliehavú otázku: *„Pre čo žiť?“* A. Längle (2002, s. 7) hovorí: *„Človek sa nechce „nechať žiť“ v tupej a slepej pasivite. Chce vedieť a cítiť, k čomu tu je, pre čo má niečo vykonať. Chce svoj život vo vzťahu k svojmu okoliu a k druhým ľuďom spoluutvárať. Chce byť tam, kde je možné cítiť cenu života a chce mať podiel na tom, čo je vo svete zaujímavého, krásneho a významného.“* Práve to dáva životu cenu. Viac ako šesť desaťročí kládol V. E. Frankl základy učenia o zmysle známeho ako *„existenciálna analýza“* či *logoterapia*. Výsledky jeho práce sú vo svete s úspechom overované jeho nespočtými žiakmi a vyvolávajú stále väčší záujem v oblastiach psychoterapie, pedagogiky, duchovnej

starostlivosti, filozofie, ekonómie a sociálnej práce. Majú značný význam nielen u už existujúcich ochorení a porúch, ale predovšetkým v predpolí, v psychologickú a psychosomatickej prevencii a vo výchove. Nakoniec sú i vecne podloženým návodom k sebarozvoju a k zlepšovaniu duchovnej a duševnej kvality života. Hľadanie zmyslu je proces, ktorý má dva znaky: musí prebiehať neustále a nikto v ňom nemôže človeka zastúpiť (Längle 2002). Podľa autora má tak hľadanie zmyslu tie isté znaky ako život, ktorý musí žiť vždy len človek sám a vždy stále znovu. V. E. Frankl (2009, s. 88) pri svojich prednáškach uviedol myšlienku s vysokou výpovednou hodnotou: „Človek je v konečnom dôsledku a pôvodne oduševnený, takpovediac nadšený svojou vôľou k zmyslu – túžbou v čo najvyššej miere naplniť svoj život zmyslom a bojuje o obsah života, jeho zmysel“; pričom uvedenými slovami zdôraznil nenahraditeľný význam zmyslu života v živote nás všetkých.

V kapitole o kvalite života sme sa venovali jej pojmovému vymedzeniu, definíciám a prístupom ku kvalite života z pohľadu rôznych vedných disciplín a uzavreli sme ju úvahami o zmysle života a jeho nenahraditeľnosti, a o potrebe vnímania života ako zmysluplného; v nasledovnej kapitole si priblížime problematiku onkologických chorôb, ich výskyt vo svete, v krajinách Európy i u nás a svoju pozornosť zameriame najmä na kvalitu života onkologicky chorých.

## 1.2 Onkologické choroby a kvalita života onkologicky chorých

Po ústupe výskytu infekčných chorôb a úmrtí na ne (od 70. rokov minulého storočia) predstavujú onkologické choroby vysokým percentuálnym podielom druhú najčastejšiu príčinu smrti v populácii mužov aj žien vo všetkých krajinách Európskej únie i v rámci celého Európskeho regiónu; na prvom mieste sú kardiovaskulárne choroby. Žiaľ, Slovenská republika patrí na popredné miesta v štatistikách incidencie zhubných nádorov nielen v porovnaní s krajinami Európskej únie ale i v celosvetovom porovnaní. Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) vydáva každé dva roky publikáciu *Stručný pohľad na zdravie (Health at a Glance)*; v poslednej publikácii z roku 2011 sa uvádza, že v krajinách OECD v roku 2009 pripadlo v priemere 28 % zo všetkých úmrtí úmrtiam na onkologické choroby. Úmrtnosť na rakovinu bola najnižšia v Mexiku, Fínsku, Japonsku a Švajčiarsku a naopak najvyššia v krajinách strednej a východnej Európy (Maďarsko, Poľsko, Slovinsko, Česká republika a Slovenská republika) a v Dánsku (OECD, 2011). Štatistické ukazovatele poukazujúce na skutočnosť, že počet prípadov novohlásených zhubných nádorov v Slovenskej republike sa každoročne zvyšuje, považujeme za alarmujúce (tabuľky 4, 5, 6 a 7; obrázky 1 a 2). Pre potreby predkladanej štúdie sme požadované štatistické údaje získali z databázy Svetovej zdravotníckej organizácie (*WHO, Global Health Observatory Data Repository*, 2011) a z posledných spracovaných a dostupných slovenských zdravotníckych štatistík (Safei-Diba et al. 2012, Hlava et al. 2010).

### 1.2.1 Bio-psycho-sociálno-spirituálne aspekty onkologických chorôb

Ako sme už uviedli, v posledných rokoch pribúda v slovenskej populácii ročne viac ako 25 000 novohlásených zhubných nádorov. Ch. Safaei-Diba et al. (2012) a P. Hlava et al. (2010) uvádzajú v prehľade incidencie zhubných nádorov v SR za rok 2006 spolu 25 894 novohlásených zhubných nádorov, z toho je 13 241 mužov (51,14 %) a 12 653 žien (48,86 %). Úmrtnosť na nádory v Slovenskej republike (podľa kategorizácie európskej štandardnej úmrtnosti) významne vzrástla – zo 16 % v roku 1968 na 22 % v roku 2008, pričom počas uvedeného obdobia ide u mužov o nárast zo 16 % v roku 1970 na 22 % v roku 2000 a u žien o nárast z 15 % v roku 1970 na 21 % v roku 2008.

Prezidentka Ligy proti rakovine v SR E. Siracká (2003, s. 1) pri prezentovaní *Práv onkologických pacientov* zdôrazňovala: „*Onkologický pacient je v určitom zmysle stále pacientom po celý život. Je tu nutnosť prísnej dispenzarizácie, pravidelných kontrol, opakovaných aj náročných diagnostických testov počas mnohých rokov po liečbe. Táto skutočnosť determinuje psychologický stav pacienta, ale aj situáciu pacienta v rodine a spoločnosti. ... Často sa stretávame so smutnými a často až tragickými situáciami, ktoré prežívajú aj liečení onkologickí pacienti. Diskriminácie, nepodložené predstavy nejakej „infekčnosti“ rakoviny pre okolie, izolácia pacienta v rodine, rozvody.*“

### 1.2.1.1 Výskyt onkologických chorôb vo svete, v Európe a v SR

**Tabuľka 4 Počet úmrtí na onkologické choroby vo svete na 100 000 obyvateľov za rok 2008 podľa údajov WHO**

VYBRANÉ KRAJINY SVETA S VYSPELOU EKONOMIKOU		
ŠTÁT	MUŽI	ŽENY
USA	141	104
Kanada	142	107
Japonsko	150	77
Austrália	141	93
VYBRANÉ KRAJINY EURÓPY		
ŠTÁT	MUŽI	ŽENY
Nemecko	156	99
Francúzsko	183	94
Veľká Británia	155	114
Írsko	153	119
Belgicko	163	93
Luxemburg	156	93
Švajčiarsko	93	71
Rakúsko	154	95
Taliansko	158	91
Španielsko	168	78
Portugalsko	182	89
Dánsko	177	133
Fínsko	127	85
Švédsko	128	101
Nórsko	151	108
Grécko	165	87
Cyprus	101	65
Malta	137	92
KRAJINY V 4		
ŠTÁT	MUŽI	ŽENY
Slovenská republika	219	210
Česká republika	202	116
Poľsko	229	121
Maďarsko	255	134

Zdroj: podľa WHO, World Health Statistics, Global Health Observatory Data Repository, 2011



**Tabuľka 5 Zmeny v priemernom počte a incidencii zhubných nádorov u mužov v SR v rokoch 2001-2005 v porovnaní s rokmi 1981-1985**

MUŽI					
	1981-1985		2001-2005		rozdiel
vekové skupiny	počet (n)	incidencia	počet (n)	incidencia	v incidencii (%)
30-39	255	69,7	272	70,7	+1,44
40-49	746	286,6	1026	256,9	-10,38
50-59	1955	772,9	2453	782,1	+1,18
60-69	2298	1419,9	3319	1829,1	+28,82
70-79	2504	2266,4	3531	3061,3	+35,07
80+	255	2461,5	272	3534,0	+43,57

Zdroj: Ch. Safaei-Diba et al., 2010; P. Hlava et al., 2010

**Tabuľka 6 Zmeny v priemernom počte a incidencii zhubných nádorov u žien v SR v rokoch 2001-2005 v porovnaní s rokmi 1981-1985**

ŽENY					
	1981-1985		2001-2005		rozdiel
vekové skupiny	počet (n)	incidencia	počet (n)	incidencia	v incidencii (%)
30-39	335	92,2	480	127,2	+37,97
40-49	685	247,5	1270	316,2	+27,73
50-59	1358	481,9	2140	623,4	+29,36
60-69	1530	781,0	2552	1061,4	+35,90
70-79	1838	1179,3	3062	1582,1	+34,15
80+	335	1360,2	480	1912,3	+40,59

Zdroj: Ch. Safaei-Diba et al., 2010; P. Hlava et al., 2010

Porovnania vývoja vekovo-špecifickej incidencie v období rokov 1981-1985 a 2001-2005 podľa pohlavia (tabuľka 5 a 6) charakterizujú podľa štatistických ukazovateľov (Safaei-Diba et al., 2010; Hlava et al., 2010) nasledovné zistenia:

- u mužov (okrem vekovej kategórie 40-49 rokov) stúpla miera incidencie vo všetkých ostatných vekových skupinách, najviac u 70-79 ročných o +35,7 % a u 80 a starších až o +43,6 %;
- u žien môžeme pozorovať nárast miery incidencie vo všetkých hodnotených vekových skupinách, pričom najvyšší nárast je v skupine mladých žien 30-39 ročných o +37,97 % ako aj v skupine starších žien (80 rokov a viac) o +40,59 %.

Ako vyplýva zo Zdravotníckej ročenky Slovenskej republiky (2010), výrazný podiel hlásených ochorení na zhubné nádory v SR v roku 2007 predstavujú vyššie vekové kategórie

mužov aj žien, predovšetkým ide o vekovú skupinu 70-74 rokov; prehľad presných údajov nám približuje tabuľka 7.

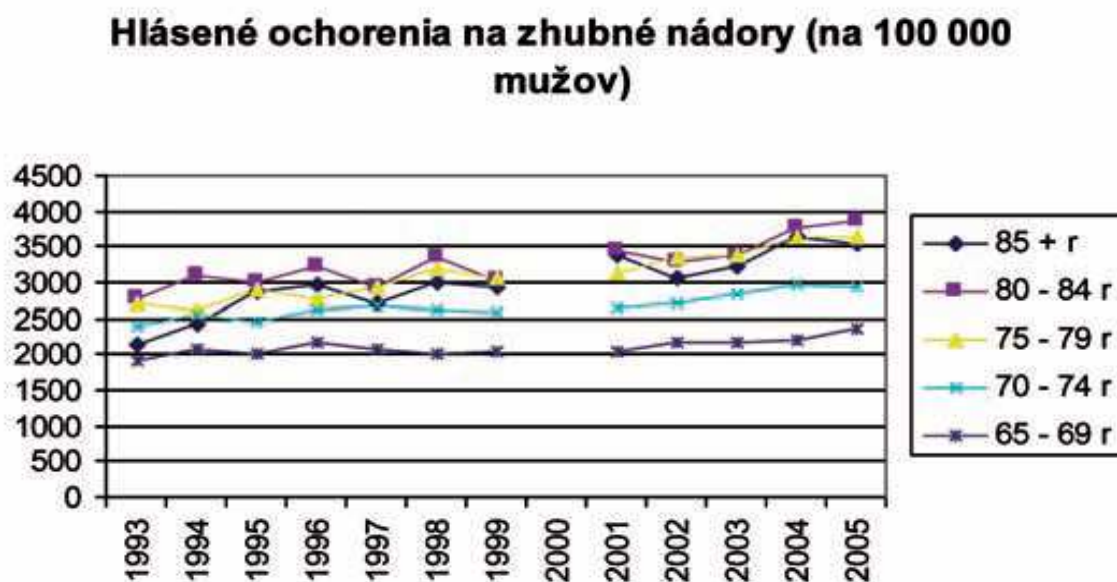
**Tabuľka 7 Hlásené ochorenia na zhubné nádory v SR v roku 2007 podľa veku (vekové skupiny 65 rokov a viac)**

Veková skupina	Počet hlásených ochorení	
	MUŽI	ŽENY
65-69	2070	1580
70-74	2089	1692
75-79	1801	1662
80-84	1195	1361
85+	574	807

Zdroj: Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky (2010)

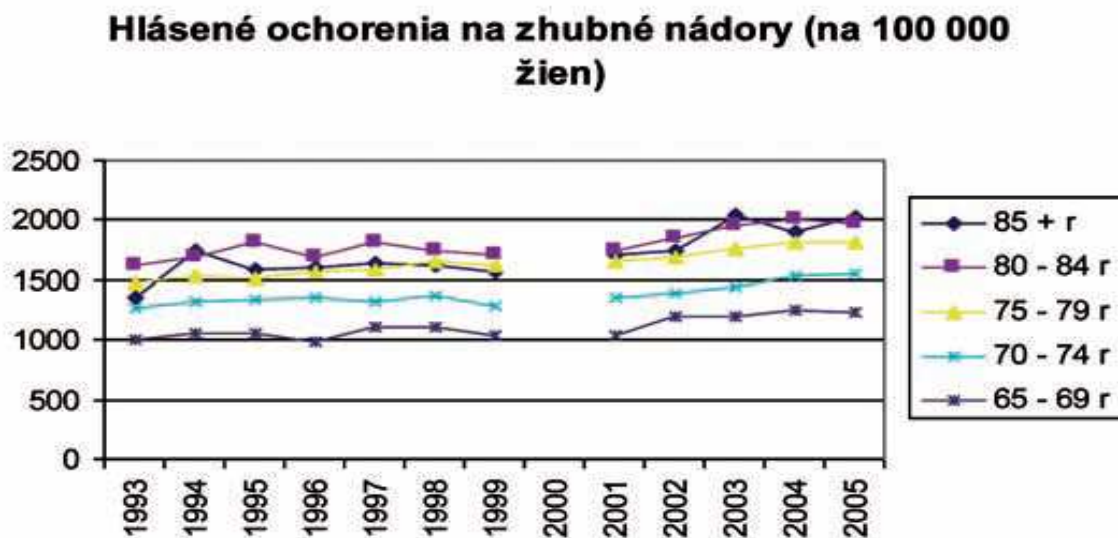
Prehľad nepriaznivého nárastu hlásených ochorení na zhubné nádory v SR v rokoch 1993 až 2005 - v kategóriách starších mužov a starších žien nám približujú obrázky 4 a 5.

**Obrázok 4 Hlásené ochorenia na zhubné nádory u starších mužov v rokoch 1993-2005. Počet ochorení na 100 000 starších mužov**



Zdroj: Zdravotnícka ročenka Slovenska, Bratislava, ed. 1996 – 2008.  
Poznámka: chýbajú údaje za rok 2000.

**Obrázok 5 Hlásené ochorenia na zhubné nádory u starších žien v rokoch 1993-2005. Počet ochorení na 100 000 starších žien**



Zdroj: Zdravotnícka ročenka Slovenska, Bratislava, ed. 1996 – 2008.  
Poznámka: chýbajú údaje za rok 2000

Keďže vo vyspelých krajinách Európskej únie bol v posledných rokoch (pravdepodobne aj pod vplyvom účinných programov a opatrení v oblasti skreeningu a prevencie) zaznamenaný pokles miery incidencie zhubných nádorov u obidvoch pohlaví, považujeme údaje v tabuľkách 4, 5, 6, 7 a v obrázkoch 4 a 5 za mimoriadne alarmujúce.

### 1.2.1.2 História a súčasné problémy liečby onkologických chorôb

Pokusy o využitie chemických látok v liečbe zhubných nádorov siahajú podľa I. Gulášovej (2009) do dávnej minulosti; systematické úsilie o potlačenie zhubnej (malignej) profilerácie buniek chemoterapiou možno však sledovať až od 60. rokov 19. storočia, keď Eisenman zaznamenal úspech v liečbe kožnej papilomatózy a Lissauer v liečbe chronickej myeloidnej leukémie. Ďalšia významná etapa sa začala koncom 40. rokov 20. storočia, ale chemoterapia mala napriek nesporným úspechom postavenie doplnkovej metódy. Hlavnými terapeutickými metódami zostávali chirurgická liečba a rádioterapia. Až na prelome 60. a 70. rokov 20. storočia sa chemoterapia stala rovnocennou metódou oboch uvedených spôsobov a dnes má v liečbe zhubných chorôb pevné miesto (Gulášová 2009).

### 1.2.1.3 Súčasné trendy vo výskume onkologických chorôb

Onkologická choroba môže postihnúť človeka v každom veku. Žiaľ, napriek mimoriadnemu úsiliu vedcov a lekárov na celom svete výskyt tejto zákernej choroby neustále narastá. Ako sme už uviedli, podľa posledných údajov z Národného onkologického registra (Safei-Diba et al. 2012) sme na Slovensku v rokoch 2006-2008 diagnostikovali približne 25 000 nových prípadov. Povzbudzujúce sú pokroky v medicíne, ktoré sa dosiahli v posledných rokoch v poznávaní príčin vzniku rakoviny a v hľadaní spoľahlivých metód na včasnú diagnostiku, keďže umožňujú preventívnymi vyšetreniami zistiť jej včasné štádiá, kedy je šanca na úspešnú liečbu podstatne väčšia.

Dnes je v klinickom používaní asi 40 až 60 liekov proti nádorovej chorobe. Niektoré z nich môžu chorobu vyliečiť, iné potlačiť nádorový rast a predĺžiť život pacienta. Každoročne sa v laboratóriách na celom svete testujú státisíce látok, z ktorých iba niekoľko stoviek vykazuje účinky v laboratórnych pokusoch. Z tých najúčinnjších sa iba niekoľko desiatok dostane do testovania v klinike, ale približne ročne po dlhom skúšaní pribudnú iba 1-2 nové účinné látky, ktoré rozšíria možnosti liečby nádorovej choroby (Siracký 2001, s.128, 137). Vo výskume na úrovni molekulárnej biológie sa objavili podstatne väčšie rozdiely medzi normálnymi a nádorovými bunkami než sme poznali predtým. Dnes sú už známe presné miesta v bunke a v jej genetickom vybavení v DNA, ktoré sú zodpovedné za nádorový rast. Preto sa rozbieha výskum doteraz nevidanej intenzity, ktorý financujú najmä veľké farmaceutické spoločnosti.

Objav účinných látok, ktoré budú schopné oveľa presnejšie zasahovať iba nádorové bunky a neporušovať zdravé tkanivá, sa stal náhle podstatne perspektívnejším ako v predošlých desaťročiach druhej polovice dvadsiateho storočia.

### 1.2.1.3 Medicínska charakteristika onkologických chorôb

Nádorové choroby patria spolu so srdcovo-cievnyimi chorobami medzi najčastejšie neinfekčné chronické choroby. Incidencia zhubných nádorov sa zvyšuje skoro logaritmicky už od 40. roku života a zhubné nádory sú na druhom mieste príčin smrti v priemyselne vyspelých štátoch vo svete. Zhubné nádory sú súborom chorôb, a nie jednou chorobou. Veľkú väčšinu zhubných nádorov možno považovať za chronické ochorenia, ktoré sa vyvíjajú často veľmi dlho. Niektoré sú v asymptomatickom štádiu ako prekancerózy aj niekoľko rokov.

Nádor vzniká neobmedzeným množením sa buniek organizmu, ktoré sa „vymkli“ spod kontroly regulačných mechanizmov organizmu. Nádory majú inú skladbu ako tkanivo, na ktorom rastú. Podľa vzhľadu, štruktúry, spôsobu rastu a vplyvu na organizmus rozdeľujeme nádory na nezhubné, neškodné (benígne) a zhubné (malígne). Nezhubné nádory pri raste

odtláčajú, stláčajú alebo roztláčajú susedné tkanivá a orgány. Sú zreteľne ohraničené, zväčšujú sa pomaly a neprenášajú sa na iné miesto tela ani krvou ani miazgovou cestou. Po vyoperovaní môžu znovu narásť, ale spravidla neohrozujú život chorého. Nebezpečné sú len vtedy, ak zasahujú životne dôležité centrá (najmä mozog). Zhubné nádory rastú rýchlo, prenikajú do okolitých tkanív a tvoria druhotné nádorové ložiská vo vzdialených orgánoch.<sup>16</sup> Čím skôr sa zhubný nádor zistí a vyoperuje, tým viac sa predĺži život pacienta. Najlepšie dlhodobé výsledky prináša kombinovaná liečba: operácia, ožarovanie, liečba hormonálnymi prípravkami a chemickými prostriedkami – cytostatikami (Beniak 1989; Siracký et al. 2001; Žaloudík 2008).

Starovekí vedci, predchodcovia modernej medicíny, napr. Hippokrates (460-375 pred n. l.) a Galenos (129-199 n. l.), už opísali klinické stavy, ktoré sa zhodujú s dnešnými pojmi zhubných a nezhubných nádorov. Pokroky v poznávaní nádorov priniesol objav mikroskopu, ktorý umožnil rozoznávanie rozličných druhov nádoru podľa charakteru bunkového zloženia. Moderný biologicko-lekársky výskum a bohaté klinické skúsenosti, získané za pomoci moderných diagnostických techník, pomáhajú postupne odhaľovať záhady nádorovej choroby. V súčasnosti existujú v mnohých štátoch tzv. nádorové registre, v ktorých sa zhromažďujú informácie o výskyte nádorov.<sup>17</sup>

Dnes je podstatne dôležité rozhodovanie o liečbe tzv. multidisciplinárneho charakteru. Diagnostikovaný prípad rakovinového ochorenia vyhodnocuje celý tím odborníkov (chirurg, rádioterapeut, chemoterapeut, histopatológ, prípadne ďalší odborníci), ktorý podľa všetkých dostupných kritérií rozhoduje o najvhodnejšom liečebnom prístupe, o kombinácii, ako i o časovom slede jednotlivých prístupov. Faktory, ktoré determinujú toto rozhodovanie, sú viaceré. V prvom rade je to štandardnou širokou škálou diagnostických prístupov stanovený rozsah nádorového ochorenia. Prakticky vo všetkých krajinách sveta sa používa tzv. TNM-systém klasifikácie rozsahu nádoru (T = tumor, N = postihnutie regionálnych lymfatických uzlín a M = vzdialené metastázy). Takáto medzinárodne akceptovaná klasifikácia rozsahu ochorenia umožňuje vyhodnocovanie a porovnávanie liečebných výsledkov medzi rôznymi krajinami sveta, čo má veľmi dôležitý význam pre nachádzanie optimálnych liečebných prístupov (Siracký, 2001).<sup>18</sup> Pri liečbe zhubných nádorov je dôležitá aj podporná liečba. Jej súčasťou je primeraná výživa, ktorá má zaistiť

<sup>16</sup> Postihnutý človek chudne, stráca sily a napokon môže chorobe podľahnúť. Nové nádorové tkanivo začne tlačiť na okolité zdravé tkanivá i orgány, často do nich prerastá a jednotlivé bunky alebo zhluky nádorových buniek sa krvnou alebo miazgovou cestou môžu zanášať na vzdialené miesta a tvoriť tam nové nádorové ložiská – metastázy.

<sup>17</sup> Celkový výskyt nádorov v celej populácii na Slovensku stále stúpa. Ako tvrdí Beniak, je zaujímavé, že krivka výskytu nádorovej choroby stúpa podstatne prudšie ako krivka počtu zomretých. To znamená, že sa každoročne zvyšuje percento vyliečených pacientov, ktorí ochoreli na nádorovú chorobu; podľa autora je to pravdepodobne výsledok zlepšujúcich sa diagnostických a liečebných možností.

<sup>18</sup> Aké sú výsledky liečby zhubných nádorov, koľko pacientov vieme dnes vyliečiť? Podľa Beniaka (1989) je potrebné zdôrazniť, že perspektívy vyliečenia sú pri mnohých zhubných nádoroch veľmi priaznivé, ak sa choroba zistí včas, v začiatočnom štádiu. Ak je nádor v pokročilejšom štádiu, vyhliadky na jeho vyliečenie sú vždy horšie. Pravdaže, veľmi dôležitá je správna liečba, najčastejšie správna kombinácia liečebných metód. Ak sa lieči zhubný nádor včas, môžeme dosiahnuť naozaj veľmi dobré výsledky. Dnes vieme vyliečiť takmer polovicu pacientov s nádorovou chorobou. Keby pacienti prichádzali k lekárovi na začiatku ochorenia a liečili sa podľa najnovších poznatkov, mohli by sme pravdepodobne už dnes vyliečiť 60-70 % pacientov.

uspokojivý celkový stav pacienta. Všeobecne treba chrániť pacientov proti infekciám, ktoré môžu komplikovať, ba až znemožniť liečbu. Súčasťou podpornej liečby je i rehabilitácia pacientov po liečbe. Zdôrazňuje sa starostlivosť nielen o fyzickú, ale i sociálnu a psychologickú rehabilitáciu.

Ľudia bežne spájajú rakovinu najmä s fajčením, so znečistením životného prostredia (ovzdušia, vody, pôdy), s geneticky upravovanými potravinami, pesticídmi, umelými hnojivami a pod. Mnohí sa zmierili s osudom dedičnej záťaže na rakovinu. Len málokto si uvedomí, že rovnaký dopad na zdravie môžu mať zlé stravovacie návyky. Keď porovnáme spôsob stravovania našich predkov (výskyt rakoviny bol omnoho nižší) so súčasným moderným spôsobom, vidíme veľké rozdiely. Dnešný človek, ktorý sa permanentne sťažuje na zaneprázdnenosť a nedostatok času, prijíma už hotové, často priemyselne pripravené jedlá alebo suroviny s neprirodzene vysokým obsahom cukrov, tukov a s chemickými konzervačnými látkami. Výživné látky konzumuje vo forme doplnkov výživy, s vysokým obsahom vitamínov, mikroelementov a iných esenciálnych látok, namiesto čerstvej zeleniny a ovocia, ktorá poskytuje tieto látky vo svojej prirodzenej podobe a vo vyvážených množstvách. Ako uvádzajú R. Béliveau a D. Gingras (2008), k tomuto trendu veľmi „pomáha“ agresívna reklama o zdravotnej prospešnosti priemyselne vyrábaných výrobkov. R. M. Kaplan, J. F. Sallis a T. L. Patterson (1996) uvádzajú, že vysoká úmrtnosť na rakovinu je v krajinách s najvyšším podielom tukov v strave (USA, Dánsko a Nový Zéland) a naopak, najnižšia úmrtnosť je v krajinách ako Thajsko, Filipíny, Japonsko. Ako už bolo spomenuté, vo vyspelých európskych krajinách ochorenie a úmrtnosť na zhubné nádory klesá a je významne nižšia ako u nás. Zmenu by mohol priniesť zdravý spôsob života a zdravé životné prostredie, ďalej na strane medicínskej nové screeningové a liečebné metódy, ktoré však predstavujú jednu z najnákladnejších položiek súčasnej medicíny.<sup>19</sup>

Vymazať úplne choroby v dohľadnej dobe nie je realizovateľný cieľ medicíny; ochrana zdravia zahŕňa rozpoznanie choroby (diagnózu), najlepšie možné komplexné liečenia (terapiu), účinné doliečenie, prípadne znovuzaradenie postihnutého (rehabilitáciu), ale i zabraňovanie novým ochoreniam (prevenciu), pričom ani jeden z článkov tohto refazca by nemal ostať zanedbaný. Spolupráca všetkých zainteresovaných subjektov je nevyhnutná viac ako v ktorejkoľvek inej oblasti.

### **1.2.1.5 Psychosomatický prístup k onkologickým chorobám**

Ako sme už uviedli, psychosomatická medicína našej doby je charakterizovaná:

a) štúdiom vzťahov biologických, psychických a sociálnych pri vzniku choroby,

<sup>19</sup> Onkologické ochorenia predstavujú stále jeden z najzávažnejších problémov medicíny a nakoľko sa na medzinárodnej úrovni spracováva ešte mnoho nevyriešených otázok, je nutné využiť všetky už existujúce možnosti k prevencii, k zabráneniu vzniku i k liečbe rakoviny. Rakovina už nemusí byť osudná, v zásade je liečiteľná. Vzhľadom k jej rôznym formám sa šance na vyliečenie síce líšia, vždy však závisia od včasného objavenia a následných účinných terapií.

- b) komplexným praktickým prístupom vrátane zahrnutia všetkých týchto faktorov pri určovaní diagnózy, liečby i prevencii chorôb,
- c) zavádzaním tímovej spolupráce rôznych špecialistov vrátane psychológa a psychiatra na klinickej pôde, aby sa uplatnilo celostné ponímanie starostlivosti o človeka.

Pokusy o celostný prístup k chorému sa prejavovali už v staroveku. Čo sa týka ponímania vzniku a vývoja rakoviny v skorších dobách, už vtedy sa lekári snažili o širší než biologický prístup. Podľa O. Dostálovej (1993, s.102-103): „v 2. storočí nášho letopočtu napr. Galenos pozoroval, že melancholické ženy ochorejú častejšie na rakovinu prsníka než ženy sangvinické. Gendron zase v r. 1701 napísal, že strach a hlboký žiaľ vyvolávajú rakovinu. Guy v r. 1759 tvrdil, že ženy s hysterickými a nervovými ťažkosťami sú viac ohrozené rakovinou; najviac však melancholické ženy, ktoré prežili veľa katastrofálnych situácií spojených s bolestnými zážitkami.“

Výskumom v oblasti psychosomatického ponímania onkologických ochorení sa zaoberali mnohé zahraničné štúdie. V r. 1926 vyšetřovala E. Evansová psycho-analytickými metódami 100 pacientov s rakovinou a zistila, že nejakú dobu pred vznikom nádoru stratili alebo prerušili citový vzťah, na ktorý boli výrazne fixovaní. Ďalej H. T. Bahnson et al. (podľa Dostálovej, 1993) zisťovali typ osobnosti a obranné mechanizmy u pacientov chorých na rakovinu v porovnaní s rôznymi inými skupinami pokusných osôb.<sup>20</sup> Pacienti s rakovinou viac ako ostatní popierali a potláčali neprijemné a sociálne nežiaduce pocity. Prevládali u nich ďaleko viac depresívne pocity než úzkosť a nepriateľstvo. Tieto rozdiely oproti ostatným skupinám boli vysoko významné.<sup>21</sup> Svoju dôležitosť vykazuje rodinné prostredie, najmä dynamika rodinných vzťahov. Špecifická pre neskoršie nádorové bujnenie je rodina bez otvorených, emočne živých vzťahov, ktorá pripomína veľkú chladnú miestnosť, alebo rodina sociálne izolovaná, kde nedostatok sociálnej prestíže má vykompenzovať ich dieťa a pritom je malá pozornosť venovaná potrebám jednotlivých členov rodiny (Klener, Vorlíček, 1998). V týchto súvislostiach uvádza O. Dostálová (1993) súhrn psychosociálnych faktorov významných u rakoviny, ktoré môžu mať vzťah ku vzniku tohto ochorenia a ktoré boli popísané rôznymi bádateľmi:

- *Traumatické zážitky z detstva, predovšetkým strata blízkych osôb.*

V detstve môže byť traumatickým zážitkom i sklamanie detskej dôvery dospelými, ktorí ťažia z nadradeného postavenia nad dieťaťom. To môže byť dôvodom k celoživotnej neistote, k predčasnej strate ideálov a nedôvere k ľuďom, ktoré činia človeka osamoteným.

- *Neskoršie straty blízkych osôb.* Pokiaľ nadväzujú na bolestný zážitok z detstva,

<sup>20</sup> Išlo o pacientov po vážnej operácii, po dopravných nehodách a o zdravých ľudí.

<sup>21</sup> Jednoznačnú odpoveď na otázku, či je onkologické ochorenie psychosomatickou chorobou, nemáme k dispozícii. Podľa O. Dostálovej (1993) ani napriek množstvu rôznych pozorovaní nie je zatiaľ v otázke rakoviny a psychosomatiky jasno. Tvrdenie, že rakovina je pravdepodobne psychosomatickou chorobou vyplýva predovšetkým z teoretických poznatkov psychoimunológie a psychoonkológie a tiež zo štatistických rozborov niektorých klinických pozorovaní o vplyve stresogénnych životných udalostí na citlivých jednotlivcov. Pretože sa však doteraz stretávame s množstvom protichodných tvrdení, nie je zatiaľ možné zaujať jednoznačné stanovisko.

- zasiahnu človeka ďalšou ranou na nezahojenom mieste. Strata milovaného partnera je rovnako ťažká ako strata dieťaťa.
- *Kancerofóbia (nadmerný strach z ochorenia na rakovinu)*. Vyskytuje sa u príslušníkov „karcinómových rodín“ alebo u tých, ktorí prišli v priebehu života do bližšieho styku s chorým, trpiacim na rakovinu. Nie je vylúčené, že časté premýšľanie o týchto negatívnych zážitkoch a trvalý strach by mohli pôsobiť ako stresogénny podnet.
  - *Strata koncepcie vlastného života*. Do tejto skupiny patrí:
    - a) *Strata ilúzie manželského vzťahu* - častejšia je u žien. Stretávame túto situáciu u veľkej skupiny žien s rakovinou prsníka.
    - b) *Strata spoločenského uplatnenia – kariéry*. Častejšia je u mužov. Muž stráca pocit sebaúcty a neguje vstupom do choroby sám seba, akoby symbolicky sa trestá.
    - c) *Sklamanie z detí* – napr. odchod do cudziny, negativizmus voči rodičom, hrubosti, vychýlená životná dráha.
  - *Záťaž finančná*.
  - *Strata zmyslu života*. Prejavuje sa predovšetkým nedostatkom záujmu, ale aj nedostatkom interpersonálnych vzťahov, alebo ich obmedzením a zoslabením pocitu spolupatričnosti k spoločnosti.
  - *Odmietnutie riešenia životnej situácie a únik z trvalej tenzie*. Chorý si robí dlhú dobu násilie pri prevádzaní činnosti, ktorá je mu proti mysli, alebo je mu odrazu bránené v spôsobe života, ktorý mu vyhovoval.

Ako konštatujú P. Klener a J. Vorlíček (1998) pri vyrovnávaní sa jedinca so stresmi psychosociálnej povahy dochádza k negatívnym emocionálnym prejavom, k neurotickým a psychosomatickým reakciám. Tie sú sprevádzané depresiou, syndrómom bezmocnosti, beznádeje alebo pocitom odovzdania sa. Závety výskumov sú väčšinou zhodné v tom, že psychosociálne stresy typu straty objektu alebo vzťahov k nemu a kumulácia životných situácií, ktoré si vyžadujú maximálnu adaptáciu jednotlivca, sú patogénnymi faktormi, ak sa objavia dva až tri roky pred manifestáciou vlastného nádorového ochorenia. Potvrdzujú to metodiky, ktoré sledujú životné udalosti retrospektívne.

### **1.2.1.6 Multifaktoriálne príčiny vzniku nádorových chorôb**

Na vzniku nádorových chorôb sa podieľajú viaceré činitele, v súčinnosti so zoslabeným imunitným systémom; konkrétnu príčinu vzniku nedokážeme identifikovať, najčastejšie ide o viaceré multifaktoriálne príčiny vzniku nádorových chorôb. Problematike psychosociálnych aspektov v súvislosti s onkologickým ochorením, vybraným teoretickým prístupom a modelom jeho vzniku a vývoja, rizikovým faktorom jeho vzniku a priebehu, podporným programom a podporným skupinám, hodnotovým orientáciami onkologických pacientov a pacientok ako aj úlohe sociálnych pracovníkov pri práci s nimi, sociálnej opore



a kvalite života onkologicky chorých - sa v SR hlbšie a to vo viacerých publikáciách venuje E. Žiaková (2001, 2002, 2004, 2005, 2008). Zvýšenú pozornosť usmerňuje hlavne na psychologické rizikové faktory, na príčiny vzniku nádorového ochorenia, ako aj na kvalitu života onkologicky chorých pacientok.

*„Z psychologických faktorov je vo všetkých súčasných psychologických prístupoch zdôrazňovaný stres, resp. jeho prístup, spôsob spracovania stresujúcich životných udalostí, ktoré sa v živote pacienta vyskytnú. V tejto súvislosti je potrebné spomenúť dôležitú úlohu emocionálnej a sociálnej opory pri prekonávaní životných udalostí, ktorá výrazne vplýva na negatívne účinky stresujúcej situácie... K najväznejším účinkom stresu dochádza vtedy, keď sa jedinec stretáva so situáciami, ktoré nedokáže zvládnuť“* (Žiaková 2005, s.195). Realizovanie empirického výskumu prežívania gynekologických ochorení zameraného na porovnanie pacientok s malígnym a benígnym ochorením vo vzťahu ku kvalite života a jeho výsledky nám prezentujú tiež M. Mesárošová et al. (2004). V ďalšej publikácii sa M. Mesárošová et al. (2007) venujú psychologickým determinantom zvládania onkologických ochorení ako aj výskumu psychosociálnych aspektov rakoviny prsníkov. Podľa J. Ogdenovej (1996) sa psychologická literatúra za posledných 40 rokov zhodla na 12 základných osobnostných charakteristikách onkologicky chorých:

1. Potlačenie a vytesnenie.
2. Znížená schopnosť sebavedomia.
3. Znížená schopnosť precitovania.
4. Znížená schopnosť vyjadrovania hnevu a bolesti.
5. Sebaobviňovanie a sebatrestanie.
6. Komfortný spôsob života.
7. Podriadenie sa autorite a religióznosť.
8. Nadmerná orientácia na realitu.
9. Necitlivé medziľudské vzťahy.
10. Potlačovaná sexualita.
11. Vysoko stanovené etické a morálne sebavnímanie.
12. Sklony k beznádeji a zúfalstvu (Ogdenová 1996, podľa Žiakovej, 2005, s.195).

Medzi príčinami zistenými v rámci sondáže, týkajúcej sa postojov a názorov pacientok, ktoré prekonali rakovinu prsníka (pacientky zo SR a ČR v rokoch 1999 a 2000), prevládali alkoholizmus manžela, príp. iného príslušníka rodiny; úmrtie blízkej osoby v rodine, ochorenie, príp. úraz manžela; nevera manžela, príp. iné vzťahové problémy v rodine; pracovné vyčerpanie a stres v zamestnaní; prepustenie z práce, odchod do dôchodku, medziľudské vzťahy v zamestnaní, hektický spôsob života a v dvoch prípadoch narodenie postihnutého dieťaťa (Žiaková 2005, s.197).

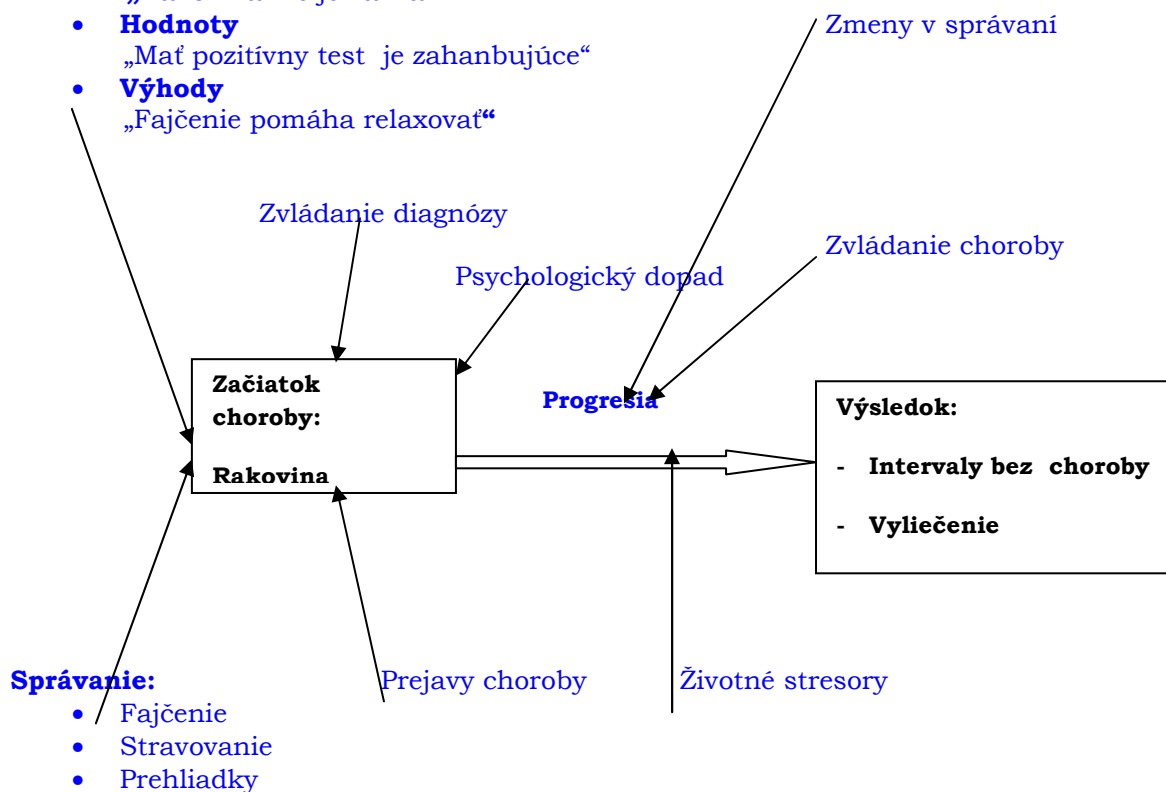
V súvislosti s nevyhnutnosťou prítomnosti psychoterapeuta a sociálneho pracovníka pre úspešný priebeh liečby, najmä v začiatkoch závažnej choroby E. Žiaková (2005, s.200) uvádza: *„Skúsenosti z vyspelých krajín nás presvedčujú o tom, že psychologická pomoc je minimálne tak dôležitá ako je pomoc somatická. Mali sme možnosť sa o tom presvedčiť osobne*

pri návšteve onkologických kliník vo Veľkej Británii v roku 1997, ktoré pri prvom kontakte s onkologickým pacientom „zachycujú“ pacienta v troch oblastiach, a to v somatickej – onkológ, v psychickej – psychoterapeut a v sociálnej – sociálny pracovník. Všetci uvedení odborníci mu poskytnú možnosti a oporné body, ktoré pacientovi pomôžu sa s chorobou vyrovnat', a tým dospieť k úspešnej liečbe. Títo odborníci potom samozrejme poskytujú odbornú pomoc pacientovi aj počas a po liečbe.“

### Obrázok 6 Potenciálna úloha psychologických faktorov pri rakovine

#### Presvedčenia:

- **Obava**  
„Nedostanem pľúcnu rakovinu“
- **Vážnosť**  
„Rakovina nie je vážna“
- **Hodnoty**  
„Mať pozitívny test je zahanbujúce“
- **Výhody**  
„Fajčenie pomáha relaxovať“



Zdroj: J. Ogdenová 1996, s.268

#### 1.2.1.7 Vplyv psychologických intervencií na priebeh rakoviny

Ako uvádza R. Atkinsonová (1995), o tom, že by psychologické intervencie mohli významne ovplyvniť priebeh takých závažných chorôb, ako je rakovina, v súčasnosti mnoho vedcov pochybuje. Avšak výskumy stále viac ukazujú, že prinajmenšom určité typy podpornej psychologickéj intervencie môžu spomaliť chorobný proces. D. Spiegel a jeho

spolupracovníci neúmyselne priniesli jeden z najlepších dôkazov. Realizovali štúdiu, v ktorej náhodne vybrané ženy trpiace rakovinou prsníka s metastázami, začlenili do každodenných podporných skupín alebo do skupín, v ktorých nedostávali oporu. Všetkým ženám bola poskytnutá štandardná liečba rakoviny. Skupiny boli zamerané na konfrontáciu so smrťou a na nácvik, ako žiť zostávajúce dni čo najlepšie. Zámerom D. Spiegela a jeho spolupracovníkov nebolo ovplyvniť priebeh rakoviny – neverili, že by to bolo možné. Chceli iba zlepšiť kvalitu života týchto žien (Atkinsonová 1995). Bádatelia boli úplne prekvapení, keď po 48 mesiacoch od začiatku štúdie všetky ženy, ktoré neboli v podporných skupinách, zomreli na rakovinu, zatiaľ čo tretina žien z podporných skupín ešte žila. U žien v podporných skupinách bola priemerná doba prežitia 40 mesiacov, zatiaľ čo u žien, ktoré neboli v podporných skupinách, bola priemerná doba prežitia iba 19 mesiacov. D. Spiegel a jeho spolupracovníci boli nútení uveriť, že ich intervencia skutočne zvýšila počet mesiacov, počas ktorých ženy v podpornej skupine žili. Podobné výsledky priniesli i ďalšie zahraničné štúdie. Bádatelia pripísali vplyv intervencie na priebeh ochorenia sociálnej opore, ktorú ženy dostávali v skupine od ostatných členiek. Okrem toho členky podpornej skupiny vykazovali nižšiu hladinu psychického napätia a naučili sa ovládať svoju fyzickú bolesť lepšie ako ženy, ktoré sa podporných skupín nezúčastnili. Autori ďalších štúdií sa snažia presne určiť, ako psychologické intervencie môžu ovplyvniť priebeh choroby. Je možné, že znížené napätie vedie k lepšiemu fungovaniu imunitného systému, ktorý spomaľuje priebeh choroby. Podľa P. Klenera (2002) zohráva psychoterapia pozitívnu úlohu v liečbe algického syndrómu, pričom môže mať rozmanité formy, ako je napr. rozhovor, skupinová liečba, muzikoterapia a pod. *„Je pravdou, že sociálna a spoločenská situácia u nás je neporovnateľne odlišná od západných krajín, čo sa týka vzťahu verejnej mienky k psychologickéj pomoci poskytovanej ľuďom. To potom môže vysvetliť, nie však ospravedlniť skúsenosti dvanástich pacientok v našej výskumnej vzorke, ktoré udávajú, že psychoterapeutická pomoc im bola „ponúkaná“ lekármi so slovami: „Keď nebudete pri liečbe spolupracovať, zavolám na Vás psychológa“ (Žiaková, 2005, s. 200). Ako zdôrazňuje autorka, o to naliehavejšia sa javí úloha psychológa pri liečbe rakoviny, o čo naliehavejšie sa jej pacienti dožadujú.*

### 1.2.2 Kvalita života onkologicky chorých

Aj napriek vydareným pokusom viacerých autorov o definíciu kvality života uvedených v predchádzajúcej kapitole je jej vymedzenie mimoriadne náročné. Upozorňujú na to aj onkológovia P. Klener a J. Vorlíček (1998, s.199), keď tvrdia že *„definovať kvalitu života je veľmi neľahké. Kvalita života zahrňuje totiž nielen pocit fyzického zdravia, ale v globálnom pohľade tiež psychickú kondíciu, spoločenské uplatnenie, nenarušené rodinné vzťahy a pod.“* Na kvalitu života sa pozeráme ako na mnohorozmernú veličinu. Medzi faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu života počas onkologickej liečby, Klener a Vorlíček (1998) zahrňujú nasledovné:

*1. Fyzická kondícia.* Do značnej miery je určovaná výskytom rôznych symptómov ochorenia, ku ktorým pristupujú i nežiaduce účinky protinádorovej liečby. Symptómy základného ochorenia sa líšia podľa druhu nádoru (kašeľ, anorexia, bolesť, nevoľnosť, zvracanie, žltacka, horúčka a iné). Preto sa hodnotenie fyzickej kondície posudzuje spravidla podľa druhu nádoru (štúdie orientované na ochorenie). Často sa však sleduje vplyv rôznych liečebných spôsobov na zmiernenie týchto symptómov a porovnávajú sa ich nežiaduce účinky (štúdie orientované na liečbu).

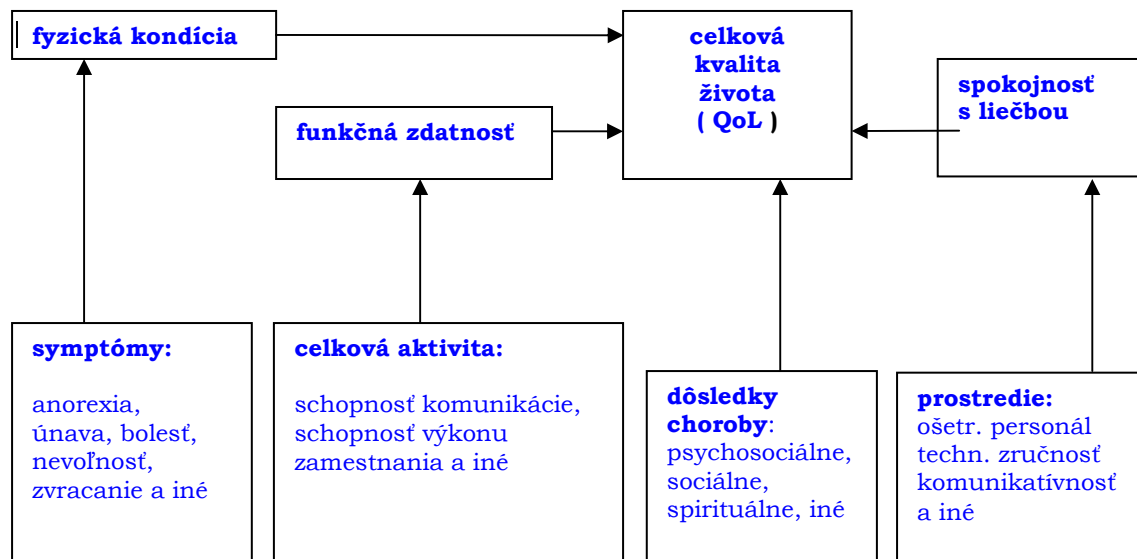
*2. Funkčná zdatnosť* je sama o sebe rovnako komplexom rozmanitých okolností. Zahrňuje predovšetkým stav telesnej aktivity, posudzovaný napr. podľa stupnice WHO. Ďalej sem patrí schopnosť komunikácie s rodinou, so spolupracovníkmi, schopnosť nezmeneného uplatnenia v zamestnaní, v rodinnom živote, vrátane života sexuálneho.

*3. Celková kvalita života* je potom súhrnom vyššie uvedených faktorov. Navyše je treba zobrať do úvahy aj celkový stav spokojnosti, vyrovnania sa so zmenenou situáciou a s dôsledkami ochorenia vo sfére psychosociálnej, sociálnej, kognitívnej a spirituálnej.

*4. Spokojnosť s liečbou* je doplnkovým faktorom, ktorý sa na niektorých pracoviskách sleduje oddelene. Ide o komplex posudzujúci prostredie, v ktorom sa chorý lieči, technickú zručnosť personálu pri prevádzaní diagnostických a liečebných výkonov, otvorenosť personálu a spôsob komunikácie s chorým, ako aj mieru a citlivosť v podávaní informácií.

Kvalita života pacientov s rakovinou a ich rodín je dôležitá počas celého priebehu ochorenia; je vo vzťahu k schopnosti jednotlivca zvládať stres, ktorá je vysoko individualizovaná. Najväčší význam podľa M. Mesárošovej a A. Kočíšovej (2005) nadobúda kvalita života počas terminálneho štádia ochorenia, ktoré je zásadnou psychologickou, existenčnou, sociálnou a spirituálnou výzvou; sprevádza funkčný a telesný pokles a poznanie prichádzajúcej smrti. S približovaním smrti dôležité dimenzie kvality života zahrňujú telesné obavy (bolesti a symptómy), psychologický distress (depresiu a existenciálnu úzkosť), fungovanie (telesné, emocionálne, sociálne, spirituálne), well-being, sociálnu oporu, ako aj plánovanie preferencií v starostlivosti. Zanedbávanie kvality života umierajúceho pacienta a jeho rodiny vedie k predčasnej smrti pacienta, ak stráca chuť žiť a opatrovatelia prežívajú telesné a emocionálne vypätie a zvýšené riziko morbidity a mortality. Prispieť k zlepšeniu kvality života onkologických pacientov v rôznych štádiách liečby, hlavne obmedzením ich subjektívnych problémov, je možné prostredníctvom cielenej podpornej liečby. Podľa P. Klenera a J. Vorlíčka (1998, s. 199): *„Doba prežitia prestala byť jediným kritériom úspešnosti zvoleného liečebného postupu a jej predĺženie sa dnes nepovažuje za významný prínos, ak je prevádzané výrazným zhoršením kvality života.“*

**Obrázok 7 Faktory ovplyvňujúce kvalitu života onkologicky chorých počas liečby**



Zdroj: P. Klener, J. Vorlíček et al., 1998

Z výpočtu rôznych okolností, ktoré môžu ovplyvniť kvalitu života onkologicky chorých, vyplýva, že je veľmi ťažké nájsť spôsob, ako tieto faktory kvantifikovať, spoľahlivo hodnotiť a porovnávať. Okrem toho je potrebné vziať do úvahy, že najviac posudzovaných faktorov je subjektívnych, môžu byť rôzne vnímané v závislosti na veku, pohlaví a povahe chorého. Objektívne hodnotenie a štatistické spracovanie zaťažuje nielen veľký počet dát, ale aj nutnosť prihliadať k tiaži príznakov a k časovému faktoru (štádiu ochorenia). Ďalej je potrebné vylúčiť podiel súčasných nenádorových chorôb na zhoršení kvality života.

### 1.2.2.1 Modely a meranie kvality života onkologicky chorých

V súvislosti s meraním kvality života je potrebné zdôrazniť potrebu merania nielen zo strany lekárov a iných odborníkov, ale najmä potrebu posudzovania z pohľadu samotných pacientov. Dôraz sa kladie na hodnotenie faktorov, ktoré ovplyvňujú pacientovo vnímanie kvality života. Kvalita života je obvykle definovaná ako „subjektívne posúdenie vlastnej životnej situácie“, preto sa v medicíne presadzuje označenie „health related quality of life“, teda kvalita života týkajúca sa zdravia (Požonská et al. 2004). Kvalita života vo vzťahu k zdravotnému stavu charakterizuje, čo subjekt prežíva ako následok choroby a poskytovania zdravotnej starostlivosti. Týka sa to hodnotenia stupňa zvládnutia rolí a kvality prežívania života v porovnaní s tým, čo považuje chorý sám za ideálne. Účelom

merania kvality života nie je zistiť prítomnosť a závažnosť symptómov ochorenia, ale ukázať, ako je individuom manifestácia ochorenia alebo liečba prežívaná. Očakávanie je dôležitým určujúcim faktorom spokojnosti s priebehom ochorenia a výsledkami liečby. Čím menší je rozdiel medzi očakávaním a reálnou skutočnosťou, tým je vyššia kvalita života. V niektorých prípadoch chronickej choroby, kedy sa prejavy choroby prehlbujú a aktivity chorého sú stále obmedzenejšie, znižuje sa i očakávanie pacienta na úroveň, ktorá môže byť dosiahnutá i s chorobu.

Diskusie o tom, čo je vlastne kvalita ľudského života a ako ju merať, prebiehali intenzívne v priebehu osemdesiatych i deväťdesiatych rokov minulého storočia. Presné, spoľahlivé a teoreticky uspokojivé meranie kvality života, na ktorom by sa zhodla väčšina odborníkov, zatiaľ neexistuje. Podľa L. Svobodovej (2008) je to spôsobené hlavne tým, že kvalita života v sebe obsahuje dve relatívne samostatné zložky – objektívnu a subjektívnu. Komplexne ponímanú kvalitu života teda nedokážeme merať priamo. To však neznamená, že neexistujú teoretické koncepty snažiace sa komplexne postihnúť kvalitu života. V súčasnosti sa v dostupnej literatúre môžeme stretnúť jednak s viacerými dotazníkmi a formulármi určenými na meranie kvality života pacientov trpiacich chronickým (prípadne aj konkrétne onkologickým ochorením), ako aj s výsledkami výskumov zameraných na uvedenú problematiku (pozri Klener 1998; Hnilica 2002; Krivohlavý 2002; Žiaková 2004; Požonská et al. 2004; Tschuschke et al. 2005 a pod.)

Kvalite života onkologicky chorých a možnostiam jej merania sa venujú aj Slováček et al. (2005), pričom uvádzajú, že problematiku kvality života je možné mapovať do troch hierarchicky odlišných sfér: makrorovina, mezorovina, personálna rovina. V makrorovine ide o otázky kvality života veľkých spoločenských celkov (napr. danej krajiny, kontinentu a pod.). Život v tomto ponímaní je chápaný ako absolútna morálna hodnota a kvalita života musí tento záver vo svojej definícii v plnej miere rešpektovať. Problematika kvality života sa tak stáva súčasťou základných politických úvah (napr. problematika boja s epidémiami, hladomorom a pod.). V mezorovine ide o otázky kvality života v tzv. malých sociálnych skupinách (napr. v škole, zdravotníckom zariadení, domovoch sociálnych služieb). V personálnej rovine ide o otázku kvality života jednotlivca; pri stanovení kvality života ide o osobné, subjektívne hodnotenie zdravotného stavu, bolesti, spokojnosti - patria sem osobné hodnoty jednotlivca, jeho predstavy, nádej, očakávania, presvedčenia a pod. (Slováček et al. 2005). V odbornej literatúre sa najčastejšie uvádza rozdelenie metód na meranie kvality života do troch skupín:

1. Hodnotiteľom kvality života je druhá osoba,
2. Hodnotiteľom kvality života je daná osoba,
3. Metódy zmiešané (kombinácia metód 1 a 2).

Kvalitu života je možné v zásade hodnotiť na základe objektívnych a subjektívnych prístupov, pričom najpodstatnejším je subjektívne hodnotenie chorého tak, ako on sám vníma vlastnú životnú situáciu vrátane schopnosti svojho sebauplatnenia v pracovnom, rodinnom i sociálnom prostredí. Nástrojmi k meraniu kvality života formalizovaným

a štandardizovaným spôsobom sú dotazníky kvality života, ktoré kvantifikujú dopad choroby a jej liečby na bežný život chorého. Univerzitou v Manchestri bol podľa J. Krivohlavého (2002) spracovaný dotazník MANSa – Manchester Short Assessment QoL – krátky spôsob hodnotenia kvality života, prostredníctvom ktorého sa zisťuje spokojnosť:

- s vlastným zdravotným stavom,
- so sebavnímaním,
- so sociálnymi vzťahmi,
- s bezpečnostnou situáciou,
- s právnym stavom,
- s finančnou situáciou,
- s náboženstvom,
- s účasťou na aktivitách voľného času,
- so zamestnaním, školou.

V praxi je vytvorených mnoho dotazníkov k zisťovaniu kvality života, pričom ich psychometrická výpovedná hodnota a spoľahlivosť boli testované podľa súčasných štandardov. K meraniu kvality života sa používajú dotazníky, ktoré je možné rozdeliť na generické - všeobecné a špecifické pre danú chorobu, pre daný aspekt kvality života (Krivohlavý 2001, 2002; Kebza 2005; Payne et al. 2005; Slováček et al. 2005; Gurková 2011). Z generických dotazníkov môžeme vymenovať nasledovné: EQ-5D, SF-36, WHOQOL, QLP a pod. Medzi najznámejšie nástroje v oblasti nádorových chorôb v medzinárodnom meradle patria: dotazníky QLQ-C30, 2010; FACIT, 2010; QLI, 2010; Rotterdamský zoznam symptómov RSCL; uvedené nástroje majú dobrý teoretický základ kvality života a existujú v nich modifikácie pre jednotlivé typy chorôb. Avšak uvedené dotazníky neboli doteraz validizované v českom ani slovenskom jazyku (Gurková 2011).

### **1.2.2.2 Nevyliešené problémy v hodnotení kvality života onkologicky chorých**

Pri hodnotení kvality života onkologicky chorých podľa P. Vodvářku a R. Kolářovej (in Vodvářka, 2004) sú základnými požiadavkami:

- potreba merať kvalitu života a jej zmenu v priebehu a vývoji vlastnej choroby a liečby;
- preferovať multidimenzionálny výskum, aby bolo možné správne interpretovať rozdiely v kvalite života;
- aby hodnotenie bolo prevedené samotným pacientom, pretože kvalita života pacienta závisí na jeho citení, inteligencii, filozofii života atď.;
- validné dotazníky (musia byť testované na spoľahlivosť a platnosť).

Podľa uvedených autorov existuje mnoho problémov, týkajúcich sa hodnotenia kvality života onkologicky chorých a je možné rozdeliť ich do nasledovných skupín:

- problémy spojené s pacientom (dotazníky by mali byť jednoduché a výstižné; vekom sa zvyšuje počet pacientov, ktorí odmietajú dotazníky vyplniť a pod.);
- problémy spojené s dotazníkmi (napr. dotazník neodráža dostatočne vlastný vývoj choroby a vplyv liečby; dôležitú úlohu môžu zohrávať rôzne sociálne a zdravotné systémy ovplyvňujúce ekonomické problémy pacienta počas ochorenia ap.);
- problémy, ktoré sa týkajú doby podania dotazníkov (napr. odpovede sa môžu líšiť v čase pred podaním chemoterapie a po jej podaní);
- chýbajúce údaje (napr. vyčerpanosť pacientov pri vyplňovaní dlhých dotazníkov ap.).

Medzi nevyhnutné vlastnosti dotazníkov patrí spoľahlivosť, presnosť, citlivosť, vnímavosť a validita. Podľa uvedených autorov by informácie z hodnotenia kvality života mali pomôcť rozhodnúť o efektívnosti liečby, dať viac informácií o vedľajších účinkoch liečby, zlepšiť organizáciu a kvalitu liečby rakoviny a mali by byť použité ako jeden z prognostických faktorov.

Z výpočtu rôznych okolností, ktoré môžu ovplyvniť kvalitu života onkologicky chorých, vyplýva, že je veľmi ťažké nájsť spôsob, ako tieto faktory kvantifikovať, spoľahlivo hodnotiť a porovnávať. Okrem toho je potrebné vziať do úvahy, že najviac posudzovaných faktorov je subjektívnych, môžu byť rôzne vnímané v závislosti na veku, pohlaví a povahe chorého. Objektívne hodnotenie a štatistické spracovanie zatažuje nielen veľký počet dát, ale aj nutnosť prihliadať k tiaži príznakov a k časovému faktoru (štádiu ochorenia). Ďalej je potrebné vylúčiť aj podiel súčasných nenádorových chorôb na zhoršení kvality života.

V kapitole o onkologických chorobách a kvalite života onkologicky chorých sme sa venovali výskytu onkologických chorôb vo svete, v Európe a u nás, medicínskej charakteristike onkologických chorôb, rizikovým faktorom vzniku nádorových chorôb, vplyvom psychologických intervencií na priebeh rakoviny, ako i modelom a možnostiam merania kvality života onkologicky chorých. V nasledovnej kapitole si priblížime sociálnu prácu ako vednú disciplínu i študijný odbor, ako oblasť spoločenskej praxe i sociálnu prácu ako profesiu; venovať sa budeme humanistickým a existenciálnym teóriám a v neposlednom rade sociálnej práci a poradenstvu, predovšetkým pri zlepšovaní kvality života onkologicky chorých.

### **1.3 Sociálna práca a poradenstvo v prospech onkologicky chorých**

Problémy ako hlad, choroby, zneužívanie, prenasledovanie, chudoba či násilie sú v ľudskej spoločnosti nepretržite prítomné. Podľa J. Levickej (2002, s.153) v protiklade k týmto sociálne zaťažujúcim situáciám stoja prebytok, moc, či peniaze; autorka pritom uvádza: *„Skúmanie vplyvu oboch protipólov na individuálne ľudské životy, sociálnych problémov vznikajúcich na báze tejto rozdielnosti a prístupu spoločnosti k ich riešeniu*



*napokon vyústilo do odborného, teoretického štúdia spomínaných problémov zo špecifického pohľadu rodiacej sa novej profesie – sociálnej práce.“*

O dôležitosti a potrebnosti sociálnej práce v modernej spoločnosti nemožno pochybovať; nevyhnutnosť sociálnej práce spočíva v akceptovaní reality, že v spoločnosti, a to nielen v priebehu jej jednotlivých vývinových období, ale aj v súčasnosti vznikajú rôzne sociálne problémy. V ponímaní O. Matouška et al. (2008, s.11) je sociálna práca definovaná nasledovne: *„Sociálna práca je spoločenskovedná disciplína i oblasť praktickej činnosti, ktorej cieľom je odhaľovanie, vysvetľovanie, zmierňovanie a riešenie sociálnych problémov. Sociálna práca sa opiera jednak o rámec spoločenskej solidarity, jednak o ideál naplňovania individuálneho ľudského potenciálu. Sociálni pracovníci pomáhajú jednotlivcom, rodinám, skupinám i komunitám dosiahnuť spôsobilosť k sociálnemu uplatneniu alebo ju získať späť. Okrem toho pomáhajú vytvárať pre ich uplatnenie priaznivé spoločenské podmienky.“* Podľa uvedených autorov nie je možné stanoviť globálne platný prehľad cieľov sociálnej práce: existujú veľké rozdiely medzi jednotlivými kultúrami a krajinami ako v teoretickom poňatí sociálnej práce, tak aj v praktickom výkone týchto činností (napr. americké sociálne služby sa líšia od európskych väčším akcentovaním úlohy dobrovoľníkov a menšou mierou zo strany štátu); ani v európskom priestore nie je možné dokonalé zjednotenie základných východísk. V posledných rokoch sa stretávame s vymedzením cieľa sociálnej práce, ktorý sa opiera o *koncept sociálneho fungovania*; napr. podľa J. Navrátila (2000) cieľom sociálnej práce je podpora sociálneho fungovania klienta v situácií, kde je takáto potreba buď skupinovo, alebo individuálne vnímaná a vyjadrená. Podľa uvedeného autora sa sociálna práca profesionálne zaoberá ľudskými vzťahmi v súvislosti s výkonom sociálnych rolí.

Sociálna práca by nemala len odpovedať na rýchle sociálne zmeny a nové kvality sociálnych potrieb a vzťahov tým, že sa im prispôsobí prax sociálnych pracovníkov, ale sama by mala ovplyvňovať uskutočňovanie vhodných sociálnych zmien; uvedená požiadavka je naznačená aj v definícii Medzinárodnej federácie sociálnych pracovníkov (IFSW, 1988), podľa ktorej *„sociálna práca je činnosť, ktorá predchádza alebo upravuje problémy jednotlivcov, skupín a komunit vznikajúce z konfliktov potrieb jednotlivcov a spoločenských inštitúcií. Jej zámerom je zlepšiť kvalitu života všetkých ľudí“* (Balogová 2002, s.21). Uvedený základný cieľ sociálnej práce, zlepšiť kvalitu života ľudí, považujeme v súvislosti s témou predkladanej dizertačnej práce zároveň za základný cieľ sociálnej práce ako súčasť pomoci a komplexnej starostlivosti o onkologicky chorých.

V Záveroch z Valného zhromaždenia IFSW (2000) v Montreali v Kanade sa uvádza jedna z najnovších definícií: *„Profesia sociálnej práce podporuje sociálne zmeny, riešenie problémov v medziľudských vzťahoch, ich delegovanie na ľudí, aby sa oslobodili, a tak rástol ich blahobyt... Sociálna práca zasahuje tam, kde sa ľudia dostávajú do interakcie so svojím prostredím. Základom sociálnej práce sú princípy ľudských práv a sociálnej spravodlivosti“*. Je však zrejmé, že v 21. storočí sa sociálna práca dynamicky vyvíja, a preto sa nijaká definícia nemôže považovať za vyčerpávajúcu (Tokárová et al. 2000, 2002). A. Tokárová (2007, s.107-115) zdôrazňuje, že pochopenie zákonitostí sociálnej práce si vyžaduje, aby sa

poznatkový systém sociálneho pracovníka od moderného multikulturálneho a multidisciplinárneho poňatia sociálnej práce, pričom konštatuje: „*Sociálna práca a jej komplexnosť, rôznorodosť a multidimenzionálnosť je determinovaná rôznorodosťou a komplexnosťou sociálnych problémov jednotlivcov a skupín, ktoré sú predmetom práce sociálneho pracovníka a ďalších pomáhajúcich profesií. Komplexnosť a mnohostrannosť sociálnych problémov vyžaduje spoluprácu, kooperáciu, ale aj vymedzenie kompetenčných hraníc vedných disciplín i príslušných pomáhajúcich profesií.*“<sup>22</sup>; <sup>23</sup>

Sociálna práca ako profesia je vykonávaná v nadväznosti na iné profesie, pričom najbližším okruhom sú v západných krajinách zdravotníci, psychológovia, právnici, pedagógovia, predstavitelia štátnej správy a samosprávy. Sociálna práca si ako samostatný vedecký odbor vytvorila i vlastné teórie a postupy, v niektorých prípadoch však zdieľa teoretické predpoklady s inými pomáhajúcimi profesiami a praktické zásahy modifikuje podľa svojich cieľov. Základné princípy a moderné prístupy v sociálnej práci, historický vývoj odboru vo svete i u nás, vzťah sociálnej politiky a sociálnej práce popisujú Matoušek et al. (2001); venujú sa filozofickým a náboženským východiskám sociálnej práce ako aj významným súčasným teóriám sociálnej práce (model humanistický, existenciálny, systemický, kognitívno-behaviorálny, sociálno-ekologický, antiopresívny a pod.). Sociálni pracovníci sa vo svojej praxi stretávajú s najrôznejšími cieľovými skupinami (napr. týrané deti, riziková mládež, starí ľudia, osoby so zdravotným znevýhodnením, nezamestnaní, užívatelia drog, bezdomovci, emigranti a pod.). Špecifikám uvedených rôznych cieľových skupín a sociálnej práci s nimi sa venujú O. Matoušek et al. (2005), pričom v samostatnej kapitole venovanej sociálnej práci so zdravotne znevýhodnenými zdôrazňujú potrebu koncepcie ucelenej rehabilitácie, prístup orientovaný od izolácie k socializácii a integrácii a najmä nezávislý spôsob života zdravotne znevýhodnených.

Sociálna práca býva zvyčajne vymedzená ako teoretická disciplína a zároveň ako praktická činnosť (Strieženec 1996; Matoušek et al. 2001; Tokárová et al. 2002; Levická 2002). Podľa E. Klimentovej (2001) sa teória sociálnej práce začala významnejšie rozvíjať práve v období, keď sa konštituovalo vysokoškolské vzdelávanie sociálnych pracovníkov; v priebehu tohto zhruba osemdesiatročného obdobia sa v sociálnej práci rozvinuli viaceré teoretické koncepty s cieľom koncipovať čo najefektívnejšie spôsoby intervencií, ktoré mali

<sup>22</sup> V kontexte multikulturálneho chápania sveta B. Fay (2002) analyzuje sociálne vedy, medzi ktoré zaraďujeme aj sociálnu prácu ako vedeckú disciplínu, pričom sa zameriava na multikulturálnosť ako významný spoločenský jav 20. a 21. storočia. V uvedenej publikácii autor analyzuje podstatu všetkých v súčasnosti základných metodologických prístupov skúmania okolitého sveta z multikulturálneho hľadiska. Ide o novú koncepciu, ktorá vychádza zo súčasných novoformulovaných otázok a problémov globalizujúceho sa sveta a človeka strácajúceho a hľadajúceho sa v ňom. Autor vníma multikulturalizmus ako videnie sveta založená na porozumení človeka s druhým človekom, na tolerancii inakosti, na akceptácii rôznosti.

<sup>23</sup> V záverečnom zhrnutí publikácie B. Fay (2002, s. 285-289) uvádza dvanásť zásad multikulturálnej filozofie sociálnych vied ako konkrétne praktické rady čitateľom. Svojou nesporne zaujímavou a podnetnou knihou búrajúcou predsudky v našich myšliach poskytuje filozofické zdôvodnenie pre ďalšie skúmanie iných kultúr v nových reláciách, ale i zamyslenie sa čitateľa nad sebou samým, nad svojím postojom k ľuďom iných rás a kultúr, pričom uvádza: „*Uznanie, súhlas, zhoda – nič z toho nie je cieľom. Cieľom sociálnej vedy chápanej z multikultúrnej perspektívy je interakcia a rast.*“

pomôcť klientom riešiť ich problémové životné situácie. Dokazuje to aj väčšina definícií sociálnej práce (Strieženec 1996; Matoušek et al. 2001; Tokárová et al. 2002; Levická 2002), z ktorých, ako sme už uviedli, za najreprezentatívnejšiu možno pokladať definíciu Medzinárodnej federácie sociálnych pracovníkov (IFSW) z roku 1988: „*Sociálna práca je činnosť, ktorá predchádza alebo upravuje problémy jednotlivcov, skupín a komunit, vznikajúce z konfliktov potrieb jednotlivcov a spoločenských inštitúcií. Jej zámerom je zlepšiť kvalitu života všetkých ľudí.*“

### 1.3.1 Epistemológia sociálnej práce

Pod epistemológiou (z gr. *epistémé* – *poznanie, vedenie*) rozumieme tú časť filozofie, ktorá sa zaoberá poznáním, študuje poznávací proces, jeho postupy, hranice a možnosti; vo frankofónnej filozofii sa používa ako synonymum filozofie vedy alebo teórie vedy (Bilasová, Geremešová, 2000). Epistemológia sleduje, akými spôsobmi jednotlivé vedecké tradície odôvodňujú rôzne „vedecké pravidlá“, napr. kde a ako hľadať dôkazy pre naše tvrdenia, ako ich triediť, a hlavne, akým spôsobom ich interpretovať. Pri zrode súčasného poňatia epistemológie stáli teoretici ako K. P. Feyerabend a T. Kuhn, od ktorého pochádza stále vplyvný koncept paradigiem a vedeckých revolúcií<sup>24</sup>, čo je koncept, s ktorým sa bežne stretávame i v diskurze sociálnej práce. T. Kuhn nazýva paradigmou všeobecne uznávané vedecké výsledky, ktoré v danej chvíli predstavujú pre spoločenstvo odborníkov model problémov a model ich riešení (Kappl, 2008).

T. Kuhn (1962) v súvislosti so zavedením pojmu paradigma do metodológie vedy vymedzil tri základné etapy v rozvoji vednej disciplíny:

- etapu predparadigmatickú (predchádzajúcu vzniku paradigmy),
- etapu prevládajúcej (platnej, akceptovanej) paradigmy, (etapu „normálnej“ vedy),
- etapu krízy paradigmy a vedeckej revolúcie, ktorá spočíva v striedaní paradigmy, v prechode od jednej paradigmy k druhej.

### 1.3.2 Epistemologický koncept sociálnej práce (M. Payne)

V súčasnosti má na teóriu sociálnej práce v našich podmienkach z rôznych, predovšetkým v zahraničnej literatúre uvádzaných konceptov, zatiaľ najvýznamnejší vplyv M. Payne a jeho epistemologický koncept prezentovaný v publikácii *Modern Social*

<sup>24</sup> Pojem paradigma (z gr. *paradeigma* – *príklad, vzor*) do teórie vedy ako prvý zaviedol T. Kuhn (1962), pričom ním označoval prevládajúci názor prijímaný bádateľom určitej vedeckej disciplíny za vzorový (Jandourek, 2007). Pod paradigmou rozumieme určitý systém základných vedeckých poznatkov a metód, podľa vzoru ktorých sa uskutočňujú výskumy v danej disciplíne v určitom historickom období, resp. určitý vzorec, alebo model vedeckého bádania, štýl myslenia, prípadne spôsob realizácie teórie.

*Work Theory* (1997). Podľa uvedeného autora je v sociálnej práci zmysluplné hovoriť nie o jednej veľkej paradigme ale o troch tzv. malých paradigmách:

1. terapeutická pomoc (terapeutická paradigma),
2. úsilie o reformu spoločenského prostredia (reformná paradigma),
3. sociálno-právna pomoc (poradenská paradigma).

### **1.3.3 Reflexívne-terapeutická paradigma**

Stúpenci terapeutickkej paradigmy vidia cieľ svojej činnosti predovšetkým v snahe zabezpečiť svojim klientom (jedincom, rodinám, skupinám i komunitám) psychosociálnu pohodu; cestou k tomuto cieľu je podpora a podporovanie sebarozvoja a sebarealizácie klientov. Deje sa tak predovšetkým zameraním sa na vnútorné deficity osobnosti či komunity, pričom problém i zdroj riešenia je vnímaný na strane klienta. Princiálny dôraz sa kladie na komunikáciu a budovanie vzťahu. Vychádza sa z toho, že proces interakcie s druhými je tvorivý proces, ktorý za pomoci použitia metód reflexie a sebareflexie priebehu komunikácie obohacuje všetkých zúčastnených. Komunikácia je vnímaná ako základný prostriedok, vďaka ktorému klienti môžu získať viac kontroly nad vlastnými vnútornými stavmi a tak i spôsobom života. Ako príklady toho ponímania sa najčastejšie uvádzajú psychoterapeutické koncepty, ako je na klienta zameraný prístup C. Rogersa, logoterapia, transakčná analýza a pod.; profesijná výbava sociálneho pracovníka je založená na vedomostiach zo psychológie a na terapeutickom výcviku (Payne 1997; Navrátil 2001; Kappl 2008).

### **1.3.4 Reformná paradigma**

Reformnou paradigmou nazýva M. Payne (1997) úsilie o reformu spoločenského prostredia. Ako uvádza D. Šlosár (2011, s.28): „*v tejto paradigme sa predstava sociálneho fungovania spája s víziou spoločenskej rovnosti v rôznych dimenziách spoločenského života (s ohľadom na spoločenské triedy, vekové skupiny atď.). Predstavitelia tohto ponímania sociálnej práce zdieľajú predstavu, že podporou spolupráce a solidarity v rámci určitej spoločenskej skupiny pomôžu utláčaným získať vplyv na vlastné životy.*“ Sociálna práca sa preto zameriava na zmocňovanie jednotlivcov i skupín, aby sa sami podieľali na zmenách a tvorbe inštitúcií. Východiskovou tézou tohto konceptu je predpoklad existencie istých elit v spoločnosti, ktoré akumulujú a udržiavajú si politicko-ekonomickú moc a pochopiteľne i zdroje a statky vo svoj prospech, čo sa samozrejme neobíde bez určitého útlaku jedných druhými. Sociálna práca sa v súlade s touto skutočnosťou snaží o vybudovanie spoločnosti na princípoch rovnosti. Avšak nezastavuje sa iba pri čiastkových zmenách vo fungovaní

spoločenského systému, ale usiluje sa o zásadný zásah do podoby spoločnosti. Predstavitelia tejto paradigmy odmietajú ďalšie dve paradigmy, pretože tie podľa nich akceptujú súčasný spoločenský systém, neriešia štrukturálne príčiny sociálnej nespravodlivosti, ale iba ich dôsledky, čím podľa ich názoru tiež podporujú a posilňujú záujmy elit (Kappl 2008). Podľa D. Šlosára (2011), aby sa sociálny a osobný rozvoj mohol uskutočniť, musí prísť ku spoločenskej zmene; podľa Navrátila (2001) pri reformnej paradigme sa vzdelanostná výbava sociálneho pracovníka sústreďuje najmä na politológiu, sociálnu filozofiu a sociológiu.

### 1.3.5 Poradenská paradigma

Trefou malou paradigmou, ktorú uvádza M. Payne (1997), je „individualisticko-reformistická“ paradigma označovaná ako sociálno-právna pomoc, v skrátenej podobe poradenská paradigma. Podľa M. Kappla (2008) sympatizanti tohto prúdu chápu sociálnu prácu predovšetkým ako jednu z najdôležitejších súčastí systému sociálnych služieb. Ide o ponímanie, ktoré zároveň vychádza v ústrety ako individuálnym potrebám klientov, tak súčasne usiluje o zlepšovanie systému sociálnych služieb, ktoré z veľkej časti garantuje. Sociálna práca je postavená predovšetkým na pomoci klientom prostredníctvom poskytovania informácií a odborného poradenstva a tiež sprístupňovaním zdrojov. Cieľom snaženia sociálnych pracovníkov je iba čiastková zmena spoločnosti a jej inštitúcií, aby lepšie zodpovedali aktuálnym potrebám občanov. Avšak tieto úpravy obyčajne nevedú bezprostredne k významnejšej premene spoločnosti. V priamej práci s klientom sa zástancovia tohto konceptu zameriavajú skôr iba na nie veľmi hlboké individuálne zmeny. P. Navrátil (2001) uvádza ako príklad k tejto paradigme *na úlohy orientovaný prístup práce s klientom*; pre poradenskú paradigmu poskytuje teoretické zázemie predovšetkým kombinácia psychológie, sociológie a práva.

Väčšinu teoretických konceptov, ktorými sociálna práca disponuje, je možné priradiť k jednej z vyššie uvedených paradigiem. Podľa M. Kappla (2008) obyčajne nebýva problémom určiť, ku ktorej paradigme ľubovoľný koncept sociálnej práce patrí, ak si položíme otázky toho typu, či sa sledovaný metodologický koncept *zameriava na zmenu na individuálnej alebo spoločenskej úrovni, a do akej hĺbky by táto zmena mala smerovať*:

- pri poradenskej paradigme, daný koncept nesmeruje k veľmi zásadnej zmene v klientovej osobnosti a iba k čiastočnej zmene vo fungovaní spoločenských inštitúcií;
- ak daný koncept presadzuje predovšetkým signifikantnú zmenu spoločnosti, môžeme ho priradiť k reformnej paradigme;
- o terapeuticko-paradigme môžeme hovoriť vtedy, ak sa určitý koncept zasadzuje o výraznejšiu zmenu osobnosti klienta bez toho, aby sa usiloval o zmeny sociálneho prostredia.

### 1.3.6 Modely a teórie sociálnej práce

Na formovaní sociálnej práce, ako samostatnej oblasti vedeckého poznania, sa prejavili vplyvy všetkých troch spomínaných prístupov, ktoré môžeme sledovať v historickom procese vedeckého poznania vo všeobecnosti. Diskusie o vedeckosti sociálnej práce, ktoré boli predmetom záujmu na pozadí všeobecných diskusií o vedeckom poznaní začali podľa Levickej (2002) už v medzivojnovom období v rokoch 1918 – 1941 vyúsťovať do množstva prístupov v teoretickej výstavbe odboru sociálna práca ako bola napríklad psychodynamicky orientovaná sociálna práca, behaviorálne a kognitívne zameraná teória učenia, teória sociálnych rolí, terapeuticky orientovaná sociálna práca, rodinná terapia a pod. Postupne sa vyvíjali rôzne teórie a vedecké koncepcie sociálnej práce, prípadne „modely“ a „koncepty“, ktoré niektorí autori používajú ako synonymá. Neskôr označenie „model“ začali niektorí používať skôr na označenie kombinácie viacerých teoretických prúdov do jedného špecifického prístupu k teoretickým otázkam sociálnej práce. V súčasnosti sa modelom a teóriám sociálnej práce v českej i slovenskej odbornej literatúre venujú viacerí autori a autorské kolektívy: P. Navrátil (2000, 2001), O. Matoušek et al. (2001), A. Tokárová et al. (2002), J. Levická (2002), W. Lorenz (2007), M. Kappl (2008), D. Šlosár (2011), ale i mnohí ďalší. K základným modelom sociálnej práce je podľa Levickej (2002) možné zaradiť:

1. ekonomický model,
2. právny model,
3. medicínsky model,
4. psychologický model,
5. pedagogický model,
6. sociologický model.

Jednotlivé modely, aj napriek tomu, že vznikali v rôznych obdobiach, nie je možné podľa autorky chápať ako etapy vývoja sociálnej práce; vznikli ako dôsledok životného prístupu k chápaniu predmetu sociálnej práce.

Podľa M. Kappla (2008) je dnešná sociálna práca a jej súčasná podoba výsledkom viac ako jedno storočie dlhého vývoja. Čo je dôležité si uvedomiť, je to, že tento vývoj neprebíhal plynule, ani nijako zvlášť vo všetkých krajinách rovnomerne, skôr sa jednalo o neriadený vývoj, v priebehu ktorého sa vynorilo množstvo konceptov, teórií a metód, z ktorých sa niektoré ujali, iné upadli do zabudnutia a niektoré pretrvali až dodnes. Veľkú úlohu v tomto vývoji samozrejme hrali špecifické sociálne potreby občanov, charakter sociálnej politiky jednotlivých štátov a významné miesto zohrávali: určitá kultúrna tradícia – napr. náboženstvo, či rôzne špecifické etické a morálne hodnoty a normy daných komunit. Medzi najdôležitejšie koncepty sociálnej práce, ktoré sa v rôznych krajinách postupne vynarali, M. Kappl zaraďuje: charitatívny model, medicínsky model, psychoterapeutický model, radikálne koncipovaný model a manažérsky model. Podľa autora väčšina z dnešných

široko uznávaných konceptov mala po veľmi dlhú dobu iba lokálny dosah a niekedy skutočne trvalo i desaťročie než sa rozšírili mimo rámec krajiny svojho pôvodu.

Zosumarizované poznatky k nižšie uvedeným teóriám sociálnej práce, ich postupný vývoj, zakladateľov, autorov jednotlivých teórií a najvýznamnejších predstaviteľov nám približuje D. Šlosár (2011, s.30-77); na základe práce uvedeného autora predkladáme ich stručný prehľad.

<b>TEÓRIE SOCIÁLNEJ PRÁCE</b>	<b>HLAVNÍ PREDSTAVITELIA</b>
1. <i>Systémové teórie:</i>	Goldstein, Pincus, Minahanová, Specht, Vickerey, Germainová, Gittermanová, Elliott;
2. <i>Systemický prístup:</i>	Milánska škola, A. Shlippe, J. Schweitzer, I. Úlehla, M. White, D. Epstone;
3. <i>Organizačné teórie:</i>	základ organizačných teórií nachádzame v prácach W. Taylora a M. Webera;
4. <i>Teória konania:</i>	predstavitelia situačných teórií: Staehle, Kieser, Kubicek;
5. <i>Sociálnopsychologické a komunikačné teórie:</i>	S. Staub-Bernasconi (1995), P. Lüssi (1995);
▪ <i>Teória rolí</i>	zakladatelia G. H. Mead (1934) a R. Ponton (1936);
▪ <i>Etiketizačná teória</i>	Kitsuse (1962), Lemert (1972), Becker (1963);
▪ <i>Komunikačné teórie</i>	V. Satirová (1972), E. Hall (1966), P. Watzlawick (1978).
6. <i>Kresťanské teórie:</i>	Súčasná sociálna koncepcia cirkvi je založená na sérii encyklik vydávaných pápežmi.

Samozrejme, v odbornej literatúre sa môžeme stretnúť i s mnohými ďalšími teóriami (behaviorálna sociálna práca, humanistické a existenciálne teórie, ekosociálne teórie a mnohé ďalšie); je však prirodzené, že vzhľadom na obmedzený počet strán nie je možné venovať viac pozornosti všetkým uvedeným teóriám. Pre potreby predkladanej dizertačnej práce a to najmä z dôvodov, že sa o ne ako v sociálnej práci tak i v poradenstve najviac opierame, sme sa rozhodli priblížiť si humanistické a existenciálne teórie.

### **1.3.7 Humanizmus v sociálnej práci, humanistické a existenciálne teórie**

Humanizmus a existencializmus sa sústreďujú na človeka ako na autonómnu osobnosť, ktorá má za všetkých okolností hodnotu; sú zamerané skôr na jeho vnútorný svet než na bezprostredné správanie a často si kladú otázky zmyslu života či vzťahu života k transcendentálnym kategóriám. Humanizmus zdôrazňuje celkovú dôstojnosť a hodnotu ľudskej bytosti, z čoho potom vyviera aj prístup pracovníkov rôznych

pomáhajúcich profesií k nej.

K humanistickým a existenciálnym školám zaraďujeme mnoho významných terapeutických systémov, napríklad:

- Rogersovu terapiu orientovanú na klienta,
- poradenstvo zamerané na klienta,
- Franklovu logoterapiu a existenciálnu analýzu,
- na zmysel zamerané poradenstvo,
- transakčnú analýzu Erika Berneho,
- Pearlsovu tvarovú terapiu.

„*Terapeutický vzťah v ponímaní rogersovského prístupu sa vytvára tým, že druhého bezvýhradne prijme, usilujeme sa o čo najpresnejšie empatické porozumenie jeho osobného sveta a zároveň sme vo vzťahu sami sebou, teda neštylizujeme sa. Je zrejmé, že tu nie je miesto pre manipuláciu, pretože druhý pre nás nie je vecou, ale individualitou v pôvodnom slova zmysle*“ (Vymětal, Rezková 2001, s.10). Touto vzťahovou ponukou terapeut vytvára priestor, ktorý podporuje osobnostný rast a umožňuje prekonanie klientových inkongruencií (vnútorných rozporov), čo sa deje vďaka pravdivejšiemu porozumeniu seba a subjektívne významným vzťahom.

C. Rogers (1951) tvrdí, že základnou charakteristikou človeka, je *tendencia k rastu, rozvoju a naplňaniu pozitívnych možností*; je to tendencia skutočne základná a u ľudského jedinca môžu byť všetky jeho ostatné potreby a z nich plynúce motívy popísané ako jej parciálny aspekt.

Pre C. Rogersa je podľa J. Vymětala a V. Rezkovej (2001) základným východiskom bezprostredná subjektívna skúsenosť a snaha porozumieť súvislostiam vo vzťahoch; na tieto nadväzujú otázky o zmysle a sebatranscendencii. Pohľad na ľudskú bytosť je optimistický, pretože človeku je možné dôverovať vďaka jeho sociálnosti, pohybu vpred, racionalite a realistickosti. Ďalším východiskom je vitalizmus a z neho vyvedená stála tendencia jednotlivca k rastu, rozvoju a naplňovaniu jeho pozitívnych možností, rovnako ako voľba k sebe. Do tejto oblasti patrí i pojem *aktualizačná tendencia* (prípadne v slovenskom jazyku používaný pojem *realizačná tendencia*), ktorá je vrozeným zdrojom zdravého rozvoja a života človeka, premieta sa do sebaaktualizácie čiže života konkrétneho jednotlivca. Organizmické hodnotenie znamená vrozenú „múdroosť organizmu“ a poskytuje nám spoľahlivú orientáciu v tom, čo je, či nie je správne a čo je, či nie je v súlade s aktualizačnou tendenciou, napriek tomu je vhodné ho kontrolovať rozumom. Sebaponímanie je ústredným pojmom Rogersovej psychológie a vyjadruje základné postoje a vzťahy človeka k sebe a relevantným ľuďom i skutočnostiam jeho sveta; sebaponímanie sa vytvára a mení v priebehu celého života a je interakčnej povahy.



### 1.3.8 Teoreticko-metodologické otázky sociálnej práce

Teoreticko-metodologické otázky sociálnej práce sú zamerané buď na sociálnu prácu ako *praktickú činnosť*, respektíve na sociálnu prácu ako *vednú disciplínu*.<sup>25</sup> V súlade s odbornou literatúrou (Matoušek et al. 2001; Tokárová et al. 2002 ap.) je potrebné zdôrazniť, že sociálna práca má všetky atribúty modernej, prevažne prakticky zameranej spoločensko-vednej disciplíny, ktorá analyzuje sociálne problémy, postupy a výsledky ich riešenia, koncipuje teoretické zovšeobecnenia a odporúčania na ich aplikáciu v praktickej sociálnej práci. Môžeme teda zhrnúť, že sociálna práca je *teoreticko-aplikačná vedecká disciplína* s výrazným zameraním na prax sociálnej sféry (Tokárová et al. 2002). Budovanie sociálnej práce ako vedného odboru predpokladá dvojsmernosť procesu poznávania, pričom jeden smer predstavuje pohyb *od teórie k praxi* – syntetizujúci prístup k poznatkom iných vedných odborov a disciplín a ich komplexné a systémové rozpracovanie na problematiku sociálnej praxe; druhý „protismer“ predstavuje pohyb *od praxe k teórii* sociálnej práce.

Ako uvádza A. Tokárová et al. (2002), v tomto smere prináša nové podnety aj pre nové vnímanie sociálnej práce v systéme vied významná publikácia *Open the Social Sciences* (Wallerstein, 1998); uvedená publikácia vyšla v preklade v češtine pod názvom *Kam směřují sociální vědy. Správa Gulbenkianovy komise o restrukturalizaci sociálních věd* (1998).<sup>26</sup> Medzinárodný kolektív autorov zhodnotil v uvedenej publikácii súčasný stav sociálnych vied a ich úlohy vo vzťahu k humanitným odborom i prírodným vedám, pričom konštatoval, že výsledky vedy v posledných desaťročiach predchádzajúceho storočia zákonite viedli k modernému rozvíjaniu vedy v duchu komplexity a kontextualizácie, metodológie založenej na súvzťažnom a holistickom chápaní javov.

Najvýznamnejšie zmeny, ktoré nastali v rozvoji vedy o sociálnej práci sú podľa J. Levickej (2002) spojené s tzv. *komunikatívnou paradigmou*, ktorú rozpracoval najmä Habermas, poukazujúci na význam komunikatívnej reflexie vo vedeckom skúmaní v oblasti sociálnych a humanitných vied. Vo vede rovnako ako v praktickom živote ide predovšetkým o rôzne formy dialógu vedeného medzi sociálnym pracovníkom a klientom. V rámci tejto interakcie realizovanej na báze komunikácie, prichádza k vzájomnému ovplyvňovaniu klienta sociálnym pracovníkom a naopak. Rešpektujúc komunikatívnu teóriu sa potom prvoradým cieľom sociálnej práce stáva pomoc jedincovi pri opätovnom zaradení sa do normálnych komunikatívnych vzťahov.

<sup>25</sup> A. Tokárová et al. (2002) uvádzajú dôvody v prospech akceptovania sociálnej práce ako vedy: má ujasnený predmet výskumu, má svoj inštrumentálny aparát, má vlastnú obsahovú štruktúru (teóriu) a plní významné funkcie smerom k praxi (využíva rozpracované, osvedčené metódy výskumnej a praktickej činnosti iných príbuzných vied a aplikuje ich v teórii a praxi sociálnej práce).

<sup>26</sup> Gulbenkianova komisia bola ustanovená v roku 1993 a zišli sa v nej významní vedci z celého sveta; v publikácii *Open the Social Sciences* (1998) autori uviedli prehľad vývoja sociálnych vied od 18. storočia do roku 1945. Následne skúmali cesty, ktorými sa sociálne vedy uberali od roku 1945, najmä ako vývoj sveta v tomto období otvoril otázky intelektuálnej deľby práce a sponchybnil deliace línie, ktorými boli štruktúrované sociálne vedy na konci 19. storočia; v záverečnej časti autori uvádzajú nové návrhy na reštrukturalizáciu vied.

### 1.3.9 Metódy, formy a techniky sociálnej práce

Teoretické poznatky sociálnej práce ako vedného odboru sa aplikujú do sociálnej praxe aj prostredníctvom foriem a metód sociálnej práce. Pri formách v sociálnej práci môžeme hovoriť o postupoch, ako analyzovať a riešiť sociálne problémy jednotlivca, skupiny, komunity alebo územného celku. Pod pojmom metódy sociálnej práce rozumieme postupy viazané na cieľový subjekt, na jeho aktuálnu situáciu, na relevantný vzťahový kontext a niekedy aj na systémové väzby (regionálne a národné väzby, nadnárodná sociálna politika). V slovenskej, českej i zahraničnej odbornej literatúre sa môžeme najčastejšie stretnúť s nasledovným rozlišovaním foriem sociálnej práce:

- na mikrosociálnej úrovni (sociálna práca s jednotlivcom),
- na mezosociálnej úrovni (sociálna práca s rodinou, skupinou a komunitou),
- na makrosociálnej úrovni (sociálna práca s komunitou, so spoločnosťou, vo väčšom územnom celku), pričom medzi jednotlivé úrovne nemôžeme dať ostrú hranicu, pretože sa často vzájomne prelinajú.

Formy sociálnej práce sú niektorými autormi označované ako základné, hlavné metódy sociálnej práce alebo ako klasické metódy sociálnej práce, iní ich delia do troch úrovní; v každom prípade formy sociálnej práce zohľadňujú hľadisko početnosti klientely (Lovašová 2011). Autorka uvádza nasledovné postupy práce s klientom: sociálna diagnostika, poradenstvo (sociálne, právne...), terapeutické postupy (dramatoterapia, arteterapia...), sociálna prevencia, sociálna intervencia, streetwork, supervízia, mediácia, sociálne plánovanie, sociálne projektovanie, nácvik komunikačných zručností atď. Podľa uvedenej autorky môžeme rozlišovať *základné metódy* sociálnej práce (rozhovor, pozorovanie) a *špecifické metódy* sociálnej práce (poradenský rozhovor, diagnostický rozhovor, rolové hry, brainstorming, konfrontácia, zadávanie domácich úloh, rozhodovanie na papieri, reflexia atď.) Podľa S. Lovašovej (2011, s.88): „*Výber formy práce je daný počtom prichádzajúcich klientov, no výber postupu práce a konkrétnej metódy závisí od orientácie, prístupu, smeru či teórie sociálnej práce, ktorej zástancom je sociálny pracovník, ktorý si postup vyberá (behaviorálna sociálna práca, systemický prístup, teórie konania, terapeutické prístupy...), z predchádzajúcej kapitoly vieme, že to tvorí koncept práce sociálneho pracovníka*“.

V súčasnosti máme k dispozícii nielen v zahraničnej ale i v českej a slovenskej odbornej literatúre množstvo hodnotných publikácií venujúcich sa metódam a formám sociálnej práce (Teater 2010; Pierson, Thomas 2010; Tokárová et al. 2002; Matoušek et al., 2008; Žiaková et al. 2011 a pod.).

### 1.3.10 Sociálna práca ako nástroj proti sociálnemu vylúčeniu

Sociálnej práci ako nástroju proti sociálnemu vylúčeniu osôb so zdravotným znevýhodnením a chronickou chorobou sa venuje O. Matoušek et al. (2005, s.99). Pre dobrú prax sociálnej práce je podstatné poznať faktory ovplyvňujúce život so zdravotným znevýhodnením a chronickou chorobou; autori v publikácii rozoznávajú nižšie uvedené faktory súvisiace s potrebami, ktorým je treba pri práci so zdravotne znevýhodnenými venovať zvýšenú pozornosť.

- **Biologické faktory:** zdravotný stav (choroba, zdravotné znevýhodnenie), vrodené dispozície (dedičné vplyvy, konštitučný typ a pod.), aktuálna telesná kondícia.
- **Psychologické faktory:** osobnostné rysy, sebahodnotenie a sebaaponímanie, aktuálny psychický stav, schopnosť riešiť problémové situácie.
- **Sociálne faktory:** rodinné zázemie, spoločenské postoje, príležitosti k nadväzovaniu sociálnych vzťahov a väzieb, schopnosť nadväzovať a udržať sociálne vzťahy a väzby.
- **Sociálna a verejná politika:** dostupnosť adekvátnych sociálnych služieb, politika zamestnanosti a trh práce, vzdelávanie, bytová politika, doprava.
- **Noetické faktory:** morálne a etické presvedčenia, hodnoty, zmysel vlastného života, schopnosť integrovaného vnímania životnej skúsenosti, náboženské presvedčenie.

Podľa O. Matouška et al. (2005, s.100) „*dobrá prax vychádza z pohľadu na človeka ako na jedinečnú bytosť a až následne prihliada k stupňu či druhu jeho zdravotného znevýhodnenia. Dobrá prax je teda založená na sociálnom modeli znevýhodnenia. Preto je žiaduce sociálne služby pre zdravotne znevýhodnených konštruovať na základe ich práv.*“ Významné miesto v rozvoji modernej sociálnej práce so zdravotne znevýhodnenými má koncepcia splnomocnenia, ktorá na jednej strane posilňuje ich sebavedomie a na druhej strane podporuje plnohodnotné využívanie a realizáciu ich práv. Medzi východiskové témy, na ktoré nesmieme zabúdať pri práci s osobami so zdravotným znevýhodnením, autori zaraďujú prístup od izolácie k socializácii a integrácii, potrebu nezávislého spôsobu života, život bez bariér, dostupnosť aktivít v rámci svojpomocných a podporných skupín, sebarealizáciu a s ňou súvisiace uplatnenie na trhu práce.

### 1.3.11 Sociálna práca a poradenstvo

Sociálnej práci a sociálnemu poradenstvu sa v zahraničnej literatúre venujú napr. T. Mizrahi a L. Davis (2008), J. Pierson a M. Thomas (2010), B. Teater (2010) a mnohí ďalší. V českých a slovenských podmienkach sa im v odbornej literatúre, vo vzdelávaní i v praxi venujú napr.: L. Novosad (2000, 2009), O. Matoušek et al. (2003, 2005), E. Mydlíková (2003, 2004, 2005, 2009), J. Gabura (1995, 2004, 2005) a ďalší. Poradcov môžeme nájsť v mnohých podobách: pracovníkov poradenských centier, pracovníkov miestnych úradov,

právníkov, sociálnych pracovníkov, charitatívnych pracovníkov, pracovníkov s mládežou, probačných úradníkov, špecialistov pracujúcich v špeciálnych oblastiach a pod. (Pierson, Thomas 2010). Sociálne poradenstvo na Slovensku podľa J. Gaburu (2005, s.7) nemá žiadne tradície: „Komplexné sociálne poradenstvo sa systematicky začína rozvíjať až pod „nežnej revolúcií“ v roku 1989, kedy sa mení sociálna politika štátu, spôsob realizácie sociálnej pomoci, hľadajú sa nové efektívne formy práce so sociálnym klientom“. Autor uvádza, že v pomáhajúcich profesiách je ťažisko poradenstva založené na vzťahu pomoci, pričom poradca má snahu podporiť rast, rozvoj, zrelosť a lepšie uplatnenie klienta, aby sa efektívnejšie orientoval vo svete a vyrovnával so životom. Klemer (podľa Gaburu 2005) uvádza sedem základných podmienok poradenstva:

- vytvoriť klímu, v ktorej môže klient otvorene hovoriť o svojich problémoch;
- akceptovať klienta a jeho postoje;
- diagnostikovať reálny problém klienta;
- umožniť klientovi ventiláciu a emocionálnu katarziu;
- pomáhať klientovi získavať relevantné informácie, poznatky a zručnosti;
- skúmať spolu s klientom všetky možné alternatívy rozhodovania a riešenia problémov;
- motivovať a podporovať klienta k realizácii a dokončeniu zvolenej alternatívy riešenia.

V odbornej literatúre sa zdôrazňuje najmä interdisciplinárny a komplexný charakter poradenstva; na teórii i praxi poradenstva sa podieľa viacero vedných disciplín a odborníkov zo sociálnej práce, psychológie, medicíny, práva, ekonómie, sociológie, filozofickej antropológie a podobne. J. Koščo et al. (1980) a J. Gabura (2005) vyzdvihujú aj ďalšie charakteristické črty poradenstva, ktorými sú multisférový a multikonzumný charakter, profesionálny charakter, inštitucionalizovaný charakter, biodromálny charakter, edukatívno-formatívny charakter, personálny charakter a vnútornú diferenciáciu. Poradenstvo je nástrojom zefektívňovania sociálnych procesov v rôznych rezortoch: práca, sociálne veci a rodina, zdravotníctvo, školstvo a pod. Poradenstvo patrí medzi základné kompetencie a vykonávané činnosti nielen sociálnych pracovníkov, ale i ďalších pomáhajúcich profesionálov – psychoterapeutov a klinických psychológov, lekárov (najmä psychiatrov), pedagógov, andragógov, duchovných a pod.

Spôsob priebehu poradenského procesu závisí okrem iného od prístupu sociálneho pracovníka či poradcu; v poradenstve môžeme rozlíšiť štyri základné prúdy či možnosti prístupov k poradenstvu (Gabura, Pružinská, 1995):

*Dynamický prístup* - Založený na princípe podmienenia (determinácie) súčasného správania minulosťou a na využívaní princípu kauzality. Predstavuje prácu s nevedomými silami a motívmi, ktoré ovplyvňujú aktuálne správanie, bez toho, aby si to jedinec uvedomoval. Snahou poradcu je reorganizácia klientovej osobnosti na základe riešenia intrapsychického konfliktu.

*Behaviorálny prístup* - Založený na predpoklade, že správanie je výsledkom naučeného, resp. nenaučeného. Vzťah je postavený na edukácii a využíva techniky učenia.

- Experienciálny prístup* - Experienciálny prístup – založený na vnímaní človeka ako aktívnej bytosti s potenciálom k ďalšiemu rastu. Zameriava sa na dosiahnutie vyššieho stavu vedomia v zmysle uvedomenia si vlastných možností a schopností a naučenia sa využívať ich. Problém klienta je chápaný ako strata zhody medzi vonkajším a vnútorným prežívaním. Tento prístup sa využíva v systémoch sociálneho poradenstva.
- Eklektický prístup* - Predstavuje spájanie jednotlivých poradenských prístupov, resp. selektívne využívanie ich častí v závislosti od problému a typu klienta. Je charakteristický pre sociálne poradenstvo v podmienkach SR, čo je spôsobené tým, že u nás zatiaľ neexistuje tradícia jednej školy, hoci sa postupne rozvíja a sociálni pracovníci majú možnosť prípravy, vzdelania (kurzy, výcviky) a využívať jeden prístup. Je dôležité rozlišovať medzi poradenstvom, ktoré je využívané aj v iných pomáhajúcich profesiách a sociálnym poradenstvom charakteristickým pre sociálnu prácu.

V Slovenskej republike je sociálne poradenstvo legislatívne ošetrené *Zákonom č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách*, § 19, ktorý uvádza, že sociálne poradenstvo je odborná činnosť zameraná na pomoc fyzickej osobe v nepriaznivej sociálnej situácii, pričom rozlišujeme:

- základné sociálne poradenstvo* - posúdenie povahy problému klienta, poskytnutie základných informácií o možnostiach riešenia a sprostredkovanie alebo odporúčanie ďalšej odbornej pomoci,
- špecializované sociálne poradenstvo* - zistenie príčin vzniku, charakteru a rozsahu problémov klienta a poskytnutie odbornej sociálnej pomoci.

Sociálny poradca je odborník, ktorý musí pre výkon svojej profesie spĺňať mnohé kritériá. Tieto je problematické stanoviť najmä v špecifických podmienkach Slovenskej republiky, a to z dôvodu, že v tomto regióne sociálne poradenstvo pôsobí len krátke časové obdobie. V súčasnosti sa však už etabluje aj v našej spoločnosti, pričom dôležitým krokom k presadeniu poradenstva bolo vytvorenie *Štandardov kvality sociálneho poradenstva* v roku 2004. Odráža sa v nich postavenie a poslanie poradcu v tejto odbornej činnosti. E. Mydlíková et al. (2005, s.8) definujú nasledovné *Štandardy kvality sociálneho poradenstva*.

#### 1. *Štandardy kvality procesu sociálneho poradenstva:*

- ciele a spôsoby poskytovania poradenstva,
- ochrana práv užívateľov sociálneho poradenstva,
- práca s klientom počas poradenského vzťahu,
- evidencia klientov a ich dokumentácia,
- sťažnosti na kvalitu alebo spôsob poskytovania sociálneho poradenstva.

#### 2. *Personálne štandardy kvality sociálneho poradenstva:*

- personálne zabezpečenie sociálneho poradenstva,

- pracovné podmienky sociálneho poradcu,
- profesionálny rozvoj pracovníkov.

### 3. *Prevádzkové štandardy kvality sociálneho poradenstva:*

- miesto a čas poskytovania sociálneho poradenstva,
- informovanosť o sociálnom poradenstve,
- krízové situácie,
- zaistenie kvality,
- ekonomika.

Pre získanie kvalifikácie potrebnej na výkon sociálneho poradenstva je nutné absolvovať ďalšie vzdelávanie. Jedným z poskytovateľov vzdelávania v sociálnom poradenstve v Slovenskej republike je *Asociácia supervízorov a sociálnych poradcov* sídliaca v Bratislave. Poslaním asociácie je prispievať k rozširovaniu odborných vedomostí a praktických zručností v sociálnej práci prostredníctvom vzdelávania, výcvikov, stáží, organizovaním pomoci pre sociálnu oblasť a ďalších aktivít vykonávaných na sociálnom poli všetkých troch sektorov. J. Gabura (2005) rozlišuje niekoľko oblastí využitia sociálneho poradenstva, napr. problémy s kompetenciami v sociálnych vzťahoch, deficity v sociálnych zručnostiach, problémy pri výkone sociálnych rolí, interpersonálne konflikty v sociálnych vzťahoch, problémy sociálnej adaptácie a pod.

Východiská a základné úlohy špeciálneho poradenstva charakterizuje L. Novosad (2009); zameriava sa predovšetkým na osoby so zdravotným znevýhodnením a chronicky chorých. U týchto ľudí autor odporúča rešpektovať a prekonávať niektoré spoločné rysy, ktoré sa u nich môžu vyskytovať vo zvýšenej miere:

- citová a podnetová deprivácia, vplyv možného pôsobenia frustrácie a stresu;
- skúsenostné deficity a nezažité kompetencie k rozhodovaniu i zachádzaniu s vlastným životom;
- ťažkosti pri procese osamostatňovania;
- adaptačné ťažkosti a nízka dôvera vo vlastné schopnosti a možnosti,
- poruchy sebapónímania, napr. skreslené sebahodnotenie alebo ambivalentný vzťah k vlastnej osobe, emocionálna labilita, izolovanosť, komunikačné bariéry a podobne.

E. Mydlíková (2004, 2005, 2009) definuje, že sociálny pracovník, ktorý pracuje s klientom v oblasti sociálneho poradenstva, pôsobí ako sociálny poradca; podľa autorky každý sociálny poradca môže pracovať ako sociálny pracovník, avšak nie naopak. Je potrebné zdôrazňovať osobnostnú výbavu pomáhajúceho profesionála – sociálneho poradcu. Vyžaduje sa predovšetkým jeho stabilná a zrelá osobnosť, široký záber jeho vedomostí z rôznych, najmä príbuzných vedných disciplín (psychologické, sociologické, pedagogické, andragogické, právne, etické a pod.), nevyhnuté je aj ovládanie cudzích jazykov v záujme neustáleho preberania a výmeny nových poznatkov na nadnárodnej úrovni.

### 1.3.12 Sociálna práca a poradenstvo pri zlepšovaní kvality života onkologicky chorých

Podľa P. Vodvářku (2004) môžeme históriu sociálnej práce chápať ako príbeh objavovania potrieb a pretvárania spoločnosti na systém schopný tieto potreby uspokojovať. P. Hartl (1997, 2000) uvádza štyri druhy *sociálnych potrieb*, vzájomnou kombináciou ktorých vzniká prehľad dvanástich ukazovateľov, z ktorých je možné vyčítať, či a do akej miery sú potreby jednotlivca uspokojované a kto ich prípadne neuspokojovanie najviac pociťuje:

1. *potreby normatívne (stanovené)* – stanoví sa potrebná úroveň nejakého stavu, napr. počet lekárov na počet obyvateľov (stanovujú znalci);
2. *potreby pociťované* – čo si ľudia prajú; nie sú meradlom skutočných potrieb;
3. *potreby vyjadrené* – jedná sa o potreby pociťované vyjadrené činom; čakateľské listiny (napr. na nejakú liečbu a pod.);
4. *potreby komparatívne* – potreby odhadnuté na základe porovnania; porovnanie potrieb určitých skupín ľudí s podobnými charakteristikami.

Ako uvádza P. Vodvářka (2004), podľa jeho názoru sa sociálnej práce v prospech onkologicky chorých zúčastňujú všetci zdravotnícki pracovníci vrátane lekárov a sestier, ale odborné sociálne potreby je kompetentný sprostredkovať predovšetkým sociálny pracovník. A. Maslow (podľa Halla a Lindzeyho, 1999) poukázal na hierarchiu potrieb, pričom potreby vyššie sa začínajú naplňovať až po uspokojení potrieb nižších. Základné alebo deficitné potreby sú tie, ktoré vyrastajú z nejakého zrejmeho nedostatku, deficitu v človeku. Ak sú deficitné potreby viac menej uspokojené, objavujú sa rastové potreby, ktoré vyrastajú z ľudskej potreby sledovať ciele, neprestajne ich prekračovať, stávať sa niekým lepším a nielen byť alebo pokračovať v jestvovaní. Psychosociálne potreby patria k potrebám „vyšším“. Z pravidiel Maslowovho hierarchického modelu existujú výnimky. Pripúšťa sa, že nie vždy musí byť toto pravidlo platné a že sa môžu naplňovať potreby vyššie, i keď nie sú uspokojené potreby nižšie. Napríklad u niektorých ľudí môžu potreby ocenenia nastať skôr ako potreba lásky a náklonnosti; prípadne u niektorých ľudí môže potreba tvorivosti predchádzať všetky ostatné. Klasifikáciu psychosociálnych potrieb podľa niektorých ďalších autorov uvádzajú B. Baštecká a P. Goldman (2002):

*Psychosociálne potreby podľa Janice Kiecolt-Glasser:*

- patriť niekomu,
- mať vplyv a moc,
- hrať si a tvoriť aj iba pre potešenie,
- byť slobodný (mať možnosť voľby) a byť sebestačný.

*Psychosociálne potreby podľa Zdeňka Matějčka:*

- potreby podnetov,
- potreba zmysluplného sveta (štruktúra a poriadok),
- potreba istoty,
- potreba pozitívnej identity (vlastnej hodnoty),
- potreba otvorenej budúcnosti.

- Podrobnejšie vymedzenie potrieb, zahrnutých vo vyššie uvedených systémoch, podľa Jiřího Krivohlavého*
- potreba afiliácie – sociálneho kontaktu – styku s druhými ľuďmi,
  - potreba priateľského vzťahu – mať človeka, ktorému je možné dôverovať,
  - potreba sociálneho pripútania (*attachment*) – vid' vzťah matky a dieťaťa,
  - potreba vzájomnosti – byť v starostlivosti niekoho a o niekoho sa starať,
  - potreba sociálnej komunikácie – s niekým hovoriť, viesť rozhovor, byť účastný, nielen sa zúčastniť,
  - potreba zaistenia sociálneho bezpečia – proti nežiaducim útokom druhých ľudí,
  - potreba kladného sociálneho hodnotenia (*evaluácia*) – potreba uznania vlastnej hodnoty druhými ľuďmi, potreba rešpektu (úcty), sociálneho uznania, pochvaly a pod.,
  - potreba sociálneho zaradenia a začlenenia – byť prijatý druhými ľuďmi a patriť do celkom určitej sociálnej skupiny,
  - potreba sociálnej identity – byť „niekým“ v rámci určitej skupiny (nebyť „niekým“),
  - potreba lásky – byť milovaný, vážený, uznávaný ako človek „*sui generis*“ a potreba niekoho milovať.

Naposledy menovaná potreba lásky chápaná široko, pokrýva väčšinu vymenovaných potrieb. *Láska* je podľa V. E. Frankla (1994, s. 237) „*najvyšším zmyslom ľudskej existencie*“. V. E. Frankl rozoznáva tri vrstvy osobnostnej štruktúry, tri formy nastavenia (sexuálnu, erotiku a lásku). Lásku pritom chápe ako „*priamu nastavenosť na duchovnú osobu daného človeka, na osobu práve v celej jej jedinečnosti a jednorázovosti*“ (Frankl 1994, s.237). P. Vodvářka (2003) zdôrazňuje, že v poslednej dobe je možné pozorovať radu užitočných sociálnych aktivít u onkologicky chorých. Sociálne zabezpečenie chorých (rodinné zázemie, partneri) pôsobia priaznivo tým, že chorým vracajú sebadôveru a dokonca pozitívne ovplyvňujú prežitie chorých, spôsob adaptácie na ochorenie a podobne. Iným zdrojom zlepšenia výsledkov liečby podmienenej uspokojením sociálnych potrieb sú dobrovoľné skupiny chorých. Bolo zistené, že u týchto chorých dochádza k lepšiemu zvládaniu choroby práve tým, že chorí v skupine dostávajú celú radu podnetov a praktických príkladov ako prekonať ochorenie, predovšetkým od pacientov (z prvej ruky) a nakoniec sa samotné ochorenie môže stať zdrojom zvýšenia sebavedomia tým, že sami pomáhajú ďalším chorým svojim príkladom. Z logoterapeutického hľadiska ide o zmyslom naplnený život, ktorý podporuje nielen vyliečenie ale i uzdravovanie chorých. Inou sociálnou aktivitou podľa J. Krivohlavého (2001, s.182) „*sa môže stať príslušnosť k náboženskej skupine, ktorá má programovo zakotvenú pomoc chorým*“. Na základe výskumov bolo zistené, že už len bilaterálne vzťahy s príslušníkmi uvedených skupín sú ozdravné. V týchto súvislostiach P. Vodvářka (2003) zdôrazňuje, že existuje celá rada metód sociálnej práce a tém, ktoré je možné uplatniť v praxi nielen u chorých, ale tiež u ich rodinných príslušníkov. Do tejto kategórie je možné zaradiť pravidelné kontakty s rodinnými príslušníkmi behom liečby chorých, behom procesu umierania (v starostlivosti o terminálne



chorých) a tiež postterminálne, kedy jednak v osobnom kontakte vyjadrujeme našu empatiu a pochopenie ťažkej situácie po smrti pacienta osobne a ďalej v telefonickom styku v určitých intervaloch. Okrem všeobecne ľudských rozhovorov, je možné do týchto aktivít zahrnúť i poradenstvo tak, aby sa pozostali dokázali orientovať v nových situáciách vo svojom smútku (napr. pri zariaďovaní pohrebu a pod.). Základná sociálna práca je nedeliteľnou zložkou práce zdravotníkov; uspokojovanie špeciálnych potrieb je však plne v kompetencii sociálnych pracovníkov. Pretože pracovníci jednotlivých pomáhajúcich profesií sa starajú o toho istého pacienta, musia spolupracovať. Úlohou zdravotníkov nie je iba liečenie chorôb, ale tiež uzdravenie pacienta. Bio-psycho-sociálno-spirituálny model predpokladá komplexnú starostlivosť o chorého, pričom sociálna práca je jednou z jeho významných zložiek. Podľa viacerých autorov (Křivohlavý 2001; Csikszentmihalyi 1996; Vodvářka 2003) súčasné poznatky o vplyve sociálnej práce - o obnovení pocitu „*flow*“ (*plynutie*) v sociálnej dimenzii potvrdzujú, že uspokojenie sociálnych potrieb priamo pozitívne ovplyvňuje liečebné výsledky.

### **1.3.12 Sociálna práca a poradenstvo v prospech onkologicky chorých v zahraničí**

Problematiku *sociálnej práce v onkológii* v zahraničí nám predstavuje a približuje M. Lauria (2008); podľa autorky pod sociálnou prácou v onkológii rozumieme špecializáciu sociálnej práce v zdravotníckej starostlivosti. Sociálni pracovníci v onkológii vykonávajú podpornú službu a programy, vzdelávanie, výskum, administratívu, rozvoj politiky, obhajobu riešenia psychologických, sociálnych a duchovných problémov onkologicky chorých, ich rodín a poskytovateľov starostlivosti od diagnózy, cez liečenie, prežitie, až do ukončenia starostlivosti alebo v období „*zármutku*“. Prichádzajúce desaťročie bude prezentovať veľa výziev a príležitostí pre sociálnych pracovníkov v onkológii v oblasti pomoci onkologicky chorým, ich rodinám a poskytovateľom starostlivosti pri prekonávaní prekážok so zámerom zlepšovania kvality života a kvality starostlivosti. Podľa autorky sa klinickí sociálni pracovníci a ostatní profesionáli pracujúci v liečebných centrách a oddeleniach stanú súčasťou *multidisciplinárneho onkologického tímu* pri riešení komplexných problémov tak kvality života ako aj liečebných výsledkov. Tento prístup k tímovej práci je dnes ešte charakteristický väčšinou poskytovaním psychosociálnych služieb pacientom v onkologických centrách a najmä v detských onkologických programoch. Postupne sa rozširujúca problematika výskumov súvisiacich s prácou profesionálov v onkológii nesporne ovplyvňuje aj prax sociálnych pracovníkov; v prevažnej väčšine ide pritom o multidisciplinárny prístup k výskumom (Lauria 2008).

*Asociácia sociálnych pracovníkov v detskej onkológii* (APOSW) vznikla v roku 1977 a *Národná asociácia sociálnych pracovníkov v onkológii* (NAOSW) v roku 1984 v USA.

NAOSW sa stala v roku 1993 *Asociáciou sociálnych pracovníkov v onkológii* (AOSW), pričom sa svojou podstatou zmenila z profesijnej inštitúcie na vzdelávaciu neziskovú organizáciu. Jej úloha spočíva v presadzovaní excelentnosti v profesionálnej starostlivosti o onkologických pacientov, o ich rodiny a o poskytovateľov starostlivosti cez vzdelávanie, výskum a rozvoj zdrojov, vytváranie sietí a obhajovanie pacientov. Členovia asociácii AOSW aj AOSW sa vo svojej činnosti opierajú o spoločné *Štandardy praxe* ako aj o *Etický kódex* vypracovaný pôvodnou NAOSW. Každá organizácia alebo inštitúcia je zapojená do klinického výskumu verejného vzdelávania a kontinuálneho profesijného vzdelávania a tréningu. Výsledky výskumov sú pravidelne prezentované na regionálnych a národných konferenciách; k podporovaniu špeciálnych záujmových skupín a prepojeniu členských sietí prispieva aj vydávanie *Spravodajcu* (AOSW, 2001a).

V súvislosti s *praxou, úlohami a službami sociálnych pracovníkov v onkológii* (SPO), M. Lauria (2008) uvádza, že sociálni pracovníci v onkológii praktizujú sociálnu prácu všade tam, kde sú onkologickí pacienti liečení a sledovaní, v prvom rade vo veľkých medicínskych centrách, onkologických centrách, komunitných nemocniciach, na onkologických poliklinikách a na súkromných onkologických pracoviskách. S rastúcou ambulatnou starostlivosťou v osemdesiatych rokoch začali sociálni pracovníci v onkológii vykonávať služby aj v zariadeniach (inštitúciách) ako sú napr. hospice, domáce ošetrovateľské agentúry, centrá zdravia a rôzne podporné komunitné organizácie; významné miesta môžu zastávať v akademickej obci, vo výskume a v politike. Sociálni pracovníci v onkológii majú mnoho rozličných úloh a v rámci týchto úloh často zastávajú viacnásobné funkcie. Sociálny pracovník v onkológii (SPO) môže pracovať v nasledovných funkciách ako:

- *klinický sociálny pracovník,*
- *poradca,*
- *psychoterapeut,*
- *vedúci podpornej skupiny,*
- *edukátor,*
- *informačný špecialista,*
- *odborník vo výskume,*
- *odborník v case-manazmente,*
- *koordinátor pri prepustení z nemocnice,*
- *patientsky navigátor,*
- *advokát alebo obhajca,*
- *špecialista na tvorbu nových programov pre onkologicky chorých,*
- *analytik politiky v oblasti sociálnej starostlivosti,*
- *konzultant*
- *koordinátor dobrovoľníkov a pod. (Lauria, 2001, 2008).*

Mnohí sociálni pracovníci v onkológii vykonávajú prax vo veľkých onkologických centrách alebo v komunitných nemocniciach v rôznych onkologických programoch; z uvedených centier je riadená aj starostlivosť o onkologicky choré deti a dospelých, aj keď sa nachádzajú vo svojom domácom prostredí; ide o koordinovaný a komplexný prístup so zvláštnym dôrazom na rodinne orientovanú starostlivosť (Lauria, Clark, Hermann, Stearns, podľa Lauria 2008).

Sociálni pracovníci v onkológii ponúkajú rad služieb zahrňujúcich krízovú intervenciu, podporné poradenstvo, psychoterapiu, riadenie bolesti a iných symptómov, paliatívnu starostlivosť, poradenstvo pri úmrtí, asistenciu pri rozhodovaní, case-management koordinácie starostlivosti, plánovanie prepustenia, navigáciu pacienta, osobnú obhajobu vo finančných záležitostiach a v zamestnaní, vzdelávanie v oblasti onkologických chorôb, informácie o komplementárnej medicíne, nácvik relaxácie a iných stres redukujúcich techník, v usmerňovaní podporných skupín, v obhajobe a v špeciálnych programoch, ako sú letné tábory (AOSW, 2001b).

V súvislosti s *požadovaným vzdelaním sociálnych pracovníkov v onkológii*, majú mnohí sociálni pracovníci v onkológii v prevažnej miere magisterské vzdelanie v odbore sociálna práca (*Master of Social Work*). Súčasťou vzdelávania popri získaní teoretických vedomostí sú aj praktické skúsenosti z klinickej praxe a odborné vedomosti a skúsenosti zo základnej onkologickej problematiky. Sociálni pracovníci v onkológii získavajú licenciu v tých štátoch, v ktorých absolvovali prax; sú povinní absolvovať tiež ročný kurz ďalšieho vzdelávania, školenia zamerané na etiku sociálnej práce v onkológii a po ich ukončení je im udelený asociáciou AOSW *Certifikát sociálneho pracovníka v onkológii (OSW-C)*.

Ako uvádza M. Lauria (2008), v súčasnosti existuje mnoho výziev pre dnešnú prax v sociálnej práci v onkológii: prvá je enormne vysoká cena liečby rakoviny, ktorá ovplyvní úroveň dostupnej starostlivosti – prináša problémy pre profesionálov v onkológii, poisťovňam aj pacientom. Opatrenia smerujúce k znižovaniu nákladov viedli k novému modelu poskytovania starostlivosti a ku redukcii personálu v mnohých onkologických zariadeniach. Zostávajúci personál často zápasí s problémami vo vykonávaní psychosociálnych služieb a najmä v zabezpečení jej stabilného financovania. Tento problém vyvstáva práve v čase, kedy pacienti vyhľadávajú viac informácií, edukáciu, pomoc v „orientácii sa v systéme“ a lepšiu kvalitu starostlivosti. Pacienti aj poskytovatelia starostlivosti sa obracajú na onkologických profesionálov a organizácie ako sú *Americká onkologická spoločnosť*, *Spoločnosť Leukémie a lymfómy*, *National Coalition for Cancer Survivorship*, *Nadácia pre obhajobu záujmov pacientov*, *Candle lighters Childhood Cancer Foundation - Nadácia Plamienok pre onkologicky choré deti* apod. Ďalší okruh otázok predstavuje vysoký počet Američanov bez poistenia alebo s nedostatočným poistením (Frieman, podľa Lauria, 2008). Dokonca aj tí s pokrytím z tretej strany vyžadujú väčšiu pomoc ako pred niekoľkými rokmi v zložitom roztrieštenom systéme zdravotníckej starostlivosti (C-Change, 2005) a zdrojov a podpôr, ktoré potrebujú. To platí najmä pre pacientov, ktorí čelia špeciálnym prekážkam, ako sú jazykové bariéry, odlišná kultúra, mentálne ochorenia, kognitívne obmedzenia, negramotnosť alebo chudoba (Smedley, Stith, Nelson, 2003 podľa Lauria, 2008). Nakoniec, narastajúci počet „*prežívajúcich pacientov*“ si vyžaduje novú pozornosť a vysoké požiadavky na služby a programy zamerané na riešenie problémov, ktorým čelí 10 miliónov Američanov (Hewitt, Greenfield, Stovall, 2006, NCI, 2003, 2004, podľa Lauria 2008) s osobitným záujmom na uľahčenie prechodu „*from patient to survivor*“. Dôležitá je potreba nových odporúčaní v počiatočnej fáze skúsenosti s rakovinou

a plánovanie a koordinácia v zabezpečení toho, aby boli naplnené aj často veľmi zložité komplexné potreby (Hewitt, Weiner, Simone, 2003, Lauria 2008). Výzvami na vytváranie príležitostí v ďalšom desaťročí je: požiadavka *praxe založenej na dôkazoch (evidence-based practice)* vo všetkých disciplínach, pokroky v génových a iných terapiách, vyššia pozornosť paliatívnej starostlivosti, trvalý problém nákladov na poskytované služby, prispôbenie sa potrebám multikultúrnej spoločnosti a imperatívu zlepšenia v prístupe a pomoci v orientácii sa v systéme onkologickej starostlivosti a pod. (C-Change, 2007). Sociálni pracovníci v onkologickej praxi budú musieť do budúcnosti neustále zvyšovať svoje vedomosti, vykonávať evidenciu intervencií, integrovať výskum s praxou, zvládnuť nové technológie, predpokladať nové úlohy, skúmať nové prístupy pomoci pacientom a manažovať všetky fázy onkologickej liečby a obdobia po liečbe.

„*Ako môže sociálny pracovník v onkológii pomôcť onkologicky chorým?*“ Sociálny pracovník v onkológii si je vedomý toho, že onkologicky chorí sa počas choroby vo svojom osobnom živote stretávajú s ovplyvňovaním rôznych aspektov (napr. spirituality, situácie v rodine) a uvedomuje si, že rakovina zasahuje človeka v rôznych oblastiach. Pre všetkých pracovníkov pomáhajúcich profesií je potrebné prispievať k zlepšeniu kvality života onkologicky chorých, pomáhať im zvládať obavy a hľadať novú nádej. Uvedené procesy sa môžu diať v rámci *osobného, partnerského alebo rodinného poradenstva*, podporných skupín, komunitnej agentúry, rôznych podporných programov a pod. Z tém, s ktorými je potrebné sa v ďalších rokoch zaoberať, sa uvádzajú: onkologický sociálny pracovník ako most, premostenie medzi klientom a zdravotníckym tímom, pomoc klientom v prístupe ku zdrojom, pomoc v oblasti partnerských vzťahov, návrat do života po liečbe, ako i ďalšie vzdelávanie sociálnych pracovníkov v onkológii.

*Navigácia pacienta (NP): „Ako získať pomoc v onkologickej starostlivosti?“*

Usmernenie pacientov je cesta, ako pomôcť ľuďom nájsť vlastnú cestu cez systém onkologickej starostlivosti (bližšie pozri [www.cancer.net](http://www.cancer.net)). Uvedený typ riadenia starostlivosti vykonáva „*one-on-one help*“, pomáha s informáciami o službách v onkologickej starostlivosti od diagnostikovania počas celej liečby. Tento prístup sa začal v USA v roku 1990 a stal sa dôležitou súčasťou onkologickej starostlivosti. Viac ako 200 programov v onkologickej starostlivosti v USA obsahuje nejaké formy navigácie pacienta (tieto môžu byť založené v nemocniciach alebo v miestnych komunitách apod.). Navigačné služby sa často začínajú, keď je osobe oznámená onkologická diagnóza, resp. keď výsledky testov nie sú v poriadku, hoci niektoré navigačné programy podporujú predovšetkým screening a prevenciu rakoviny. Niektoré navigačné programy sa začínajú, keď je osoba už indikovaná na chirurgický zákrok, alebo nastupuje na onkologickú liečbu. *Prečo je navigácia dôležitá?* Cieľom navigácie pacienta je zabezpečiť, aby onkologicky chorí ľudia včas získali potrebné diagnostikovanie a začali s liečbou čo najskôr, ako je to možné, aby pochopili možnosti liečby rakoviny a plán starostlivosti. Z rôznych dôvodov je systém zdravotnej starostlivosti často mätúci a niektorí ľudia si nevedia pomôcť; navigácia pacienta je mostom medzi

systémom komplexnej onkologickej starostlivosti a onkologickým pacientom. Medzi dôvody, ktoré zabráňujú niektorým pacientom nájsť a prijať adekvátnu onkologickú starostlivosť, sa zahŕňajú:

- *finančné dôvody, ak osoba nie je poistená, nemá dostatočné zdravotné poistenie, má prekročený limit zdravotného poistenia alebo má zdravotné poistenie s pravidlami a požiadavkami ovplyvňujúcimi rozsah poskytnutia zdravotníckej starostlivosti;*
- *komunikačné dôvody, ak osoba nerozpráva dobre anglicky, alebo nevie čítať a písať;*
- *preprava, ak osoba nemá vlastnú dopravu a býva ďaleko od nemocnice,*
- *emocionálne a kultúrne dôvody, ak sa osoba obáva vyhľadať zdravotnú starostlivosť alebo neverí poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo systému zdravotnícku starostlivosti;*
- *psychologické, ak osoba podľahne emocionálnym problémom, ktoré nastanú počas prijímania zdravotníckej starostlivosti,*
- *dôvody zo strany systému zdravotnej starostlivosti, ak je osoba z komunity s nízkou alebo nedostatočnou službou zdravotnej starostlivosti,*
- *rasové a etnické hľadisko, ak osoba cíti alebo sa obáva, že dostáva slabšiu zdravotnú starostlivosť z dôvodu etnickej alebo rasovej príslušnosti.*

Navigátor onkologického pacienta môže poskytovať nasledovné služby:

- *v prípade potreby môže zabezpečiť sprevádzanie a tlmočenie;*
- *pomôcť pacientom dodržať liečebný plán;*
- *zabezpečovať prepravu do zdravotníckych zariadení;*
- *nájsť dozor pre deti v čase návštevy lekára alebo liečenia;*
- *poskytnúť pacientovi potrebné informácie o onkologickom ochorení;*
- *hľadať potrebné zdroje (finančná pomoc, kompenzačné pomôcky, parochne apod.)*
- *zaobstaráť starostlivosť v domácom prostredí a prístrojové vybavenie (polohovacie postele, odsávačky a pod.) pre domácu starostlivosť;*
- *sprostredkovať účasť v podporných skupinkách;*
- *poskytovať „empatické načúvanie“ a emocionálnu oporu.*

### **Multidisciplinárny prístup k rehabilitácii onkologicky chorých.**

Uvedeným prístupom k rehabilitácii onkologicky chorých sa zaoberá R. Kaplan (2011), pričom ako členov *multidisciplinárneho tímu* uvádza nasledovných špecialistov:

1. *Lekári* – pozostávajú z tímov viacerých lekárov špecialistov.
2. *Koordinátor starostlivosti, resp. case-manager.* Môže ním byť rehabilitačná sestra, sociálny pracovník alebo profesionál v rehabilitácii v príbuznej oblasti. Tento koordinátor musí byť oboznámený s funkciami členov tímu rôznych disciplín a zabezpečiť efektívne potreby pacienta.
3. *Onkologická alebo rehabilitačná zdravotná sestra.*
4. *Sociálny pracovník.* Jeho úloha sa môže značne líšiť, závisí od zdravotníckeho zariadenia. SP často vykonávajú poradenstvo pacientom a rodinným príslušníkom, pokiaľ ide o emocionálnu oporu, komunitné zdroje, financie, zmeny životného štýlu a ich účasť v liečbe. V niektorých zariadeniach vedú podporné skupiny a aktívne asistujú pri plánovaní súvisiacich aktivít ako je zabezpečenie domácej starostlivosti a preloženie do iných zdravotníckych zariadení.
5. *Psychológ.* Pacienti a ich rodiny majú často veľa psychologických a súvisiacich otázok týkajúcich sa tejto choroby, jej liečby a možných výsledkov. Psychológ posudzuje a lieči pacientov, aby im pomohol zvládať rakovinu a súvisiacu psychickú úzkosť. Dánska štúdia zistila, že v porovnaní s bežnou populáciou je vyššie percento pacientov jednotlivcov s depresiou, ktorým bola diagnostikovaná rakovina a sú hospitalizovaní v nemocnici. Podľa správy, ktorá skúmala depresiu súvisiacu s hospitalizáciou od rokov 1973 až 2003 sa zistilo, že relatívne riziko depresie v prvom roku u jednotlivcov, u ktorých bola diagnostikovaná

rakovina, je 1,16, u žien s kolorektálnou rakovinou; do 3,08 u mužov s nádorom mozgu. Autori dospeli k záveru, že depresia musí byť zistená včas a účinne liečená u osôb, u ktorých bola diagnostikovaná rakovina, aby sa zabránilo ich hospitalizácii kvôli liečeniu depresie.

6. *Fyzioterapeut* sa sústreďuje na posilnenie svalov a kĺbov, zvýšenie mobility a radosti z pohybu. Zároveň je administrátorom možností terapeutických modalít súvisiacich s individuálnymi potrebami pacientov.

7. *Pracovný terapeut*. Hodnotí schopnosť pacienta vykonávať úlohy spojené so starostlivosťou o seba, vrátane činností každodenného života (obliekanie, kúpanie, osobná hygiena, príprava jedál, vykonávanie domácich prác).

8. *Odborník na výživu*. Diéta a výživa sú dôležité faktory v onkologickej rehabilitácii. Zdravá diéta a adekvátna výživa sú mimoriadne dôležité počas celej liečby, najmä však počas rádioterapie a chemoterapie.

9. *Logopéd*. Vyhodnocuje a spracováva komunikačné deficity (pri špeciálnych typoch onkologického ochorenia).

10. *Profesijní poradcovia*. Pomáhajú onkologicky chorým pri možnostiach návratu po ukončení liečby do zamestnania, resp. možnosti zmeny zamestnania, môžu fungovať ako sprostredkovatelia medzi nimi a zamestnávateľmi.

11. *Ostatní*. Medzi ostatných R. Kaplan zaraďuje v prípade potreby napr. stomatólogov, ošetrovateľov v domácej starostlivosti, profesionálov v hospicioch a pod.).

Z obmedzených priestorových dôvodov považujeme za potrebné aspoň v skratke priblížiť výsledky niektorých výskumov – realizovaných v USA, Kanade a na európskom kontinente. Štúdia švédskych autorov E. Hammerlida a C. Tafta (2001) skúma *kvalitu života súvisiacu so zdravím* (HRQOL) u dlhodobo prežívajúcich onkologicky chorých v porovnaní s normami bežnej populácie. Použité boli tri rôzne štandardizované dotazníka zamerané na HRQL. Celkom bolo do výskumu zahrnutých 135 onkologicky chorých s priemerným vekom 62, z toho 31 % žien. Podľa výsledkov švédskych výskumov (2001) sa hodnoty významne nelíšili v závislosti od veku a od rodu od bežnej švédskej priemernej populácie - okrem výsledkov na škále fyzického fungovania. Boli zistené signifikantné rozdiely: horšie výsledky boli preukázané u pacientov nad 65 rokov oproti pacientom mladším ako 65 rokov (premennými boli vek, rod a lokalita tumoru). Autori v závere štúdie konštatujú, že celkové hodnotenia kvality života onkologických pacientov tri roky po diagnostikovaní boli podľa dotazníka SF 36 porovnateľné s normami bežnej švédskej populácie. Ale napriek tomu vystupujú do popredia určité obmedzenia ich fungovania: vzhľadom na ich fyzické zdravie, obmedzené vykonávanie rolí, ako aj viac problémov a symptómov súvisiacich s chorobou a liečbou. Autori skonštatovali, že aj napriek pretrvávajúcim obmedzeniam životného štýlu súvisiacich s problémami a symptómami ovplyvnenými rakovinou a jej liečbou, fyzické a duševné zdravie prežívajúcich viac ako tri roky, je porovnateľné s normami v bežnej populácii - do značnej miery bez ohľadu na umiestnenie nádoru alebo na etapu choroby.

Van Harten et al. (2009) v súvislosti s hodnotením kvality života navrhol dotazník so zameraním na potreby pacientov pri poskytovaní odbornej starostlivosti týkajúci sa zdravotníckych problémov. Vo výskume sa zúčastnilo 258 respondentov, výskum dokončilo 147 onkologických pacientov; vzorku tvorili pacientky s rakovinou prsníka a pacienti hrubého čreva bez metastáz, žijúci v rovnakej komunite. Zo všetkých faktorov, ktoré im zhoršili kvalitu života, mali respondenti uviesť tie, pri ktorých potrebovali odbornú starostlivosť; z respondentov 26,5 % uviedlo potrebu takejto zdravotnej starostlivosti.

Celkové hodnotenie QoL skóre bolo vysoké; avšak ako významná sa prejavila strata výkonu, úloh a mobility u 26 % pacientov. Ako problematické sa ďalej javili: psychologická adaptácia na novú situáciu v osobných vzťahoch a zvládanie každodenného života. Na základe uvedených výsledkov Van Harten et al. (2009) navrhli *komunitný pilotný program pre pacientov s rakovinou*; súčasťou programu boli:

- *fitnes a športové aktivity,*
- *relaxačné cvičenia,*
- *vzdelávanie pacientov najmä v otázkach súvisiacich s chorobou,*
- *edukácia a poradenstvo pacientov a príbuzných v oblasti stratégií zvládania, najmä v riešení krízy a strachu,*
- *sociálne a kultúrne terapie, ktoré majú pomôcť formulovať reálne ciele v živote,*
- *poradenstvo vo výžive.*

Z ďalších dostupných publikácií považujeme za dôležité uviesť napr. článok v časopise, v ktorom sa M. Payne (2006) venuje cieľom v onkologickej paliatívnej starostlivosti, pričom za hlavný cieľ považuje najmä znižovanie sociálnej izolácie; zdôrazňuje tiež potrebu rozlišovať medzi terapeutickými aktivitami a podpornými intervenciami.

Teoretickú časť predkladanej štúdie, po spracovaní významných poznatkov z teórie i praxe predovšetkým v zahraničí, sme uzavreli porovnávaním vybraných výsledkov podobne orientovaných zahraničných výskumov; v najbližšom vydaní časopisu budú v empirickej časti prezentované výsledky celoslovenského výskumu zameraného na skúmanie kvality života onkologicky chorých žien s diagnózou karcinóm prsníka.

## **Literatúra:**

1. ABRAHÁMOVÁ, J. et al. (2000): Vybrané otázky onkologie IV. Praha : Galén
2. ABRAHÁMOVÁ, J. (2009): Co by ste měli vědět o rakovině prsu. Praha : Grada
3. AGIUS, A. (ed.) (2010): Standards in Social Work Practice meeting Human Rights. Berlin: International Federation of Social Workers, European Region
4. ADLER, A. (1998): O zmysle života. Bratislava : Vydavateľstvo IRIS
5. ANDRÁŠIOVÁ, M. (2009): Keď do života vstúpi rakovina. Príbehy, inšpirácie a rady pre všetkých, ktorí hľadajú svoju cestu touto chorobou. Bratislava : Landy, s. r. o
6. ANGENENDT, G. et al. (2007): Praxis der Psychoonkologie. Stuttgart : Verlag
7. ANGENENDT, G. et al. (2010): Psychoonkologie v praxi. Psychoedukace, poradenství a terapie. Praha : Portál
8. ANTONOVSKY, A. (1981): Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Wellbeing. San Francisco : Jossey – Bass Publishers
9. ATKINSONOVÁ, R. L. et al. (1995): Psychologie. Praha : Victoria Publishing
10. BAČOVÁ, V., BAUMGARTNER, F. (1992): Sociálne poznávanie. In: VÝROST, J. et al. Vybrané kapitoly zo sociálnej psychológie. Bratislava : Veda, s. 49-107.
11. BAČOVÁ, V. (Ed.). (2008): Kvalita života a sociálny kapitál. Psychologické dimenzie. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity.

12. BALOGOVÁ, B. (2005a): Kvalita života seniorov. In Mühlpachr, P. Schola gerontologica. Brno : Masarykova univerzita
13. BALOGOVÁ, B. (ed.) (2002): Úvod do sociálnej práce pre sociálnu a charitatívnu službu. Prešov : PU, Pravoslávna bohoslovecká fakulta
14. BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. (2001): Základy klinické psychologie. Praha : Portál
15. BAŠTECKÝ, J. et al. (1993): Psychosomatická medicína. Praha : Grada avicenum
16. BARTKO, D. (1990): Moderná psychohygiéna. Bratislava : Vydavateľstvo Obzor
17. BÁRTLOVÁ, S. (2003): Sociologie medicíny a zdravotníctví. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně
18. BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. (2000): Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotníctví
19. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. (2009): Sociologie zdraví, nemoci a choroby. Sociológia zdravia, choroby a rodiny. Martin : Vydavateľstvo Osveta
20. BAUMAN, Z. (2006): Komunita. Hľadanie bezpečia vo svete bez istôt. Bratislava : Vydavateľstvo Spolku slovenských spisovateľov
21. BÉLIVEAU, R., GINGRAS, D. (2008): Výživa ako zbraň proti rakovine. Potraviny, ktoré pomáhajú v prevencii a liečbe nádorov. Bratislava : Balneotherma
22. BENSON, H., STARKOVÁ, M. (1997): Moc a biologie víry v uzdravení, Praha : Knižní klub
23. BENIAK, M. a kol. (1989): Zdravoveda. Bratislava : Vydavateľstvo Osveta
24. BERČ, A., PALKOVÁ, E. a kol. (2008): Onkologické ošetrovateľstvo I. Košice : ZZ design studio – Ing. Zvonimír Záviš
25. BRATSKÁ, M. (1992): Vieme riešiť záťažové situácie? Bratislava : SPN
26. BRATSKÁ, M. (2001): Zisky a straty v záťažových situáciách alebo príprava na život. Bratislava : Práca
27. BURG, M. A. et al. (2010): Barriers to Accessing Quality Health Care for Cancer Patients: A Survey of Members of the Association of Oncology Social Work. In Social Work in Health Care
28. BÚTORA, M. (1990): Potenciálny prínos svojpomoci v oblasti zdravia. Sociológia, roč.22, č.2. ss. 23-33.
29. BÚTORA, M., KOLLÁR, M., MESEŽNIKOV, G. (2011): Slovensko 2010. Správa o stave spoločnosti a demokracie a o trendoch na rok 2011. Bratislava : Inštitút pre verejné otázky
30. CAMBELL, H. S. et al. (2004): Cancer peer support programs – do they work? Patient Education and Counseling. Review, Vol.55, pp. 3-15.
31. COAN, R. W. (1999): Optimální osobnost a duševní zdraví. Praha : Grada Publishing
32. ČECHOVÁ, J. (2000): Stručne o teoretických základoch sociálnej práce. In: Tokárová et al. Kapitoly zo sociálnej práce. Prešov : Akcent Print
33. ČECHOVÁ, J. (2001): Slovo sociálnej pracovníčky. In: Žiaková et al.: Psychosociálne aspekty sociálnej práce. Prešov : FF UPJŠ, s. 53-77.



34. ČECHOVÁ, J. (2002): Determinanty kvality a účinnosti práce sociálního pracovníka. Metody sociální práce s jednotlivcem. In: Tokárová a kol.: Sociální práce. Kapitoly z dějin, teorie a metodiky sociální práce. Prešov : FF PU, s. 275-281; s. 430-440.
35. DAVIS, C., DARBY, K., LIKES, W. (2009): Social workers as patient navigators for breast cancer survivors: what do African-American medically underserved women think of this idea? *Social Work in Health Care*, Vol.48, No.6, pp. 561-578.
36. DIENER, E., SUH, E. (1997): Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators. *Social Indicators Research*, Vol.40, pp. 189-216.
37. DRAPELA, V., J. (1997): Přehled teorií osobnosti. Praha : Portál
38. DOČKAL, J. (2008): Člověk v současném světě. Než začneme studovat sociální práci. Středokluky : Zdeněk Susa
39. DOMINELLI, L., HACKETT, S. (2012): Internationalising Social Work Theory and Practice. In *International Social Work*, Vol. 55, No.2, pp: 151-153
40. DOSTÁLOVÁ, O. (1986): Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným. Praha : Grada Avicenum
41. DOSTÁLOVÁ, O. (1993): Jak vzdorovat rakovině. Praha : Grada Avicenum
42. DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. (2006): WHOQOL-BREF.WHOQOL-100. WHO Quality of Life Assessment. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha : Psychiatrické centrum
43. DROTÁROVÁ, E. (1997): Relaxační metody v sebavýchově a výchově k tvorivosti. Prešov : FHPV PU
44. DUNOVSKÝ, J. et al. (1999): Sociální pediatrie – vybrané kapitoly. Praha : Grada
45. ERNST, B., NIEDERBUHL K. et al. (1992): Ärzte und Selbsthilfengruppen – Wege zu einem konstruktiven Dialog. Kolín : Verlag Brendan-Schmittmann-Stiftung
46. EURÓPSKY PARLAMENT. (2010): Uznesenie Európskeho parlamentu zo 6. mája 2010 o oznámení Komisie s názvom Boj proti rakovine: európske partnerstvo (2009/2013). In: Úradný vestník Európskej únie.
47. FABIAN, A. (1999): Utrpenie má aj iný rozmer. Prešov : Vydavateľstvo Michala Vaška,
48. FAY, B. Současná filosofie sociálních věd. Multikulurní přístup. Praha: SLON
49. FELCE, D., PERRY, J. (1995): Quality of Life: Its Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*. Vol. 16, No. 1, p. 51-74.
50. FORETOVÁ, L. a kol. (2000): Onkologická rizika. Prevence nádorových onemocnění ve 21. století. Brno : Masarykův onkologický ústav
51. FRANKL, V. E. (1985): Der Mensch von der Frage nach dem Sinn. Eine Auswahl aus Gesamtwerk. München : Piper
52. FRANKL, V. E. (1994): Člověk hledá smysl – úvod do logoterapie. Praha : Psychoanalytické vydavatelství
53. FRANKL, V. E. (1997). Vůle ke smyslu. Brno : Vydavatelství Cesta
54. FRANKL, V. E. (2006). Lékařská péče o duši. Brno : Vydavatelství Cesta
55. FRANKL, V. E. (2009). Psychoterapia pre laika. Bratislava : LÚČ, vydavateľské družstvo,

56. FRANKLIN, C., GOODMAN, G. (Eds.) (1996). Jak předcházet rakovině prsu.
57. GABURA, J., PRUŽIŇSKÁ, J. (1995): Poradenský proces. Praha : Slon
58. GABURA, J., MYDLÍKOVÁ, E. et al. (2004): Vedenie sociálneho prípadu. Bratislava : Asociácia supevízorov a sociálnych pracovníkov
59. GABURA, J. (2005): Sociálne poradenstvo. Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca
60. GAVORA, P. (2010): Úvod do pedagogického výzkumu. Brno : Paido
61. GADALLA, M. T. (2007): Cancer Patients' Use of Social Work Services in Canada: Prevalence, Profile and Predictors of Use. *Health & Social Work*, Vol. 12, No. 3, pp. 189-196.
62. GARDNER, H. (1999). Dimenze myšlení. Praha : Portál
63. GUDBERGSOON, B. S. et al. (2009): Received and needed social support at the workplace in Norwegian and Finnish stage 1 breast cancer survivors: A study from the Nordic Study Group of Cancer and Work (NOCWO). *Acta Oncologica*, Vol.48, pp: 67-75.
64. GULIŠ, G. (2000). Národný program podpory zdravia – Zdravie pre všetkých v 21. storočí (aktualizácia). *Medicínsky monito*, č. 2, s. 20.
65. GURKOVÁ, E. (2011): Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada
66. GYMERSKÁ, M., KOPCOVÁ, E., MYDLÍKOVÁ, E., VASKA, L. (2006): Ako byť prospešný sebe aj iným. Bratislava : ASSP, Asociácia supervízorov a sociálnych poradcov
67. HALL, C., LINDZEY, G. (1999): Psychológia osobnosti. Úvod do teórií osobnosti. Bratislava : SPN
68. HAMMERLID, E., TAFT, C. 2001. Health related quality of life in long-term head and neck cancer survivors: a comparison with general population norms. *British Journal of Cancer*, Vol.84, No.2, pp: 149-156.
69. HENDL, J. (2009): Přehled statistických metod. Analýza a metaanalýza dat. Praha: Portál
70. HARE, I. (2004). Defining Social Work for the 21st Century: The International Federation of Social Workers' Revised Definition of Social Work. *International Social Work*, Vol.47, pp.: 407-424
71. HARTL, P. (1997): Komunita občanská a komunita terapeutická. Praha : Sociologické nakladatelství
72. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. (2000): Psychologický slovník. Praha : Portál
73. HLAVA, J. et al. (2010): Incidencia zhubných nádorov v Slovenskej republike v roku 2007. Bratislava : Národný onkologický register SR, Národné centrum zdravotníckych informácií
74. HNILICA, K. (2002): Kvalita života onkologických pacientů. *Československá psychologie*, roč. 46, č. 2, ss. 22-34.
75. HOLLAND, J. C. (ed.) (1998): Psycho-Oncology. Oxford : Oxford University Press

76. HOLLAND, J. C. (ed.) (2010): *Psycho-Oncology*. Oxford : Oxford University Press
77. HONZÁK, R. (2000): Psychologická podpora onkologicky nemocným a umírajícím. *Forum medicinae* 2/1, ss. 72-76
78. HORŇÁKOVÁ, M. (1999). *Liečebná pedagogika*. Bratislava : PERFEKT
79. HRABLAYOVÁ, E., HOLÚBKOVÁ, S., KRUPA, S., VARCHOLOVÁ, L. (2005): *Analýza sociálnych potrieb*. Bratislava : SOCIA – nadácia na podporu sociálnych zmien
80. CHRZ, V., ČERMÁK, I. (2006): Porozumění zkušenosti nemocných rakovinou prsu: narativní přístup. *Československá psychologie*, roč. 50, č.6, ss. 507-521.
81. IM, E. O., CHEE, W., LIM, H. J., LIU, Y, GUEVARA, E., KIM, K. S. (2007): Patients' attitudes toward internet cancer support groups. *Oncol. Nurs. Forum*, Vol.34, No.3, ss. 705-712
82. IFSW. International Federation of Social Workers (1988): *Human Rights and Social Work*. Geneva : International Social Work, 1988. *International Social Work*, Vol.31, No.3
83. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha : Triton
84. JANDOUREK, J. (2007): *Sociologický slovník*. Praha : Portál
85. JANOSIK, E. H., DAVIES J. L. (1986): *Psychiatric mental health nursing*. Boston : Jones and Barlett Publishers
86. KAPLAN, J. R. et al. (1996): *Zdravie a správanie človeka*. Bratislava : SPN
87. KAPLAN, J. R. et al. (2011): *Cancer and Rehabilitation*. *Medscape hematology-oncology*, Vol. 5, pp:3-14
88. KAPR, J. (1994): *Sociologické pojmosloví. Svazek 1*. Praha : Sociologické nakladatelství
89. KAUSHITZ, S. a kol. (2003): *Onkológia*. Bratislava : Vydavateľstvo SAV, VEDA
90. KEBZA, V. (2005): *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha : Academia
91. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. (2008): Hlavní koncepce psychické odolnosti. Main concepts of resilience. *Československá psychologie*. Roč. 52I, č. 1, ss.1-19.
92. KELLER, J. (1997): *Úvod do sociologie*. Praha : Vydavatelství SLON
93. KELLER, J. (2005): *Dějiny klasické sociologie*. Praha : Vydavatelství SLON
94. KIRSTEN, T.G.J.C. et al. (2009): Health, well-being and wellness: An anthropological eco-systemic approach. *Journal of Interdisciplinary Health Sciences*, Vol. 14, No. 1, pp:1-7.
95. KLENER, P., VORLÍČEK, J. et al. (1998): *Podpůrna léčba v onkologii*. Praha : Galén
96. KLENER, P. (Ed.) (2002): *Klinická onkologie*. Praha : Univerzita Karlova, Karolinum
97. KLIMENTOVÁ, E. (2001): *Teorie a metody sociální práce I. Studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: FF UP
98. KNAPP, W. (1980): *Die wissenschaftlichen Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. Stuttgart : Verlag W. Kohlhammer
99. KOČIŠOVÁ, A. (2005). *Možnosti podporných a svojpomocných skupín pri skvalitňovaní života ľudí s onkologickým ochorením*. Diplomová práca. Prešov : Filozofická fakulta PU

100. KOČIŠOVÁ, A., WAGNEROVÁ, M. (2007): Psychosociálne aspekty zvyšovania kvality života onkologických pacientov. Acta chemotherapeutica. Časopis Slovenskej chemoterapeutickej spoločnosti, roč.17, No.1-2, ss.56-64.
101. KOČIŠOVÁ, A. (2009): Sociálny kapitál onkologicky chorých. Rigorózna práca. Košice : Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach
102. KOČIŠOVÁ, A., WAGNEROVÁ, M. (2009): Sociálny kapitál ako významný zdroj liečby onkologicky chorých. In Acta chemotherapeutica. Časopis Slovenskej chemoterapeutickej spoločnosti, roč.18, č. 2, ss.102-112.
103. KOČIŠOVÁ, A. (2011): Sociálne inštitúcie. In ŽIAKOVÁ, E. et al. Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické kontexty. Košice : UPJŠ v Košiciach, ss: 129-193
104. KOLLÁR, M., MESEŽNIKOV, G. a kol. (2004): Slovensko 2003. Súhrnná správa o stave spoločnosti. Bratislava : Inštitút pre verejné otázky
105. KOLLÁR, M., MESEŽNIKOV, G., BŮTORA, M. (Eds.) (2009): Slovensko 2008. Súhrnná správa o stave spoločnosti. Bratislava : Inštitút pre verejné otázky
106. KOLEKTÍV AUTOROV (2011): Inšpirácie pre prax sociálnej práce. Bratislava: IRIS
107. KOMÁRKOVÁ, R., SLAMĚNÍK, I., VÝROST, J. (2001): Aplikovaná sociální psychologie III, Sociálněpsychologický výcvik. Praha : Grada Publishing
108. KOPŘIVA, K. (2006): Lidský vztah jako součást profese. Praha : Portál
109. KOŠČO, J. et al. (1980): Teória a prax poradenskej psychológie. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo
110. KOVÁČ, D. (2001): Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. Československá psychologie, roč. XLV, č. 1. s. 34-44.
111. KOVÁČ, D. (2003): Quality of life: A paradigmatic challenge to psychologists. Studia psychologica, Vol.45, No.2, ss. 81-101.
112. KOVÁČ, D. (2004): Kultivace integrované osobnosti. Psychologie Dnes. č. 2, ss. 12-14.
113. KOVÁČ, D. (2007). Psychológiou k metanoi. Bratislava : VEDA, Vydavateľstvo SAV
114. KRUPA, S. et al. (2000): Kvalitné sociálne služby I. Košice : Rada pre sociálne poradenstvo v sociálnej práci
115. KRUPA, S. et al. (2003): Kvalitné sociálne služby II. Košice : Rada pre sociálne poradenstvo v sociálnej práci,
116. KŘIVOHLAVÝ, J. (1989): Kvalita života onkologicky nemocných. In Zdravotnická pracovnice, č. 2, s. 76-78.
117. KŘIVOHLAVÝ, J. (1993): Povídej – naslouchám. Praha : Návrat domu
118. KŘIVOHLAVÝ, J. (1999): Moderátor zvládání zátěže typu sociální opory. Československá psychologie, roč. XLIII, č.2, s 106-118.
119. KŘIVOHLAVÝ, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha : Portál, 2001
120. KŘIVOHLAVÝ, J. (2002a): Psychologie nemoci Praha : Grada Publishing
121. KŘIVOHLAVÝ, J. (2002b): Sociální opora v intervenčních programech. Československá psychologie, roč. XLVI, č. 4, ss. 340-346.

122. KŘIVOHLAVÝ, J. (2004): Pozitivní psychologie : odpouštění, smířování, překonávání negativních emocí, radost, naděje. Praha : Portál
123. KŘIVOHLAVÝ, J. (2011): Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Praha : Grada
124. LAAN, G. v. d. (1998): Otázky legitimace sociální práce: pomoc není zboží. Texty k sociální práci, sv. 1. Ostrava : Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity
125. LÁTKA, J. (2006): Hodnocení a výskum kvality života v ošetrovatelství. In V. mezinárodní symposium ošetrovatelství : sborník. Ostrava : Zdravotně-sociální fakulta OU. ss.126-132.
126. LAURIA, M. M. (2008). Oncology social work. In MIZRAHI T., DAVIS, L. (Eds.) Encyclopedia of Social Work. Volume 3 (J-R). Oxford: Oxford University Press
127. LEVICKÁ, J. (2005). Význam sociálnej opory vo vzťahu k zdravotnému stavu klienta. Importance of social support in association with the client health condition. Kontakt, č. 3-4, ss.266-269
128. LUKASOVÁ, E. (1998). I tvoje utrpení má smysl. Logoterapeutická útěcha v krizi. Brno : Cesta
129. LUKASOVÁ, E. (2006): Základy logoterapie. Bratislava : Lúč
130. LUKASOVÁ, E. (2009): Rodinné šťastie. Bratislava : Lúč
131. MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H. (1991): Psychické rezervy výkonnosti. Praha : UK, Karolinum
132. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. et al. (2009): Výchova ke zdraví. Praha : GRADA Publishing
133. MAREŠ, J. a kol. (2001a). Sociální opora u dětí a dospívajících I. Hradec Králové : Nucleus.
134. MAREŠ, J. (2001b). Nevyužívání či odmítání sociální opory. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, roč.36, č.3, ss.214-224.
135. MATULAY, S. – MATULAYOVÁ, T. (1998). Sociálna práca (vybrané kapitoly). Nitra : Pedagogická fakulta UKF
136. McMILLAN, C. S. (1998). Quality of Life in Cancer Patients. Cancer Practice Journal, Vol. 6, No.5, pp.: 282-288.
137. MEARNS, D. – THORNE, B. (1997). Poradenstvo zamerané na človeka v praxi. Bratislava : Projekt Phare v spolupráci s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR
138. MESEŽNIKOV, G. a kol. (1999). Slovensko 1998-1999. Súhrnná správa o stave spoločnosti. Bratislava : Inštitút pre verejné otázky.
139. MESÁROŠOVÁ, M., OSTRÓ, A., GREŠOVÁ, A., SAKSUN, L., KOČIŠOVÁ, A. (2007): Psychologické determinanty zvládania onkologických ochorení. Výskum psychosociálnych aspektov rakoviny prsníkov. Košice : VÚSI
140. MÍČEK, L. (1984): Duševní hygiena. Praha : Státní pedagogické nakladatelství
141. MIZRAHI T., DAVIS, L. (Eds.) (2008): Encyclopedia of Social Work. Volume 1-4. Oxford: Oxford University Press

142. MONTOUSSÉ, M., RENOARD, G. (2005): Přehled sociologie. Praha : Portál
143. MOŽNÝ, Ivo. (2008): Rodina a společnost. Praha : SLON
144. MUSIL, L. (2008): Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. Sociální práce/Sociálna práca, roč.8, č. 2, ss. 60-79.
145. MYDLÍKOVÁ, E. (2003): Všeobecná charakteristika poradenstva na Slovensku. In Sociální práce/sociálna práca, roč.3, č. 3, ss. 83-89.
146. MYDLÍKOVÁ, E. et al. (2004): Štandardy kvality sociálneho poradenstva. Bratislava : AD
147. MYDLÍKOVÁ, E., GABURA, J., SCHAVEL, M. (2005): Sociálne poradenstvo. Bratislava : Asociácia supervízorov a sociálnych poradcov
148. MYDLÍKOVÁ, E., KOVÁCS, K., BRNULA, P. (2009). Sociálna práca a poradenstvo. Bratislava : Liga za duševné zdravie SR
149. NAKONEČNÝ, M. (1999): Sociální psychologie. Praha : Academia
150. NAVRÁTIL, P. (2000): Úvod do teorií a metod sociální práce. Brno : Národní centrum pro rodinu
151. NAVRÁTIL, P. (2001): Teorie a metody sociální práce. Brno : MZ
152. NAVRÁTIL, P. (2001): Humanistické a existenciální teorie. In: Matoušek, O. et al. Základy sociální práce. Praha: Portál, ss. 201-215.
153. NAVRÁTIL, P., NAVRÁTILOVÁ, J. (2008): Postmodernita jako prostor pro existenciálně citlivou sociální práci. Sociální práce/Sociálna práca, roč.8, č.4, s. 124-135.
154. NEZU, A. M., NEZOVÁ, Ch. M. et al. (2004). Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny. Brno : Společnost pro odbornou literaturu.
155. NOVOSAD, L. (2000): Základy speciálního poradenství. Praha : Portál
156. NOVOSAD, L. 2009. Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním. Praha : Portál
157. NUSSBAUM, M., SEN, A. (eds.) (1993): The Quality of Life. Oxford: University Press
158. OECD. (2011): Health at a Glance: OECD Indicators. Paříž: OECD Publishing
159. OGDEN, J. (1996): Health Psychology. London : Open University Press
160. PAULÍK, K. a kol. (2004): Kapitoly ze sociální práce. Ostrava : FF Ostravské univerzity
161. PAULÍK, K. a kol. (2005): Uplatnění věd o člověku v sociální práci. Ostrava : FF Ostravské univerzity
162. PAYNE, J. a kol. (2005): Kvalita života a zdraví. Praha : Triton
163. PAYNE, M. (2006): Social objectives in cancer care: the example of palliative day care. European Journal of Cancer Care. Vol.15, pp. 440-447.
164. PELT, van J. (2009). Social Work and Public Health – Perfect Partners. Social Work Today, Vol. 9, No 1, p. 28.
165. PETRUSEK, M. (Ed.) (1996): Velký sociologický slovník. Praha : UK, Karolinum
166. PIERSON, J., THOMAS, M. (2010): Dictionary of Social Work. New York: Open University Press

167. RADIČOVÁ, Iveta. (2003): S.O.S. Sociálna ochrana na Slovensku. Bratislava : S.P.A.C.E., Projekt „Mutual Information System on Social Protection in Central and Eastern European Countries II“ (MISSCEEC II).
168. REPKOVÁ, K. (1998): Občania so zdravotným postihnutím v procese spoločenskej integrácie. Bratislava : EPOS
169. REPKOVÁ, K. (ed.). (2008). Vedecká komunikácia a komunikácia vedy. Bratislava : Inštitút pre výskum práce a rodiny
170. REPKOVÁ, K. (ed.) (2010): Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny
171. ROVNÝ, I. a kol. (1995): Preventívne lekárstvo. Martin : Vydavateľstvo Osveta
172. RUISEL, I. (2005): Múdroseň v zrkadle vekov. Bratislava: Ikar, a. s
173. RUISEL, I. et al. (2006): Úvahy o inteligencii a osobnosti. Bratislava: Slovak Academic Press
174. SAFEI-DIBA, Ch. et al. (2012): Incidencia zhubných nádorov v Slovenskej republike v roku 2007. Bratislava : Národný onkologický register SR, Národné centrum zdravotníckych informácií
175. SALONEN, P. et al. (2010): Quality of Life. Changes in quality of life in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, Vol.20, p. 255-266.
176. SEDLÁKOVÁ, M. (2011): Sociálne postavenie osôb so zdravotným znevýhodnením. Vývojprávnej úpravy. Košice: Vienala
177. SEWARD, CH., MATTINGLY, D. (1980): Diagnóza pri posteli chorého. Bratislava : Vydavateľstvo Osveta
178. SCOTT, J. , MARSHALL, G. (Eds.) (2005). *A Dictionary of Sociology*. Third Edition. Oxford : University Press
179. SCHOU, I., EKEBERG, O., KARESEN, R., SORENSEN, E. (2007): Psychosocial intervention as a component of routine breast cancer care-who participates and does it help? *Psychooncology*. Oslo (Norway) : Cancer and Surgical Department, Ulleval University Hospital. November 2007.
180. SIEGRIST, M. (1996): Rozvoj osobnosti. Príručka pre vedúcich kurzov. Bratislava : Práca 1996.
181. SIRACKÁ, E. (2003): Práva onkologických pacientov. *Rodinný lekár*
182. SIRACKÁ, E. (2010): Kontrola rakoviny na Slovensku a návrhy na jej riešenie. *Humanita*, č.8. ss.1336-2208
183. SIRACKÝ J. et al. (2000): Liga proti rakovine SR, 10. výročie. Bratislava : Liga proti rakovine
184. SIRACKÝ et al. (2001): Všeobecná onkológia pre stredné školy. Bratislava : Liga proti rakovine
185. SLÁMA, O. (2005): Kvalita života onkologicky nemocných. In: Payne et alt. *Kvalita života a zdraví*, ss. 288-295.

186. SLOVÁČEK, L. (2005): Kvalita života onkologických nemocných : koncepční model, možnosti měření. Vojenské zdravotnické listy, roč. LXXIV, č. 5-6, ss: 180-182.
187. SMÉKAL, V. (2002): Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání. Praha : Barrister & Principal
188. SMITH, B. A. et al. (2007): Measuring social difficulties in routine patient-centred assessment: a Rasch analysis of the social difficulties inventory. Quality of Life Research (Oxford, Vol, 16, pp: 823-831.
189. SMITH, R. (2009): Doing Social Work Research. New York: Open University Press
190. SPIEGEL, D., CLASSEN, C. (2000): Group Therapy for Cancer Patients. A Research-based Handbook of Psychosocial Care. New York : Basic Book
191. STRÍŽENEC, M. (1994): Kvalita života a životného prostredia – psychologické a medicínske aspekty. Bratislava : Ústav experimentálnej psychológie SAV.
192. STRÍŽENEC, M. (2001): Súčasná psychológia náboženstva. Bratislava : Vydavateľstvo IRIS
193. STRIEŽENEC, Š. (1996): Slovník sociálneho pracovníka. Trnava : Sapientia
194. STRIEŽENEC, Š. 1999. Úvod do sociálnej práce. Trnava : Vydavateľstvo AD
195. SVOBODOVÁ, L. (2008): Kvalita života. In ŠUBRT, J. a kol.: Soudobá sociologie III. Diagnózy soudobých společností. Praha : Univerzita Karlova. Nakladatelství Karolinum. ss. 122-141.
196. ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. (1999): Sociální opora jako významný protetktivní faktor. Československá psychologie. Vol.XLIII, č. 1. , ss: 19-38
197. ŠUBRT, J. a kol. (2008): Soudobá sociologie III. Diagnózy soudobých společností. Praha : Univerzita Karlova. Nakladatelství Karolinum
198. TEATER, B. (2010):. An Introduction to Applying Social Work Thories and Methods. Maidenhead: Open University Press
199. TOKÁROVÁ, Anna a kol. (2002). Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce. Prešov : FF PU
200. TOPOLSKÝ, I. (1997): Sociálna práca a jej minimálne štandardy. Práca a sociálna politika, č. 7-8. s. 12.
201. TSCHUSCHKE, V. (2004): Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. Praha : Portál, ss. 215.
202. ÚLEHLA, I. (2007): Umění pomáhat. Učebnice metod sociální praxe. 2. vydání. Praha : Sociologické nakladatelství
203. VEACH, T. A., NICHOLAS, D. R., BARTON, M. A. (2002): Cancer and the Family Life Cycle. A Practitioner´s Guide. New York : Taylor & Francis
204. VEČEŘA, M. (1996): Sociální stát. Východisko a přístupy. Praha: SLON
205. VEENHOVEN, R. (2000): The four quality of life. Ordering concepts and measures of the good life. In Journal of Happiness Study, Vol. 1, No.1, pp: 1-39.
206. VELIKOVA, G., AWAD, N., GOLES-GALE, R., WRIGHT, E.P., BROWN, J.M., SELBY P.J. (2008):. The clinical value of life assessment in oncology practice – a qualitative study of



- patient and physician views. Leeds (UK) : Cancer Research UK Clinical Centre-Leeds, St. James University Hospital. *Psychooncology*, Vol. 17, No. 7. pp: 690-698
207. VODÁČKOVÁ, D. et al. (2002): *Krizová intervence*. Praha: Portál
208. VODVÁŘKA, P. (2001): *Třicet dialogů o rakovině*. Praha : Galén
209. VODVÁŘKA, P. et al. (2004): *Podpůrná léčba v onkologii 2003*. Praha:
210. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. et al. (2006): *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada
211. VOSEČKOVÁ, A. (2003): *Psychologie zdraví a duševní hygiena*. In *Vojenské zdravotnické listy*, roč. LXXII, č. 6, ss. 273-275.
212. VYMĚTAL, J. (1994): *Základy lékařské psychologie*. Praha : Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, edice *Psychoterapie*. 1994.
213. VYMĚTAL, J., REZKOVÁ, V. (2001). *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha : Portál
214. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. et al. (1997): *Sociální psychologie*. Praha : ISV
215. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. et al. (2001): *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha : Grada Publishing
216. VÝROST, J. et al. (2006): *Európska sociálna sonda (ESS). 2. Kolo na Slovensku*. Prešov: Universum
217. VYŠŇANOVÁ, M. a kol. (2007): *Onkologické minimum pre pacienta. Praktická príručka*. Košice : Východoslovenský onkologický ústav, a. s
218. WAGNEROVÁ, M. (2004): *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál
219. WENDT, W. R. (1985): *Geschichte der sozialen Arbeit. Von der Aufklärung bis zu den Alternativen*. Stuttgart : Ferdinand Enke Verlag
220. WRIGHT, P. et al. (2007): *Screening for social difficulties in cancer patients: clinical utility of the Social Difficulties Inventory*. *British Journal of Cancer*, Vol. 97, pp: 1063-1070.
221. YALOM, I. D. (2003): *Chvála psychoterapie: otevřený dopis nové generaci psychoterapeutů a jejich pacientů*. Praha : Portál
222. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2008. Health statistics yearbook of the Slovak Republic 2008*. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií
223. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2010. Health statistics yearbook of the Slovak Republic 2010*. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií
224. ZIKMUND, V. (2001): *Kvalita života a medicína*. *Medicínsky monitor*. č.1 ss. 5-7
225. ZIKMUND, V. (2002): *Pacient – osobnosť zabudnutá za chorobou*. *Medicínsky monitor*, č.1, s s. 12-14
226. ŽALOUĐÍK, J., VYZULA R., VORLÍČEK, J. (2006): *Onkoprevence pro Českou republiku*. In : *ARCUS. Měsíčník občanského sdružení ARCUS-Onko Centrum*. Březen, č. 117.
227. ŽALOUĐÍK, J. (2008): *Vyhněte se rakovině aneb prevence zhoubných nádoru*. Praha : Grada

228. ŽIAKOVÁ, E. (2001a): Možnosti psychologickej a sociálnej pomoci onkologickým pacientom. Práca a sociálna politika, roč. 9, č. 9, s. 17-19.
229. ŽIAKOVÁ, E., ČECHOVÁ, J., KREDATUS, J. (2001): Psychosociálne aspekty sociálnej práce. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity
230. ŽIAKOVÁ, E. (2002): Pozícia kvalifikovanej psychologickej pomoci v sieti sociálnej podpory dlhodobo chorých pacientov. Lekársky obzor, roč. 51, č. 1, ss. 4-8.
231. ŽIAKOVÁ, E. (Ed.) (2005): Psychosociálne aspekty sociálnej práce. 2. rozšírené vydanie. Prešov : Pavol Šidelský – AKCENT PRINT
232. ŽIAKOVÁ, E. a kol. (2008): Osamelosť ako sociálny a psychologický jav. Prežívanie osamelosti vo vybraných sociálne rizikových skupinách. Prešov : FF Prešovskej univerzity
233. ŽILLOVÁ, A. (2002): Pohľad na sociálnu prácu ako etablujúci sa vedný odbor na lovensku v uplynulom desaťročí. Práca a sociálna politika, č. 5
234. ŽILLOVÁ. (2003): Špecifiká a druhy sociálnej práce. Práca a sociálna politika, č.1
235. Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

#### **Zborník príspevkov ako celok s primárnou zodpovednosťou autora**

236. DŽUKA, Jozef (Ed.). (2004): Psychologické dimenzie kvality života. Zborník referátov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej v máji 2004 v Prešove. Prešov : Prešovská univerzita
237. ŠLOSÁR, D. (ed.) (2008): Stratégie vo vzťahu k marginalizovaným skupinám : zborník príspevkov z vedeckej konferencie konanej dňa 16.5.2008. Košice : FF UPJŠ a KSK, 2008
238. ŠLOSÁR, D. (ed.) (2009): Drogová prevencia v sociálnej práci : zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie a konferencie mladých vedeckých pracovníkov. Košice : KSK a KSP FF UPJŠ
239. SEDLÁKOVA, M., ŠLOSÁR, D. (2010). (eds.) Budovanie spoločnej cesty v sociálnej inklúzii : zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Košice : Regionálne združenie lokálnych partnerstiev sociálnej inklúzie CESTA n.o. a KSP FF UPJŠ
240. ŠLOSÁR, D. (ed.) (2011): Košické dni sociálnej práce. Prevencia sociálnej patológie v prostredí stredných škôl KSK : zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Košice : KSK a KSP FF UPJŠ
241. TOKÁROVÁ, A. (Ed.). (1997): Sociálna práca a ľudské práva. Zborník referátov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou v Prešove 14. 11. 1996. Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Prešovensis. Prešov : FF PU

242. TOKÁROVÁ, A. (Ed.). (1998): Sociálna práca – ľudské práva – vzdelávanie dospelých: zborník referátov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej v dňoch 24. a 25. 11. 1998 v Prešove. Prešov : FF PU
243. TOKÁROVÁ, A. (Ed.). (2001): Kvalita života a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, ktorá sa konala 3. a 4. apríla 2001 v Prešove. Prešov : FF PU
244. TOKÁROVÁ, A. (Ed.) (2002): Kvalita života v kontextoch globalizácie a výkonnej spoločnosti. Slovensko-poľský zborník štúdií a článkov. Prešov : FF PU
245. TOKÁROVÁ, A., MATULAYOVÁ, T. (Eds.). (2008): Sociálna pedagogika, sociálna práca a sociálna andragogika – aktuálne otázky teórie a praxe. Prešov : FF PU. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou 1.-2. X. 2007 v Spišskej Novej Vsi

### **Príspevok v zborníku príspevkov**

246. BALOGOVÁ, B. (2005b): Kvalita života seniorov a sociálna práca. In: Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou dňa 24.a 25. novembra 2004 v Prešove. Prešov : FF PU
247. BALOGOVÁ, B. (2008): Existenčná a nezastupiteľná úloha profesie sociálna práca. In Socialia. Zborník príspevkov IX. ročníka konferencie s medzinárodnou účasťou. Trnava: Trnavská univerzita, FZaSP
248. FABIAN, A. (2006): Nevyliečiteľné choroby – vyliečiteľní ľudia. Incurable diseases – curable people. In Človek v núdzi. Zborník z medzinárodného sympózia. Košice : Teologická fakulta KU, ss. 79-90
249. FABIAN, A. (2007): Kresťanský aspekt poskytovateľov sociálnych služieb. In Človek v núdzi. Poskytovatelia sociálnych a charitatívnych služieb. Zborník príspevkov z medzinárodného ekumenického sympózia konaného na Teologickej fakulte katolíckej univerzity dňa 3.5.2007 v Košiciach. Košice : Seminár sv. Karola Boromejského. ss. 55-60
250. FABIAN, A. (2008): Svet utrpenia zobúdzá svet solidarity. In Stratégie vo vzťahu k marginalizovaným skupinám. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 16.5.2008 v Košiciach. Košice : Košický samosprávny kraj a Filozofická fakulta UPJŠ, ss. 7-12.
251. KAPPL, M. (2005): Postmodernismus v sociální práci. In: Možnosti sociální práce na počátku 21. století. Sborník příspěvku z minikonference. Hradec Králové : UHK, ss. 53-68.
252. KAPPL, M. (2006): Přijímání konstruktivistických myšlenek v rámci terapeutického paradigmatu sociální práce. In: Proměny klienta služeb sociální práce. Hradec Králové : PF UHK, ss. 433-439.

253. KAPPL, M. (2008): Vývojové modely sociální práce a jejich metafory. In: Posuzování životní situace v sociální práci. Sborník z konference V. Hradecké dny sociální práce. Hradec Králové : PF UHK, ss. 44-58.
254. KOČIŠOVÁ, A., WAGNEROVÁ, M. (2006): Psychosociálne aspekty zvyšovania kvality života onkologických pacientov. In Zborník príspevkov z I. Fóra onkologických pacientov v dňoch 18.-19. 10. 2006 v Bratislave, ss. 40-45.
255. KOČIŠOVÁ, A. (2008a). Kvalita života zdravotne postihnutých a možnosti jej zvyšovania. In Sociálna pedagogika, sociálna práca a sociálna andragogika – aktuálne otázky teórie a praxe. Zborník z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou v Spišskej Novej Vsi 1. a 2. 10. 2007. Prešov : FF PU, ss. 151-160.
256. KOČIŠOVÁ, A. (2008b): Stratégie sociálnej inklúzie a podporovanie zamestnanosti osôb so zdravotným znevýhodnením. In Stratégie vo vzťahu k marginalizovaným skupinám. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 16. 5. 2008 v Košiciach. Košice : Košický samosprávny kraj a Filozofická fakulta UPJŠ, ss. 70-79.
257. MESÁROŠOVÁ, M., OSTRÓ, A., SAKSUN, L., GREŠOVÁ, A. (2004): Prežívanie gynekologických ochorení vo vzťahu ku kvalite života: porovnanie pacientiek s malígnym a benígnym ochorením prsníkov. In Psychologické dimenzie kvality života. Zborník referátov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej v máji 2004 v Prešove. Prešov : Prešovská univerzita, ss. 388-398.
258. NAVRÁTIL, P. (2005): Role sociální práce v pozdně-moderní společnosti. In: Možnosti sociální práce na počátku 21. století. Sborník příspěvku z minikonference. Hradec Králové : UHK, ss. 37-52.
259. NAVRÁTIL, P. (2006): Posouzení v sociálně-historickém kontextu. In: Proměny klienta služeb sociální práce. Hradec Králové : PF UHK, ss. 453-460.
260. NAVRÁTIL, P. (2008): Pravda v posouzení životní situace. In: Posuzování životní situace v sociální práci. Sborník z konference V. Hradecké dny sociální práce. Hradec Králové : PF UHK, ss. 11-25.
261. POŽONSKÁ, M., KOLLÁROVÁ, B., MROSKOVÁ, S. (2004): In Psychologické dimenzie kvality života. Zborník referátov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej v máji 2004 v Prešove. Prešov : PU, ss. 83-89.
262. ŠIŇANSKÁ, K. (2010): Význam rodiny pre onkologicky choré dieťa. In Spoločnosť, kríza, rodina: zborník príspevkov z vedecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou. Ružomberok: PF KU, ss: 453-457.
263. TOKÁROVÁ, A. (2003): K teoretickým otázkam kvality života. In Kvalita života – kvalitou sociálnej práce a vzdelávania dospelých. Zborník príspevkov z teoreticko-praktického seminára. Prešov : Občianske združenie Potenciál, ss. 7-16
264. VOLNÁ, A. (2000): Sociologické aspekty relativity zdravia, zdravotnej starostlivosti a jej kvality. In Súčasný trendy v sociológii zdravia a choroby. Zborník z vedeckej konferencie 30.11.1999. Bratislava : Slovenská sociologická spoločnosť SAV. s. 63-65.

265. ŽIAKOVÁ, E. (2001c): Podporné programy pre onkologických pacientov/ky ako jedna z možností zvyšovania ich kvality života. In Kvalita života a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých : zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzi-národnou účasťou, konanej v dňoch 3. A 4. 4. 2001 v Prešove. Prešov : FF PU, ss. 367-374.
266. ŽIAKOVÁ, E., MAŠTENOVÁ, Z. (2004): Kvalita života onkologických pacientiek. In: Psychologické dimenzie kvality života. Zborník referátov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej v máji 2004 v Prešove. Prešov : Prešovská univerzita, 2004. ISBN 80-8068-282-8. s.508-519.

### Internetové zdroje

267. Cancer Patient Navigation. Patient Navigation: Getting Help With Cancer Care. Dostupné 19.1.2012. <http://www.cancerpatientnavigation.org/resources.html>
268. Cancer Net. How an Oncology Social Worker can Help. Dostupné 19.1.2012. <http://www.cancer.net/patient/All+About+Cancer/Cancer.Net+Feature+Articles/Quality+of+Life/How+an+Oncology+Social+Worker+Can+Help>
269. Disability and Social Exclusion in the European Union. Time for change, tools for change. Final study report. Dostupné 19.1.2012. [www.edf-efeph.org/en/policy/social\\_excl](http://www.edf-efeph.org/en/policy/social_excl)
270. HALAMA, P. 2003. Konceptualizácia existenciálnej inteligencie prostredníctvom zmyslu života. Dostupné 19.1.2012. (<http://www.saske.sk/cas/4-2003/expshala@savba.sk>).
271. Liga proti rakovine. 2006. Rezolúcia I. Fóra onkologických pacientov. Dostupné 19.1.2012. Dostupné na <http://www.lpr.sk/>.
272. ONDRUŠOVÁ, M., PLEŠKO, I., SAFAEI-DIBA, Ch., OBŠITNÍKOVÁ, A., ŠTEFAŇÁKOVÁ, D., ONDRUŠ, D. 2007. Komplexná analýza výskytu a úmrtnosti na zhubné nádory v Slovenskej republike [online]. Bratislava, Národný onkologický register SR, NCZI, 2007 [cit. 20.9.2009]. <http://www.nor-sk.org/>. ISBN 978-80-89292-05-9.
273. The quality of life model, University Toronto, Canada (online). Dostupné 23. 9. 2009. z <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>
274. [www.cancer.net](http://www.cancer.net). Dostupné 12.3.2012
275. [www.aosw.net](http://www.aosw.net). Dostupné 12.3.2012
276. [www.vop.gov.sk/ochrana\\_prav/legislativa/deklaracia](http://www.vop.gov.sk/ochrana_prav/legislativa/deklaracia). Dostupné 12.3.2012.
277. [www.employment.gov.sk](http://www.employment.gov.sk) Rada vlády SR pre osoby so zdravotným postihnutím [www.radaeuropy.sk](http://www.radaeuropy.sk) Rada Európy
278. [www.lpr.sk](http://www.lpr.sk) Liga proti rakovine SR
279. [www.nou.sk](http://www.nou.sk) Národný onkologický ústav, Bratislava
280. [www.vou.sk](http://www.vou.sk) Východoslovenský onkologický ústav, Košice
281. [www.ousa.sk](http://www.ousa.sk) Onkologický ústav Svätej Alžbety, Bratislava
282. [www.nvr.sk](http://www.nvr.sk) Nadácia pre výskum rakoviny, Bratislava
283. [www.nor-sk.org](http://www.nor-sk.org) Národný onkologický register SR

284. [www.europadonna.info](http://www.europadonna.info) Európa Donna
285. [www.rakliga.hu](http://www.rakliga.hu) Rákellenes Liga
286. [www.rakellen.hu](http://www.rakellen.hu) Rák Ellen
287. [www.ujnapklub.uw.hu](http://www.ujnapklub.uw.hu) Új Nap Klub
288. [www.mindentudas.hu](http://www.mindentudas.hu) Mindentudás Egyetem
289. [www.arcus-oc.org/koran.htm](http://www.arcus-oc.org/koran.htm) dňa 1.3.2012 ARCUS Onko-Centrum
290. [www.arcus-oc.org](http://www.arcus-oc.org) ARCUS Onko-Centrum
291. [www.maggies.ed.ac.uk](http://www.maggies.ed.ac.uk) Maggie´s Caring Centre Edinburgh
292. [www.who.int/whr/en/index.html](http://www.who.int/whr/en/index.html) World Health Organization

---

## **Social Work and Consultancy**

### **in the Process of Improving the Quality of Life of People Suffering from Cancer Diseases**

#### **Abstract**

The submitted study deals with the topic of the role of social work and consultancy in the process of improving the quality of life of patients suffering from cancer diseases. According to the latest statistical findings the number of patients suffering from malign tumors has considerably increased in the past ten years. In the treatment of cancer diseases one has to fully respect the bio-psycho-socio-spiritual model of human beings and apply a complex approach not only in medical treatment but also in effective cooperation with helping professions which includes social workers as well. The study consists of three parts, the first part presents a general overview of the theoretical principals used in research in the field of quality of life as well as a multidisciplinary approach to the concept of quality of life and meaning of life. The second part deals with the quality of life of patients suffering from cancer diseases, the third part focuses on the role of social work with special emphasis on the epistemologic aspect of consultancy in order to improve the quality of life of cancer patients. In developed countries of the European Union has in recent years seen a decline in the incidence of malignant tumors (possibly under the influence of effective programs and measures in the field of screening and prevention). An important part of oncology social work is a cancer patient navigation and its importance lies mainly in bridging between a comprehensive cancer care and cancer patients.

---

**Key words:** quality of life, cancer diseases, social work, consultancy, meaning of life, salutogenesis, oncology social work, cancer patient navigation.