

2026

ROČNÍK 17

ČÍSLO 1

LOGOS POLYTECHNIKOS

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

do rukou se Vám dostává další vydání časopisu Logos Polytechnikos zaměřené na zdravotnické nelékařské profese. V tomto čísle naleznete články věnující se problematice ošetrovatelství a sociální práce. Těšit se můžete na oblast implementace supervize v klinickém ošetrovatelství, na možnosti využití sociální práce v Armádě ČR, na specifika náhradní rodinné péče nebo na zdravotní gramotnost či využití AI v sociální práci.

Věříme, že Vás Logos Polytechnikos zaujme a jeho prostřednictvím budete mít příležitost seznámit se s nejnovějšími trendy v nelékařských zdravotnických profesích.

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí Katedry zdravotnických studií
Vysoká škola polytechnická Jihlava

OBSAH / CONTENTS

4

VYUŽITÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE V ARMÁDĚ ČESKÉ REPUBLIKY

THE USE OF SOCIAL WORK IN THE ARMY OF THE CZECH REPUBLIC

Barbora Friedlová, Alena Hricová

15

IMPLEMENTÁCIA KLINICKEJ SUPERVÍZIE V OŠETROVATEĽSTVE NA ZÁKLADE ZAHRAŇIČNÝCH MODELOV A EMPIRICKÝCH ZISTENÍ

IMPLEMENTATION OF CLINICAL SUPERVISION IN NURSING BASED ON INTERNATIONAL MODELS AND EMPIRICAL FINDINGS

Mária Popovičová, Ivan Sviatoslavovych Myronyuk, Jozef Babečka

35

ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ Z ASPEKTU AKTÍVNEJ STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE

HEALTH LITERACY FROM THE ASPECT OF ACTIVE CARE OF ONE'S HEALTH

Mariana Magerčiaková, Katarína Zrubáková, Marcela Ižová, Mária Novysedláková

46

PERSPEKTIVY IT ODBORNÍKŮ NA VYUŽITÍ AI V SOCIÁLNÍ PRÁCI

IT SPECIALISTS' PERSPECTIVES ON THE USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN SOCIAL WORK

Kristýna Hellerová, David Urban

59

BUDOVÁNÍ ZNAČKY ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ: DETERMINANTY SPOKOJENOSTI, DŮVĚRY A LOAJALITY PACIENTŮ – SYSTEMATICKÝ PŘEHLED EMPIRICKÝCH STUDIÍ

BUILDING THE BRAND OF HEALTHCARE INSTITUTIONS: DETERMINANTS OF PATIENT SATISFACTION, TRUST, AND LOYALTY – A SYSTEMATIC REVIEW OF EMPIRICAL STUDIES

Zbyněk Stavař, Alena Hricová

VYUŽITÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE V ARMÁDĚ ČESKÉ REPUBLIKY

BARBORA FRIEDLOVÁ
ALENA HRICOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Článek se zabývá využitím sociální práce v Armádě České republiky se zaměřením na podporu vojenského personálu a jeho rodin. Cílem není podat vyčerpávající obraz fungování celého systému AČR, ale prostřednictvím kvalitativní sondy zachytit vybrané zkušenosti sociálních pracovníků působících v armádním prostředí a zasadit je do širšího institucionálního a odborného rámce. Teoretická část vymezuje specifika vojenského prostředí, legislativní souvislosti, vztah sociální práce k psychologické a zdravotnické podpoře a možné inspirace ze zahraničních modelů. Empirická část vychází ze čtyř polostrukturovaných rozhovorů analyzovaných metodou tematické analýzy. Zjištění ukazují, že sociální pracovníci v AČR vstupují zejména do situací spojených s rodinnými vztahy, finančními a bytovými obtížemi, adaptací po návratu z mise, přechodem do civilního života a síťováním podpůrných služeb. Výsledky současně poukazují na nejasné kompetenční hranice mezi sociální prací, psychologickou podporou a velitelským řízením. Text proto zdůrazňuje potřebu přesnějšího institucionálního ukotvení sociální práce, nikoli pouze navyšování personálních kapacit. Závěry jsou formulovány opatrně jako východisko pro další výzkum a odbornou diskusi, nikoli jako zobecnitelný popis celé AČR.

KLÍČOVÁ SLOVA:

sociální práce; Armáda České republiky; vojenský personál; rodina; kvalitativní sonda; kompetenční hranice; interdisciplinární spolupráce

ÚVOD

Vojenská služba vytváří specifický sociální kontext, v němž se profesní požadavky, hierarchická struktura, mobilita, dlouhodobé odloučení od rodiny a riziko psychické zátěže promítají do každodenního života vojáků i jejich blízkých. Sociální problémy v armádním prostředí proto nelze chápat pouze jako individuální selhání nebo izolované životní potíže. Často vznikají na průsečíku služebních povinností, rodinného systému, ekonomických závazků, zdravotního stavu, dostupnosti podpůrných služeb a kultury vojenské organizace.

V českém prostředí je sociální práce v ozbrojených silách tematizována podstatně méně než psychologická, zdravotnická nebo duchovní podpora. Dostupná literatura upozorňuje na to, že psychosociální pomoc je v praxi často spojována především s vojenskou psychologií, zatímco sociální práce zůstává méně viditelná a její institucionální pozice není vždy jednoznačně rozpoznatelná (Kubešová, 2020; Laštovková a Brnula, 2017). Tato neviditelnost může snižovat ochotu vojáků využívat sociální podporu a zároveň komplikuje spolupráci mezi profesemi, které vstupují do podobných životních situací klientů z odlišných odborných perspektiv.

Cílem článku je analyzovat, jak vybraní sociální pracovníci působící v AČR popisují svoji roli, hlavní oblasti práce, institucionální bariéry a možnosti rozvoje. Článek je koncipován jako kvalitativní sonda. To znamená, že jeho ambicí není reprezentativně popsat fungování sociální práce v celé Armádě České republiky, ale identifikovat témata, která mohou být využita jako východisko pro hlubší empirický výzkum, systémovou debatu a přesnější vymezení kompetencí sociální práce v armádním prostředí.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Sociální práce v armádním prostředí se odlišuje od běžné civilní sociální práce především tím, že je zasazena do instituce s jasnou hierarchií, vysokou mírou disciplíny a důrazem na loajalitu, výkonnost a operační připravenost. Tyto hodnoty mohou podporovat soudržnost jednotek, zároveň však mohou komplikovat včasné vyhledání pomoci. Vojáci mohou obavu ze stigmatizace nebo z dopadu na kariéru prožívat intenzivněji než klienti v civilním prostředí. Sociální pracovník proto potřebuje nejen znalost metod sociální práce, ale také citlivost vůči vojenské kultuře, komunikačním pravidlům a etickým dilematům spojeným s napětím mezi zájmem jednotlivce a požadavky organizace.

Legislativní rámec sociální práce v České republice vychází zejména ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Armádní prostředí je však současně formováno předpisy upravujícími ozbrojenou sílu, služební poměr, bezpečnostní požadavky a vnitřní organizační strukturu resortu obrany. Právě zde vzniká jeden z klíčových problémů: obecná legislativa sociálních služeb vymezuje kvalifikaci a principy sociální práce, ale sama o sobě neřeší

její konkrétní institucionální umístění v AČR, vztah k velitelům ani návaznost na zdravotnické, psychologické a personální složky.

Zahraniční modely, zejména ze Spojených států nebo Velké Británie, bývají v literatuře využívány jako inspirace pro specializované vojenské sociální služby, case management a podporu rodin vojáků (Simmons a Rycraft, 2010; Wooten, 2015). Jejich přímé přenesení do českého kontextu však není samozřejmé. Česká AČR má odlišnou velikost, organizační tradici, legislativní rámec i historickou zkušenost s pomáhajícími profesemi v resortu obrany. Diskuse o rozvoji sociální práce proto nemůže zůstat u konstatování, že v zahraničí existují rozvinutější modely. Je třeba analyzovat, které kompetence mají být v českém systému posíleny, kde mají být sociální pracovníci organizačně ukotveni a jak má být nastavena spolupráce s psychology, zdravotníky, kaplany, personalisty a veliteli.

Zásadní otázkou je hranice mezi sociální prací a vojenskou psychologií. Psychologická podpora se primárně zaměřuje na psychický stav, zvládání stresu, diagnostiku, intervenci a duševní zdraví. Sociální práce naproti tomu vstupuje do vztahové, rodinné, ekonomické, bytové, právně-sociální a institucionální dimenze problému. V praxi se tyto oblasti překrývají: například posttraumatická zátěž se může projevovat rodinnými konflikty, zadlužením, narušením rodičovských rolí nebo obtížnou komunikací s úřady. Bez jasných hranic a předávacích mechanismů může docházet k duplicitám, naopak některé potřeby mohou zůstat mimo pozornost všech profesí.

MATERIÁL A METODY

Empirická část článku byla realizována jako kvalitativní sonda založená na polostrukturovaných rozhovorech. Tento design byl zvolen proto, že téma sociální práce v AČR je v české odborné literatuře dosud málo rozpracované a vyžaduje nejprve explorativní zachycení zkušeností osob, které se s danou praxí setkávají přímo. V souladu s tím nejsou výsledky prezentovány jako reprezentativní obraz celé AČR, ale jako interpretace vybraných zkušeností, které mohou naznačit důležité problémové okruhy.

Výzkumný soubor tvořili čtyři komunikační partneři označení jako KP1-KP4. Šlo o osoby s profesní zkušeností se sociální prací nebo sociálně podpůrnými agendami v armádním prostředí. Výběr byl záměrný a opíral se o relevanci zkušenosti, dostupnost respondentů a jejich ochotu účastnit se rozhovoru. Vzhledem k malému počtu respondentů nelze tvrdit, že soubor zachycuje široké spektrum názorů v celé AČR. Přesnější je označit jej za úvodní sondu do zkušeností vybraných aktérů.

Rozhovory byly vedeny podle tematického scénáře zaměřeného na profesní roli, typické situace řešené s vojáky a jejich rodinami, formy spolupráce s dalšími profesemi, vnímané bariéry a návrhy na rozvoj systému. Rozhovory byly po souhlasu respondentů zaznamenány a následně přepsány. Data byla analyzována metodou tematické analýzy

podle Braunové a Clarkové (2006). Postup zahrnoval opakované čtení přepisů, otevřené kódování, seskupování kódů do tematických okruhů a následnou interpretaci ve vztahu k teoretickému rámci.

Kvalita analýzy byla posilována průběžným porovnáváním výpovědí napříč respondenty a odlišováním popisných zjištění od interpretačních závěrů. Limitem studie je malý výzkumný soubor, absence perspektivy vojáků, rodinných příslušníků, velitelů a psychologů a také skutečnost, že výpovědi zachycují zkušenosti aktérů, nikoli objektivní audit celého systému. Tyto limity jsou zohledněny v diskusi i v závěrečných doporučeních.

VÝSLEDKY

Analýza rozhovorů vedla k identifikaci čtyř hlavních tematických okruhů. Na rozdíl od původního popisného členění nejsou výsledky řazeny jako opakovaný výčet problémů, ale jako interpretace toho, jak sociální pracovníci rozumějí své pozici v systému podpory.

Tabulka 1: Tematické okruhy kvalitativní sondy

Tematický okruh	Empirické zjištění	Analytický význam
Role sociálního pracovníka	Respondenti popisovali práci s rodinou, adaptací po misi, přechodem do civilu, dluhy, bydlením a krizovými situacemi.	Sociální práce se profiluje především tam, kde psychická zátěž přechází do sociálních a institucionálních dopadů.
Viditelnost služby	Část vojáků podle respondentů neví, kdy a s čím se na sociálního pracovníka obrátit.	Nízká viditelnost není jen informační problém, ale projev nejasného institucionálního ukotvení profese.
Spolupráce s dalšími profesemi	Respondenti zmiňovali kontakt s psychology, veliteli, úřady, neziskovými organizacemi a zdravotnickými zařízeními.	Klíčovým tématem není pouze spolupráce, ale nastavení hranic odpovědnosti a předávání klientů.
Rozvoj systému	Návrhy směřovaly k prevenci, vzdělávání velitelů, lepšímu síťování a personálnímu posílení.	Personální posílení má smysl pouze tehdy, pokud je provázáno jasným mandátem, kompetencemi a návazností na existující struktury.

Zdroj: vlastní zpracování

ROLE SOCIÁLNÍ PRÁCE V ARMÁDNÍM PROSTŘEDÍ

Respondenti spojovali sociální práci zejména s individuálním poradenstvím, krizovou intervencí, podporou rodin a zprostředkováním návazných služeb. KP1 uvádí, že se zaměřuje na „podporu vojenského personálu a jejich rodin při řešení osobních, sociálních a profesních problémů“. KP3 zdůrazňuje pomoc vojákům po návratu ze zahraničních misí a veteránům při adaptaci na civilní život. Z těchto výpovědí vyplývá, že sociální práce je vnímána jako profese propojující individuální situaci vojáka s jeho rodinným a institucionálním okolím.

Důležité je, že respondenti nepopisovali sociální práci pouze jako administrativní agendu. Naopak ji spojovali s praktickou orientací v životní situaci klienta, koordinací podpory a doprovázením v momentech změny. To ji odlišuje od čistě psychologické intervence i od velitelského řešení kázeňských či organizačních problémů.

TYPICKÉ PROBLÉMY A CÍLOVÉ SKUPINY

Mezi situace, s nimiž se respondenti setkávají, patří rodinné konflikty, dlouhodobé odloučení, finanční potíže, zadlužení, návrat z mise, přechod do civilního života, podpora veteránů, práce s pozůstalými a síťování pomoci pro rodinné příslušníky. KP2 shrnuje, že se často řeší „rodinné konflikty způsobené dlouhodobými služebními povinnostmi, finanční tíseň, zadlužení a posttraumatické problémy“. KP4 upozorňuje, že rodiny potřebují podporu zejména během dlouhodobého odloučení, při péči o děti a při zvládání nejistoty spojené se službou vojáka.

Výpovědi ukazují, že sociální problémy v armádě mají často kumulativní povahu. Rodinné napětí může souviset s misí, ekonomické obtíže s proměnou příjmů a služebního režimu, psychická zátěž s návratem do běžného rodinného fungování. Sociální pracovník proto potřebuje pracovat nejen s okamžitou zakázkou, ale i s návaznostmi mezi osobní, rodinnou a institucionální rovinou problému.

SPOLUPRÁCE A KOMPETENČNÍ HRANICE

Respondenti zdůrazňovali spolupráci s psychology, veliteli, právníky, zdravotnickými zařízeními, úřady práce, krizovými centry a neziskovým sektorem. Tato spolupráce je prakticky nezbytná, protože sociální pracovník obvykle nedisponuje všemi nástroji potřebnými k řešení komplexní životní situace klienta. Zároveň však právě zde vzniká riziko nejasností: není-li zřejmé, kdo nese odpovědnost za psychologickou intervenci, sociální podporu, personální rozhodnutí a předávání informací veliteli, může být pomoc pro klienta nepřehledná.

Z výpovědí nelze vyvodit, že by mezi profesemi existoval jednoznačný konflikt. Lze však identifikovat strukturální napětí. Psychologové, sociální pracovníci a velitelé se mohou

setkávat se stejným člověkem, ale každý z jiné pozice. Psychologická péče chrání duševní zdraví, velitel odpovídá za fungování jednotky a sociální pracovník sleduje sociální situaci klienta a jeho rodiny. Právě odlišení těchto perspektiv je podmínkou efektivní interdisciplinární spolupráce.

BARIÉRY A MOŽNOSTI ROZVOJE

Bariéry popisované respondenty lze rozdělit do tří úrovní. První je úroveň dostupnosti služby: respondenti zmiňovali omezené kapacity a nerovnoměrnou informovanost. Druhou je úroveň organizační: sociální práce není vždy dostatečně čitelně zakotvena ve vztahu k ostatním podpůrným profesím. Třetí je úroveň kulturní: vojáci mohou pomoc vnímat jako známku slabosti nebo jako potenciální ohrožení profesní pověsti.

Návrhy respondentů směřovaly k prevenci, vzdělávání velitelů, lepšímu propojení armádních a civilních služeb a personálnímu posílení. Tyto návrhy však nelze chápat jako jednoduchý seznam technických opatření. Pokud by se pouze zvýšil počet pracovníků bez jasného mandátu, metodického vedení a nastavení předávacích cest, mohlo by dojít spíše k rozšíření současných nejasností než k jejich řešení.

DISKUSE

Zjištění je třeba interpretovat opatrně. Čtyři rozhovory nemohou poskytnout komplexní vhled do fungování sociální práce v celé Armádě České republiky. Studie proto nepředkládá zobecnitelný obraz systému, ale identifikuje témata, která se ve výpovědích respondentů ukázala jako významná. Právě tato omezenost je současně přínosem i limitem. Přínosem je detailnější vhled do zkušenosti vybraných pracovníků; limitem je nemožnost kvantifikovat rozsah problémů nebo porovnat rozdíly mezi útvary, regiony či typy služebního zařazení.

Ve vztahu k zahraniční literatuře výsledky potvrzují význam case managementu, práce s rodinným systémem a interdisciplinární podpory (Simmons a Rycraft, 2010; Wooten, 2015). Zároveň však ukazují, že přímé přejímání zahraničních modelů by bylo zjednodušující. Český kontext vyžaduje vyjasnění institucionálního mandátu sociální práce. Nestačí konstatovat, že sociální pracovníci mají být dostupnější. Je nutné určit, zda mají být součástí personálních struktur, zdravotně-sociálních týmů, samostatné podpůrné služby, nebo specializovaných center pro rodiny, veterány a osoby v krizi.

Klíčovým tématem je kompetenční vztah mezi sociálním pracovníkem a vojenským psychologem. V praxi se obě profese mohou setkávat s klienty, jejichž potíže mají psychickou i sociální dimenzi. Pokud chybí jasný rámec spolupráce, může být sociální složka problému psychologizována, nebo naopak psychická zátěž redukována na praktický sociální problém. Efektivní model by měl proto obsahovat jasně popsání vstupní situace, předávací kritéria, pravidla sdílení informací, ochranu důvěrnosti a mechanismy společného plánování pomoci.

Institucionální bariéry integrace sociální práce do AČR pravděpodobně nespočívají pouze v nedostatku pracovníků. Jde také o resortní logiku řízení, bezpečnostní požadavky, hierarchické rozhodování, tradiční dominanci psychologické a zdravotnické péče v oblasti psychosociální podpory a nejasnou návaznost na civilní systém sociálních služeb. Zákon o sociálních službách poskytuje obecný rámec kvalifikace a poskytování sociálních služeb, ale sám neřeší specifické postavení sociálního pracovníka uvnitř ozbrojených sil. Doporučení pro rozvoj systému proto musí směřovat k metodickému a organizačnímu ukotvení profese, nikoli pouze k deklarativnímu posílení její potřebnosti.

Možným směrem je vytvoření standardu sociální práce v AČR, který by vymezil cílové skupiny, typické zakázky, kompetence, etická pravidla, spolupráci s veliteli a psychology, způsoby dokumentace a napojení na civilní služby. Takový standard by mohl být doplněn vzdělávacím modulem pro velitele, nikoli proto, aby velitelé nahrazovali odborníky, ale aby dokázali včas rozpoznat situace vhodné k předání a nepřetěžovali sociální pracovníky úkoly, které nespádají do jejich odborné role.

Další výzkum by měl zahrnout perspektivu vojáků, rodinných příslušníků, velitelů, vojenských psychologů a osob odpovědných za personální a koncepční řízení. Vhodné by bylo také srovnat různé útvary, analyzovat dostupnost služeb v regionech a zmapovat konkrétní procesní cesty klienta od identifikace problému po předání do návazné péče. Teprve takový výzkum by umožnil formulovat silnější závěry o celkovém fungování systému.

NÁVRH SYSTÉMOVÝCH OPATŘENÍ

Na základě provedené sondy lze formulovat několik opatrných doporučení. Nejde o definitivní model reformy, ale o návrh témat, která by měla být předmětem resortní a odborné diskuse.

Tabulka 2: Možná systémová opatření

Oblast	Doporučené opatření	Podmínka proveditelnosti
Institucionální ukotvení	Vymezit sociální práci jako samostatnou odbornou složku podpory, nikoli pouze jako doplněk psychologické nebo personální agendy.	Stanovit mandát, odpovědnost, etická pravidla a návaznost na struktury Ministerstva obrany.
Kompetenční hranice	Popsat rozdíl mezi sociální prací, psychologickou péčí, personálním řízením a velitelskou odpovědností.	Vytvořit předávací protokoly a pravidla sdílení informací.

Prevence	Rozvíjet programy pro rodiny, adaptaci po misi, finanční stabilitu a přechod do civilního života.	Provázat preventivní programy s dostupnými službami, ne pouze s jednorázovým školením.
Vzdělávání velitelů	Zařadit základní orientaci v sociálních rizicích a možnostech předání klienta.	Jasně zdůraznit, že velitel není sociální pracovník, ale klíčový aktér včasné identifikace.
Výzkum a evaluace	Realizovat širší výzkum zahrnující vojáky, rodiny, velitele i psychology.	Použít kombinaci kvalitativních a kvantitativních metod a sledovat rozdíly mezi útvary.

Zdroj: vlastní zpracování

ZÁVĚR

Předložený článek ukazuje, že sociální práce má v prostředí Armády České republiky relevantní místo zejména tam, kde se služební zátěž promítá do rodinných, ekonomických, vztahových a institucionálních problémů. Výsledky čtyř rozhovorů nelze zobecnit na celou AČR, ale umožňují identifikovat několik témat důležitých pro další odbornou diskusi: viditelnost sociální práce, její vztah k psychologické podpoře, práci s rodinou, síťování služeb a institucionální ukotvení profese.

Hlavní závěr nespočívá v prostém konstatování, že je třeba více personálu, více prevence a více informací. Tyto kroky mohou být užitečné pouze tehdy, pokud budou součástí širší systémové změny. Sociální práce v AČR potřebuje jasný mandát, popsání kompetence, metodické vedení, respektovanou pozici vůči ostatním podpůrným profesím a funkční propojení s civilními službami. Bez těchto prvků by navyšování kapacit samo o sobě nemuselo vést k větší efektivitě pomoci.

Článek je proto vhodné chápat jako předvýzkum a analytickou sondu. Jeho přínosem je otevření tématu, nikoli uzavření debaty. Další výzkum by měl být rozsáhlejší, víceperspektivní a zaměřený nejen na zkušenosti sociálních pracovníků, ale také na potřeby vojáků, jejich rodin, velitelů a dalších odborníků působících v systému podpory. Teprve tak bude možné navrhnout institucionální model sociální práce, který bude odpovídat českým legislativním, organizačním a kulturním podmínkám.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] AGENTURA PERSONALISTIKY AČR. 2024. Agentura personalistiky Armády České republiky. [online]. Dostupné z: <https://www.army.cz>
- [2] BRAUN, V., CLARKE, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), s. 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- [3] DEPARTMENT OF DEFENSE. 2022. Military OneSource. [online]. Dostupné z: <https://www.militaryonesource.mil/>
- [4] FISCHEROVÁ, L. 2023. Specifika sociální práce v ozbrojených složkách. Praha: Grada.
- [5] FORGEY, M. A., GREEN-HURDLE, K. 2024. Social work practice with military families. Washington, DC: NASW Press.
- [6] HANUŠOVÁ, J. 2021. Stres a jeho zvládání ve vojenském prostředí. Praha: Ministerstvo obrany.
- [7] HOLLÝ, K. 2012. Psychická odolnost v profesích pomáhajících osob. Brno: Masarykova univerzita.
- [8] HOLLÝ, K. 2023. Komunikace v armádním prostředí. Praha: Ministerstvo obrany.
- [9] JOHNSON, M., SMITH, T., BROWN, A. 2021. Multidisciplinary teams in military social work. *Military Medicine*, 186(3), s. 203-209. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaa473>
- [10] KELLEY, M. L., DOANE, A. N., PEARSON, M. R., KROL, A. S. 2018. Military deployment and children's mental health. *Journal of Child and Family Studies*, 27, s. 681-691. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0873-2>
- [11] KUBÁTOVÁ, J. 2015. Důvěra ve vztazích mezi pomáhajícími profesemi a klienty. Ostrava: Ostravská univerzita.
- [12] KUBEŠOVÁ, H. 2020. Sociální práce v armádě. In: H. KUBEŠOVÁ a E. KŘÍŽOVÁ (eds.). *Sociální práce v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, s. 111-126.
- [13] LAŠTOVKOVÁ, L., BRNULA, P. 2017. Historie a současnost sociální práce v Armádě České republiky. *Sociální práce / Sociálna práca*, 17(2), s. 32-45. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/historie-a-soucasnost-socialni-prace-v-armade-ceske-republiky/>
- [14] LORENZOVÁ, J. 2016. Etická dilemata v armádní sociální práci. In: J. LORENZOVÁ (ed.). *Etika v pomáhajících profesích*. Praha: Grada, s. 143-158.
- [15] MAREK, J., DECKEROVÁ, H. 2017. Další vzdělávání v pomáhajících profesích. Praha: Grada.
- [16] MILLER, A., MOSKOS, C. 2021. Social work and the military: International comparison. New York: Routledge.
- [17] MINISTERSTVO VNITRA. 2014. Strategie vzdělávání zaměstnanců ve veřejné správě. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky. [online]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/>
- [18] ROBERTS, A. R. 2000. Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research. 2. vyd. New York: Oxford University Press.
- [19] SIMMONS, C., RYCRAFT, J. 2010. Social work practice in the military. New York: Springer.

- [20] ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: Pravidla hry. Praha: Portál.
- [21] WOOTEN, N. R. 2015. The role of social work in the military. *Journal of Social Work Education*, 51(3), s. 439-453. <https://doi.org/10.1080/10437797.2015.1046348>
- [22] ZEISKOVÁ, A. 2016. Multidisciplinární spolupráce v sociální práci. Praha: Portál.

THE USE OF SOCIAL WORK IN THE ARMY OF THE CZECH



ABSTRACT

The article examines the use of social work in the Army of the Czech Republic, focusing on support for military personnel and their families. Rather than offering a comprehensive description of the entire ACR system, it presents an exploratory qualitative probe based on four semi-structured interviews with selected social workers active in the military environment. The theoretical part outlines the specific features of the military context, the legislative and institutional framework, the boundaries between social work and psychological support, and selected international inspirations. The empirical findings indicate that social workers mainly address family relationships, financial and housing difficulties, adaptation after deployment, transition to civilian life, crisis situations, and coordination of support services. The study also highlights unclear professional boundaries between social workers, military psychologists, commanders, and personnel structures. Therefore, the article argues that further development of social work in the ACR requires not only more staff or preventive programmes, but above all clearer institutional anchoring, a defined professional mandate, and functioning referral mechanisms. The conclusions are formulated cautiously as a basis for further research and professional discussion, not as generalizable findings about the whole ACR.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Alena Hricová, Ph.D.
Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra sociální práce a sociální politiky
Branišovská 31a
370 05 České Budějovice
e-mail: ahricova@zsf.jcu.cz

Bc. Barbora Friedlová
Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra sociální práce a sociální politiky
Branišovská 31a
370 05 České Budějovice

KEYWORDS:

social work; Army of the Czech Republic;
military personnel; family support;
qualitative probe; professional boundaries;
interdisciplinary cooperation

IMPLEMENTÁCIA KLINICKEJ SUPERVÍZIE V OŠETROVATEĽSTVE NA ZÁKLADE ZAHRANIČNÝCH MODELOV A EMPIRICKÝCH ZISTENÍ

MÁRIA POPOVIČOVÁ
KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU
IVAN SVIATOSLAVOVYCH
MYRONYUK
UŽHORODSKÁ NÁRODNÁ
UNIVERZITA
JOZEF BABEČKA
KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU

ABSTRAKT

Úvod: Klinická supervízia je v medzinárodnom ošetrovateľstve považovaná za účinný nástroj profesionálnej podpory, systematickej sebareflexie a zvyšovania kvality starostlivosti. V podmienkach slovenského zdravotníctva zatiaľ nie je systematickou súčasťou klinickej praxe, čo vytvára priestor pre jej odbornú implementáciu na základe zahraničných modelov a empirických zistení.

Cieľ: Cieľom príspevku je analyzovať možnosti implementácie klinickej supervízie do slovenského ošetrovateľstva, identifikovať postoje sestier, bariéry jej zavádzania a preferované formy supervízie v závislosti od typu zariadenia a veku.

Materiál a metodika: Empirická časť výskumu bola realizovaná neštandardizovaným dotazníkom u 194 sestier. Získané údaje boli analyzované pomocou chí-kvadrát testu nezávislosti pri hladine významnosti $p = 0,05$.

Výsledky: Výsledky výskumu ukazujú, že sestry vnímajú viaceré organizačné

faktory ovplyvňujúce zavádzanie klinickej supervízie, pričom skúsenosti z pomáhajúcich profesií naznačujú jej realizovateľnosť aj v odlišných podmienkach. Zistený bol štatisticky významný vzťah medzi vnímaním klinickej supervízie, ochotou sestier zúčastňovať sa na nej, typom zariadenia, preferovanou formou supervízie a vekom sestier.

Záver: Skúsenosti zo zahraničia, ako aj z prostredia zariadení sociálnych služieb na Slovensku, potvrdzujú realizovateľnosť klinickej supervízie aj v odlišných organizačných a personálnych podmienkach. Tieto poznatky naznačujú, že jej implementácia je možná aj v zdravotníckych zariadeniach, pokiaľ je primerane adaptovaná na ich špecifiká.

KLÍČOVÁ SLOVÁ:

Klinická supervízia. Ošetrovateľstvo. Implementácia. Sestra. Kvalita zdravotnej starostlivosti.

ÚVOD

Pomáhajúce profesie, vrátane ošetrovateľstva, sú spojené s intenzívnym kontaktom s ľuďmi v náročných životných situáciách a s vysokými profesionálnymi aj emočnými nárokmi. Sestry v každodennej praxi čelia kumulatívnej psychickej záťaži a zvýšenému tlaku na výkon, bezpečnosť a kvalitu poskytovanej starostlivosti. Dlhodobá absencia systematickej profesionálnej podpory môže viesť k vyčerpaniu, poklesu pracovnej spokojnosti a následne aj k znižovaniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti. S rastúcim dôrazom na štandardy kvality a hodnotenie výsledkov starostlivosti sa preto čoraz naliehavejšie dostáva do popredia otázka systematickej podpory samotných sestier. V oblasti zdravotníctva však klinická supervízia zatiaľ nie je systematicky konceptualizovaná ani organizačne a legislatívne ukotvená, čo obmedzuje jej širšie a jednotné uplatnenie v klinickej praxi. Táto situácia zvyšuje význam poznania postojov sestier, identifikácie bariér a formulovania realistických podmienok jej implementácie (Popovičová, 2023). Supervízia predstavuje overený mechanizmus profesionálnej podpory, ktorý v bezpečnom a dôvernom prostredí umožňuje odbornú reflexiu pracovných skúseností, rozvoj profesionálneho učenia a udržiavanie kvality ošetrovateľskej praxe. Umožňuje získavanie konštruktívnej spätnej väzby, podporuje profesionálne učenie a posilňuje zvládacie stratégie profesionálov. V oblasti ošetrovateľstva sa v medzinárodnom kontexte klinická supervízia profiluje ako formálny, dôverný a systematický proces reflektívnej praxe. Jej uplatňovanie prispieva k profesionálnemu rozvoju sestier, podpore duševnej pohody a k budovaniu kultúry kvality v zdravotnej starostlivosti. Cieľom tohto príspevku je analyzovať možnosti implementácie klinickej supervízie v ošetrovateľstve na základe zahraničných modelov a dostupných empirických zistení. Zámerom je zároveň formulovať odborné východiská pre jej systematické a udržateľné zavádzanie do praxe v podmienkach slovenského zdravotníctva.

KLINICKÁ SUPERVÍZIA V ZAHRANIČÍ AKO VÝCHODISKO PRE IMPLEMENTÁCIU V OŠETROVATEĽSTVE

Klinická supervízia v ošetrovateľstve je v medzinárodnom kontexte konceptualizovaná a implementovaná rôznymi spôsobmi. Rozdiely medzi jednotlivými krajinami sa prejavujú najmä v teoretickom ukotvení supervízie, miere systémovej podpory a v dominantnom výskumnom zameraní. Skúsenosti zo Spojeného kráľovstva, Austrálie, Portugalska, Indonézie a Singapuru potvrdzujú, že klinická supervízia je všeobecne uznávaná ako významný nástroj profesionálnej podpory sestier. Jej praktická realizácia je však vždy podmienená konkrétnym organizačným, legislatívnym a kultúrnym kontextom zdravotníckych systémov.

V Spojenom kráľovstve má klinická supervízia dlhodobú tradíciu, predovšetkým v oblasti duševného zdravia, kde je chápaná ako nástroj reflexívnej praxe a profesionálnej podpory. Napriek rozsiahlej odbornej literatúre pretrvávajú diskusia o jej presnom vymedzení a štandardizácii. Významným impulzom pre rozšírenie supervízie do širšej ošetrovateľskej

praxe bol politicko-strategický rámec reprezentovaný zavedením modelu A-EQUIP, ktorý integruje klinickú supervíziu, podporu wellbeing zdravotníckych pracovníkov, rozvoj kompetencií a zlepšovanie kvality starostlivosti (Dunkley-Bent, 2017).

Austrálsky prístup je charakteristický silným normatívnym ukotvením klinickej supervízie ako formálneho profesionálneho vzťahu zameraného na kritickú reflexiu praxe, rozvoj odborných kompetencií a posilňovanie profesionálnej identity sestier. Dôležitým prvkom je zabezpečenie chráneného času na supervíziu a jej systematické začlenenie do pracovnej praxe. Empirické štúdie preukazujú pozitívny vplyv supervízie na pracovnú spokojnosť, kvalitu pracovného prostredia a úroveň poskytovanej starostlivosti (Brunero, 2008).

Portugalský model kladie dôraz na pedagogicko-reflexívny a rozvojový charakter klinickej supervízie s výrazným edukačným rozmerom. Supervízia je chápaná ako proces podporujúci učenie sa z praxe, sebareflexiu a individuálny profesionálny rozvoj sestier. V centre výskumného záujmu stojí identifikácia efektívnych supervíznych stratégií a hodnotenie ich prínosu pre reflexívne učenie v klinickom prostredí (Pires, 2016).

V Indonézii je klinická supervízia skúmaná prevažne z hľadiska jej efektívnosti a merateľných výstupov. Systematický prehľad Ernawati et al. (2022) poukazuje na jej pozitívny vplyv na vedomosti, postoje, pracovnú spokojnosť sestier a kvalitu ošetrovateľskej praxe. Prevažujú kvázi-experimentálne dizajny zamerané na sledovanie zmien po zavedení supervíznych intervencií, čo odráža potrebu empiricky doložiť praktický prínos supervízie v systémoch s limitovanými zdrojmi.

Singapurský prístup vníma klinickú supervíziu ako nástroj rozvoja reflexívnej praxe a kultúry kontinuálneho učenia sa na pracovisku. Supervízia je chápaná primárne ako podporný mechanizmus profesionálneho rastu a rozvoja klinickej expertízy, nie ako kontrolný alebo hodnotiaci nástroj (Koh, 2022).

V zahraničnom kontexte, najmä v Austrálii a anglosaských krajinách, je klinická supervízia vnímaná ako formálny, pravidelný a dôverný proces profesionálnej podpory. Tento proces je systematicky zakotvený v klinickej praxi a realizovaný školenými supervízormi (Australian College of Nursing et al., 2019). Komparácia zahraničných prístupov poukazuje na to, že úspešná implementácia klinickej supervízie si vyžaduje jasné profesijné vymedzenie, systémovú podporu zo strany organizácie a dôraz na jej podporný a nehodnotiaci charakter. Tieto poznatky predstavujú dôležité východisko pre implementáciu klinickej supervízie v ošetrovateľstve, pričom adaptácia zahraničných modelov musí zohľadňovať špecifiká národného zdravotníckeho systému a profesijného prostredia sestier.

EMPIRICKÉ VÝCHODISKÁ PRE IMPLEMENTÁCIU KLINICKEJ SUPERVÍZIE V OŠETROVATEĽSTVE

Údaje v tejto časti boli spracované na základe systematického prehľadu Ernawati et al. (2022). Celkovo 11 článkov splnilo stanovené kritériá zaradenia. Zaradené štúdie

boli realizované v rôznych krajinách, konkrétne vo Švédsku (n = 4), Spojenom kráľovstve (n = 3), Indonézii (n = 2), Nórsku (n = 1) a Kanade (n = 1).

Z hľadiska dizajnu výskumov išlo o:

- 5 korelačných štúdií;
- 4 experimentálne štúdie;
- 2 kvalitatívne štúdie.

Veľkosť výskumných súborov sa v zaradených štúdiách pohybovala v rozmedzí od 8 do 660 sestier. V jednotlivých štúdiách boli sledované rôzne premenné, medzi ktoré patrili najmä vedomosti, postoje a skúsenosti používateľov zdravotnej starostlivosti (Bradshaw et al., 2007), pracovná spokojnosť (Hyrkäs, 2005), vzťah medzi sestrou a pacientom (Magnusson et al., 2002) a rozhodovací proces v ošetrovateľskej praxi (Berggren, 2000).

Tabuľka 1: Prehľad zahraničných empirických štúdií zameraných na klinickú supervíziu v ošetrovateľstve

Autor (rok)	Krajina	Dizajn štúdie	Výskumný súbor	Premenné / nástroje	Model klinickej supervízie	Hlavné zistenia
Bradshaw et al., 2007	Spojené kráľovstvo	Kvázi experimentálny	Študenti psychiatrického ošetrovateľstva (kontrolná n=12, experimentálna n=11)	Vedomosti a postoje (viacpoložkové otázky), používateľská skúsenosť (Krawiecka, Goldberg, Vaughan symptom scale), škála sociálneho fungovania	Psychosociálne intervencie realizované v skupinách troch (dvaja študenti + supervízor)	Významné zvýšenie vedomostí, bez signifikantnej zmeny postojov; výrazné zníženie pozitívnych aj celkových symptómov; zlepšenie sociálneho fungovania
Santos et al., 2017	Indonézia	Kvázi experimentálny	Praktické sestry (experimentálna n=34, kontrolná n=34)	Pracovná spokojnosť (dotazník adaptovaný zo Sigaianovho nástroja)	Reflexívny model supervízie	Významné zlepšenie pracovnej spokojnosti sestier
Magnusson et al., 2002	Švédsko	Prierezová štúdia	Okrskové sestry a pracovníci duševného zdravia (n=660)	Vzťah k pacientovi a etické rozhodovanie (20-položkový dotazník)	Procesne orientovaná supervízia v psychiatrickej starostlivosti, klinická a psychoterapeuticky orientovaná supervízia	Sestry sa cítili istejšie v rozhodovaní a bezpečnejšie vo vzťahu k pacientom

Berggren & Severinsson, 2000	Švédsko	Kvalitatívna	15 registrovaných sestier	Etické rozhodovanie (hĺbkové rozhovory)	Individuálna supervízia (1,5 hodiny raz týždenne)	Zlepšenie schopnosti poskytovať starostlivosť založenú na etickom rozhodovaní
Lantz & Severinsson, 2001	Švédsko	Kvalitatívna	8 sestier z jednotiek intenzívnej starostlivosti	Sebauvedomenie, reflexia, kreativita (otvorené otázky, rozhovory)	Skupinovo orientovaná supervízia	Zvýšené vnímanie potrieb pacientov a rodín, lepšia reflexia vlastných kompetencií, zvýšená kreativita
Amsrud et al., 2015	Nórsko	Prierezová štúdia	76 absolventov ošetrovateľstva	Bezpečnosť pacientov (Manchester Clinical Supervision Scale, Effects of Supervision Scale, Empowerment Scale)	Individuálna a skupinová supervízia	Zvýšené povedomie a zlepšenie interpersonálnych ($r=0,47$) a komunikačných zručností ($r=0,59$)
Heaven et al., 2006	Spojené kráľovstvo	Randomizovaná kontrolovaná štúdia	Ošetrovateľskí špecialisti z nemocníc a komunít	Komunikačné zručnosti (Medical Interview Aural Rating Scale)	Model založený na Bandurovej teórii sociálneho učenia	Významné zlepšenie komunikačných zručností
Edwards et al., 2006	Spojené kráľovstvo	Prierezová štúdia	260 komunitných psychiatrických sestier	Syndróm vyhorenia (Maslach Burnout Inventory, Manchester Clinical Supervision Scale)	6 sedení skupinovej supervízie	Účinné zníženie miery vyhorenia
Hyrkäs, 2005	Kanada	Prierezová štúdia	569 sestier v duševnom zdraví	Pracovná spokojnosť a vyhorenie (Manchester Clinical Supervision Scale, Maslach Burnout Inventory, Minnesota Job Satisfaction Scale)	Individuálna alebo skupinová supervízia	Efektívna supervízia znižovala vyhorenie; neefektívna supervízia zvyšovala nespokojnosť

Sundler et al., 2019	Švédsko	Prierezová štúdia	140 študentov špecializovaného ošetrovateľstva	Skúsenosti s učením, spokojnosť (dotazník s otvorenými otázkami)	Skupinová supervízia	Významný vplyv na kvalitu učenia a spokojnosť
Yuswanto & Ernawati, 2018	Indonézia	Kváziexperimentálny	200 sestier	Ošetrovateľská dokumentácia (Manchester Clinical Supervision Scale)	Supervízia založená na Proctorovej teórii a cykle interpersonálnych vzťahov	Významné zlepšenie kvality ošetrovateľskej dokumentácie

Zdroj: spracované podľa Ernawati et al. (2022)

Klinická supervízia môže byť v ošetrovateľskej praxi realizovaná v rôznych formách a modeloch. Do analyzovaného prehľadu boli zaradené štúdie, ktoré operacionalizovali klinickú supervíziu ako:

- psychosociálne intervencie v malých supervíznych skupinách (dvaja študenti a jeden supervízor) (Bradshaw et al., 2007),
- reflexívne orientovaný model klinickej supervízie (Santoso et al., 2017),
- procesne orientovanú supervíziu v psychiatrickej starostlivosti, supervíziu v klinickej ošetrovateľskej praxi a psychoterapeuticky orientovanú supervíziu (Magnusson et al., 2002).
- pravidelnú individuálnu supervíziu realizovanú v týždenných intervaloch v trvaní jednej hodiny (Berggren, 2000),
- skupinovú supervíziu orientovanú na reflexiu klinickej praxe prostredníctvom fokusových skupín (Lantz, 2001),
- individuálnu a skupinovú klinickú supervíziu (Hyrkäs, 2005),
- klinickú supervíziu vychádzajúcu z Bandurovej teórie sociálneho učenia (Heaven et al., 2006),
- klinickú supervíziu založenú na Proctorovej teórii supervíznych funkcií (Yuswanto, 2018).

Výsledky všetkých zaradených štúdií konzistentne preukázali pozitívny efekt klinickej supervízie najmä v týchto oblastiach:

- rozvoj vedomostí, profesionálnych postojov a sociálneho fungovania (Bradshaw et al., 2007),
- zvýšenie pracovnej spokojnosti zdravotníckeho personálu (Sundler et al., 2019),
- posilnenie istoty v klinickom a etickom rozhodovaní (Berggren, 2000),
- zlepšenie kvality terapeutického a profesionálneho vzťahu sestry s pacientom (Magnusson et al., 2002),
- citlivejšie vnímanie a adekvátnejšie reagovanie na potreby rodinných príslušníkov pacientov,

- prehlbovanie sebazpoznania a reflexie vlastnej profesionálnej praxe (Lantz, 2001),
- rozvoj interpersonálnych, profesionálnych a komunikačných kompetencií (Amsrud et al., 2015),
- signifikantné zníženie miery syndrómu vyhorenia (Edwards et al., 2006),
- zlepšenie kvality vzdelávacích skúseností a spokojnosti s procesom učenia (Sundler et al., 2019),
- zvýšenie kvality a odbornosti ošetrovateľskej dokumentácie (Yuswanto, 2018).

CIEĽ A PARCIÁLNE CIELE VÝSKUMU

Klinická supervízia predstavuje významný nástroj podpory profesionálneho rozvoja sestier a zvyšovania kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Jej efektívne zavedenie do praxe si však vyžaduje poznanie postojov sestier a faktorov, ktoré môžu ovplyvňovať jej prijateľnosť a využiteľnosť v každodennej práci. Cieľom výskumu je zistiť postoje sestier ku klinickej supervízii a identifikovať faktory, ktoré ovplyvňujú jej prijateľnosť a efektívnosť v ošetrovateľskej praxi. Výskumné zameranie sa sústreďuje aj na identifikáciu bariér, ktoré znižujú prínos klinickej supervízie v praxi. Zároveň sa analyzujú vzťahy medzi typom zdravotníckeho zariadenia, vnímaním supervízie a preferovanou formou supervízie, ako aj ochota sestier zúčastňovať sa klinickej supervízie počas pracovnej doby.

VÝSKUMNÝ SÚBOR

Výskumný súbor tvorilo 194 sestier pracujúcich v rôznych typoch zariadení. Z celkového počtu respondentiek 126 sestier pôsobilo v zdravotníckych zariadeniach a 68 sestier pracovalo v zariadeniach sociálnych služieb. Výber výskumného súboru bol zámerný. Vychádzal z dostupnosti respondentiek a ich ochoty zapojiť sa do výskumu.

METODIKA ZBERU A SPRACOVANIA ÚDAJOV

Zber údajov bol realizovaný prostredníctvom neštandardizovaného dotazníka vlastnej konštrukcie. Obsah dotazníka bol vytvorený na základe analýzy domácich a zahraničných vedeckých poznatkov z oblasti klinickej supervízie, profesijnej podpory zdravotníckych pracovníkov a implementácie supervíznych modelov v zdravotníckej praxi. Dotazník pozostával zo sociodemografickej časti a z časti zameranej na klinickú supervíziu. Sociodemografická časť obsahovala údaje o veku a type pracoviska respondentiek. Časť zameraná na klinickú supervíziu hodnotila úroveň poznania klinickej supervízie, postoje k jej implementácii, vnímané prínosy a bariéry, preferované formy realizácie a pripravenosť sestier participovať na supervíznych aktivitách. Pred začiatkom hlavného zberu údajov bolo realizované pilotné overenie dotazníka na vzorke sestier. Cieľom bolo posúdiť obsahovú zrozumiteľnosť, jednoznačnosť formulácií a primeranosť jednotlivých položiek. Na základe získanej spätnej väzby boli vykonané formálne a jazykové úpravy dotazníka. Tieto úpravy prispeli k zvýšeniu jeho obsahovej validity a zrozumiteľnosti. Dotazník bol distribuovaný v elektronickej aj papierovej forme. Kombinácia oboch foriem umožnila

osloviť širšie spektrum respondentiek a zvýšiť návratnosť dotazníkov. Účasť vo výskume bola dobrovoľná a anonymná. Na začiatku dotazníka bola zaradená stručná charakteristika pojmu klinická supervízia. Jej cieľom bolo zabezpečiť jednotné porozumenie skúmanej problematiky medzi respondentkami. Získané údaje boli spracované v programe Microsoft Excel. Na overenie stanovených hypotéz bol použitý chí-kvadrát test nezávislosti (χ^2). Hladina štatistickej významnosti bola stanovená na $p = 0,05$.

VÝSLEDKY VÝSKUMU

Tabuľka 2: Štruktúra výskumného súboru podľa typu pracoviska

	n	%
zdravotnícke zariadenie (nemocnica, klinika, ambulancia)	126	64,95
zariadenie sociálnych služieb	68	35,05
spolu	194	100

Tabuľka prezentuje štruktúru výskumného súboru z hľadiska typu pracoviska, v ktorom respondentky vykonávajú svoju profesionálnu činnosť. Z celkového počtu 194 sester pracuje takmer dve tretiny respondentiek (64,95%) v zdravotníckych zariadeniach, predovšetkým v nemocniciach, klinikách a ambulanciách. Viac než tretina respondentiek (35,05%) pôsobí v zariadeniach sociálnych služieb, čo poukazuje na výrazné zastúpenie oboch sektorov a odráža rozmanitosť profesionálneho prostredia, v ktorom sestry vykonávajú svoju prax.

Tabuľka 3: Rozdelenie respondentiek podľa veku

	n	%
≤ 30 rokov	32	16,49
31–40 rokov	71	36,60
41–50 rokov	53	27,32
≥ 55 rokov	38	19,59
spolu	194	100

Tabuľka znázorňuje vekovú štruktúru výskumného súboru, ktorá poukazuje na výraznú generačnú rozmanitosť respondentiek. Najpočetnejšiu skupinu tvoria sestry vo veku 31–40 rokov, ktoré zastupuje 71 respondentiek (36,60%), čím predstavujú viac než tretinu celého výskumného súboru a jadro aktívnej pracovnej populácie. Nasleduje veková skupina 41–50 rokov, ktorú tvorí 53 respondentiek (27,32%). Skupina sester vo veku 55 rokov a viac je zastúpená 38 respondentkami (19,59%). Najnižšie zastúpenie vykazujú sestry vo veku do 30 rokov, ktorých bolo 32 respondentiek (16,49%). Uvedené rozdelenie odráža zastúpenie viacerých generačných skupín v ošetrovateľskej praxi a vytvára predpoklad na porovnanie vnímania klinickej supervízie v závislosti od veku.

Tabuľka 4: Faktory znižujúce efektívnosť klinickej supervízie v ošetrovateľskej praxi

	n	%
Nedostatok času počas pracovnej doby	116	59,79
Nedostatok personálu (nemá ma kto zastúpiť)	94	48,45
Smennosť a náročnosť zosúladenia termínov	82	42,27
Nedostatočná podpora zo strany vedenia	74	38,14
Obava z kontroly alebo hodnotenia výkonu	57	29,38
Nedôvera v zachovanie dôvernosti procesu	44	22,68
Nevidím prínos supervízie pre svoju prax	31	15,98
Iné.....	0	0

Tabuľka sumarizuje faktory znižujúce efektívnosť klinickej supervízie v ošetrovateľskej praxi a poukazuje na dominanciu organizačných bariér. Najvýraznejším faktorom bol nedostatok času počas pracovnej doby, ktorý označilo 116 respondentiek (59,79%), čo reflektuje vysokú pracovnú záťaž sester. Významné zastúpenie mal aj nedostatok personálu, ktorý uviedlo 94 respondentiek (48,45 %). Smennosť spojenú s náročnosťou zosúladenia termínov označilo 82 respondentiek (42,27 %), čím sa potvrdzuje štrukturálny charakter týchto prekážok. Ako ďalšia relevantná bariéra bola identifikovaná nedostatočná podpora zo strany vedenia, ktorú uviedlo 74 respondentiek (38,14%), čo zdôrazňuje kľúčovú úlohu manažmentu pri zavádzaní klinickej supervízie. Naopak, bariéry súvisiace s postojmi k supervízii boli zastúpené v nižšej miere. Obavu z kontroly alebo hodnotenia výkonu uviedlo 57 respondentiek (29,38 %). Nedôveru v zachovanie dôvernosti supervízneho procesu označilo 44 respondentiek (22,68 %). Za pozoruhodné možno považovať zistenie, že žiadna z respondentiek neuviedla vlastný faktor v položke

„iné“, čo naznačuje, že ponúkaný súbor odpovedí dostatočne pokrýval hlavné bariéry vnímané v klinickej praxi. Celkovo výsledky poukazujú na to, že obmedzenia efektívnosti klinickej supervízie vyplývajú predovšetkým z objektívnych pracovných a organizačných podmienok, nie z odmietavého postoja sestier k samotnej supervízii. Každá položka bola vyhodnocovaná samostatne, pričom percentuálne hodnoty boli vypočítané z celkového počtu respondentiek (N = 194).

TESTOVANIE VÝSKUMNÝCH HYPOTÉZ

Paralelne s identifikáciou bariér implementácie klinickej supervízie sa výskum sústredil na analýzu vzťahu medzi subjektívnym vnímaním klinickej supervízie zo strany sestier. Druhou sledovanou premennou bola ich deklarovaná ochota aktívne participovať na supervíznych stretnutiach počas pracovnej doby v prípade, že by ich účasť umožnil zamestnávateľ. Predmetom analýzy boli zároveň vzťahy medzi typom zariadenia, vekom sestier a preferovanou formou klinickej supervízie. Na základe uvedených analytických cieľov boli formulované a následne overované výskumné hypotézy.

HYPOTÉZA 1

Predpokladáme, že typ zariadenia štatisticky významne súvisí s tým, ktoré faktory sestry považujú za kľúčové pri nastavení funkčnej a efektívnej klinickej supervízie v praxi.

Tabuľka 5: Vzťah medzi typom zariadenia a faktormi znižujúcimi efektívnosť klinickej supervízie

	X ²	p hodnota	významnosť
Nedostatok času počas pracovnej doby	36,402	1,60498E-09	***
Nedostatok personálu (nemá ma kto zastúpiť)	23,357	1,34498E-06	***
Smennosť a náročnosť zosúladenia termínov	20,166	7,09992E-06	***
Nedostatočná podpora zo strany vedenia	0,084	0,771	
Obava z kontroly alebo hodnotenia výkonu	13,154	0,000	***
Nedôvera v zachovanie dôvernosti procesu	11,463	0,000	***
Nevidím prínos supervízie pre svoju prax	0,003	0,956	

Poznámka: $\alpha = 0,05$; *** $p < 0,001$; bez označenia – štatisticky nevýznamné

Hypotéza 1 predpokladala, že typ zariadenia významne ovplyvňuje, ktoré bariéry sestry vnímajú ako kľúčové pri zavádzaní klinickej supervízie do praxe. Overenie hypotézy pomocou chí-kvadrát testu ukázalo, že rozdiely medzi zdravotníckymi zariadeniami a zariadeniami sociálnych služieb nie sú náhodné, ale odrážajú špecifické organizačné podmienky jednotlivých sektorov. Najvýraznejší rozdiel sa preukázal pri nedostatku času počas pracovnej doby, ktorý bol signifikantne častejšie uvádzaný v zdravotníckych zariadeniach ($\chi^2 = 36,402$; $p < 0,05$). Naopak, nedostatok personálu bol výraznejšou bariérou v zariadeniach sociálnych služieb ($\chi^2 = 23,357$; $p < 0,05$). Významné rozdiely medzi typmi zariadení sa potvrdili aj pri smennosti a náročnosti zosúladenia termínov ($\chi^2 = 20,166$; $p < 0,05$), čo poukazuje na rozdielnú dynamiku pracovných režimov. Zaujímavým zistením je, že štatisticky významný vzťah sa preukázal aj pri obavách z kontroly alebo hodnotenia výkonu a nedôvere v zachovanie dôvernosti supervízneho procesu ($p < 0,05$), ktoré boli výraznejšie v zdravotníckych zariadeniach. Naopak, podpora zo strany vedenia a vnímanie supervízie ako neprínosnej sa ukázali ako bariéry nezávislé od typu zariadenia ($p > 0,05$). Celkovo výsledky naznačujú, že úspešná implementácia klinickej supervízie si vyžaduje diferencovaný prístup, ktorý reflektuje špecifiká pracovného prostredia, a potvrdzujú, že univerzálne riešenia bez zohľadnenia kontextu pracoviska sú nedostatočné. Hypotéza 1 bola preto čiastočne potvrdená.

HYPOTÉZA 2

Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi tým, ako sestry vnímajú klinickú supervíziu a ich ochotou zúčastňovať sa supervízie počas pracovnej doby, ak by ju zamestnávateľ umožnil.

Tabuľka 6: Vnímanie klinickej supervízie a ochota účasti na supervízii počas pracovnej doby

pozorované frekvencie	Ochota zúčastňovať sa supervízie počas pracovnej doby			
	áno	nie	neviem	spolu
Vnímanie klinickej supervízie				
Podporný a reflexívny proces	72	7	8	87
Kontrola/hodnotenie výkonu	6	18	9	33
Neviem posúdiť/nemám informácie	31	11	32	74
spolu	109	36	49	194

Kontingenčná tabuľka prezentuje vzťah medzi vnímaním klinickej supervízie a ochotou sestier zúčastňovať sa supervízie počas pracovnej doby. Výsledky poukazujú na výrazné rozdiely v postojoch v závislosti od toho, či sestry supervíziu vnímajú ako podporný rozvojový proces alebo ako kontrolný mechanizmus. V skupine respondentiek, ktoré vnímajú klinickú supervíziu ako podporný a reflexívny proces, dominovala ochota zapojiť sa do supervízie, keď odpoveď „áno“ uviedlo 72 respondentiek, zatiaľ čo negatívne stanovisko bolo zastúpené minimálne. Naopak, respondentky, ktoré supervíziu interpretujú ako kontrolu alebo hodnotenie výkonu, vykazovali výrazne nižšiu ochotu participovať, pričom odpoveď „nie“ v tejto skupine prevažovala. Neistota v chápaní klinickej supervízie sa premietla aj do nejednoznačnej ochoty zapojiť sa do supervíznych aktivít. Štatistická analýza pomocou chí-kvadrát testu potvrdila mimoriadne silný a vysoko významný vzťah medzi sledovanými premennými ($\chi^2 = 56,57$; $p = 3,22 \times 10^{-14}$). Zistenia jednoznačne potvrdzujú, že vnímanie klinickej supervízie je kľúčovým faktorom jej prijatia a reálneho uplatnenia v ošetrovateľskej praxi. Zároveň naznačujú, že klinická supervízia má potenciál stať sa efektívnym nástrojom profesionálnej podpory aj v zdravotníctve, podobne ako je to už etablované v oblasti sociálnych služieb. Výsledky podporujú úvahy o systematickom zavádzaní klinickej supervízie do zdravotníckej praxe, sprevádzanom jasnou komunikáciou jej podporného charakteru.

HYPOTÉZA 3

Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi typom zariadenia a preferovanou formou klinickej supervízie.

Tabuľka 7: Vzťah medzi typom zariadenia a preferovanou formou klinickej supervízie

Pozorované početnosti	Typ zariadenia		
Preferovaná forma supervízie	Zdravotnícke zariadenie	Zariadenie sociálnych služieb	spolu
skupinová supervízia	53	9	62
individuálna supervízia	15	25	40
kombinácia skupinovej a individuálnej supervízie	37	15	52
online supervízia	10	12	22
nemám preferenciu/neviem posúdiť	11	7	18
spolu	126	68	194

Výsledky overenia tretej hypotézy prinášajú silný argument pre systematické zavádzanie klinickej supervízie do zdravotníckej praxe. Preukázaný štatisticky významný vzťah s jednoznačnou opodstatnenosťou pre uplatnenie v zdravotníckom prostredí medzi typom zariadenia a preferovanou formou supervízie ($\chi^2 = 29,39$; $p < 0,05$; Cramerovo $V = 0,39$) potvrdzuje významnú súvislosť medzi sledovanými premennými. Výsledky poukazujú na to, že potreba supervízie nie je náhodná, ale úzko súvisí s organizačným usporiadaním a profesionálnym kontextom pracoviska. Zdravotnícke zariadenia častejšie inklinujú ku skupinovej a kombinovanej forme supervízie, pričom preferencie sa líšia v závislosti od organizačného kontextu pracoviska. Zároveň sa otvára priestor pre zvažovanie inovatívnych foriem supervízie, vrátane online supervízie, ktoré v súčasnosti nepredstavujú štandardnú súčasť supervíznej praxe v slovenskom zdravotníctve. Skutočnosť, že online supervíziu identifikovala ako preferovanú časť respondentov aj v zdravotníckych zariadeniach, signalizuje otvorenosť profesionálov voči moderným, flexibilným a dostupným formám odbornej podpory. Zvlášť významná je zistená stredne silná sila vzťahu ($V = 0,39$), ktorá presahuje hranicu štatistickej významnosti a nadobúda zreteľný aplikačný potenciál pre organizáciu a riadenie zdravotníckych tímov. Výsledky zároveň naznačujú, že klinická supervízia by nemala byť vnímaná ako univerzálny a jednotný model, ale ako adaptabilný nástroj profesionálnej podpory. Tento nástroj je možné cielene implementovať v závislosti od typu zariadenia, charakteru práce a potrieb zdravotníckeho personálu. Uvedené zistenia poskytujú argumenty pre ďalšie odborné diskusie o možnostiach systematického zavádzania klinickej supervízie do slovenského zdravotníctva.

HYPOTÉZA 4

Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi vekom sestier a ich vnímaním klinickej supervízie.

Tabuľka 8: Vnímanie klinickej supervízie v závislosti od veku sestier

pozorované frekvencie	Vnímanie klinickej supervízie			
Vek sestier	Podporný a reflexívny proces	Kontrola/hodnotenie výkonu	Neviem posúdiť/nemám informácie	spolu
≤ 30 rokov	17	5	10	32
31–40 rokov	38	8	25	71
41–50 rokov	26	7	20	53
≥ 55 rokov	6	13	19	38
spolu	87	33	74	194

Hypotéza 4 predpokladala existenciu štatisticky významného vzťahu medzi vekom sestier a ich vnímaním klinickej supervízie (podporný a reflexívny proces vs. kontrola/hodnotenie výkonu vs. neviem posúdiť). Výsledky analýzy preukázali štatisticky významnú súvislosť medzi sledovanými premennými ($\chi^2 = 19,48$; $p = 0,00343$), čím bola Hypotéza 4 potvrdená. Z analytického hľadiska získané výsledky naznačujú, že vnímanie klinickej supervízie nie je medzi sestrami jednotné, ale výrazne podmienené vekom. Mladšie sestry (≤ 30 rokov) a sestry vo vekovej skupine 31–40 rokov častejšie vnímajú supervíziu ako podporný a reflexívny proces, čo poukazuje na ich vyššiu otvorenosť voči rozvojovým a preventívnym formám odbornej podpory. Naopak, v skupine sestier vo veku ≥ 55 rokov sa častejšie objavuje vnímanie supervízie ako kontroly alebo hodnotenia výkonu. Tento postoj môže súvisieť s dlhodobými skúsenosťami s tradičnými modelmi riadenia práce, ako aj s obmedzenou informovanosťou o súčasnom podpornom charaktere klinickej supervízie. Významným zistením je aj vysoký podiel odpovede „neviem posúdiť“ naprieč všetkými vekovými skupinami, čo poukazuje na nedostatočnú znalosť alebo obmedzenú osobnú skúsenosť so supervíziou v klinickej praxi. Tento fakt zdôrazňuje potrebu systematickej edukácie zdravotníckeho personálu o význame, cieľoch a princípoch klinickej supervízie. Cieľom takejto edukácie je predchádzať mylnému zamieňaniu klinickej supervízie s kontrolnými alebo hodnotiacimi mechanizmami. Z aplikačného hľadiska výsledky poskytujú konkrétne východiská pre implementáciu klinickej supervízie do zdravotníckych zariadení. Efektívne zavádzanie supervízie si vyžaduje vekovo a generačne diferencovaný prístup, ako aj jasnú komunikáciu jej podporného charakteru a vytvorenie bezpečného, dôverného priestoru pre profesionálnu reflexiu. Výsledky Hypotézy 4 tak presahujú rámec štatistického zistenia a predstavujú prakticky využiteľný základ pre plánovanie a riadenie supervíznych programov v zdravotníctve.

DISKUSIA

Klinická supervízia predstavuje relatívne mladý a v slovenskom ošetrovatelstve zatiaľ nedostatočne etablovaný nástroj profesionálnej podpory. Jej uplatňovanie v praxi je obmedzené najmä nedostatočnou informovanosťou, nejednoznačným chápaním jej cieľov a častým zamieňaním s kontrolnými alebo hodnotiacimi mechanizmami. Práve tieto skutočnosti vytvárajú priestor pre jej systematické zavádzanie ako podporného a rozvojového procesu. Z tohto dôvodu sme sa v našom výskume zamerali na zisťovanie postojov sestier ku klinickej supervízii a na identifikáciu faktorov, ktoré môžu ovplyvniť jej prijatie a efektívne uplatnenie v ošetrovateľskej praxi. Cieľom nášho výskumu bolo zistiť postoje sestier ku klinickej supervízii a identifikovať faktory ovplyvňujúce jej prijateľnosť a efektívnosť v ošetrovateľskej praxi, vrátane bariér jej implementácie a ochoty sestier zúčastňovať sa supervízie počas pracovnej doby. Výskumu sa zúčastnilo 194 sestier pôsobiach v zdravotníckych zariadeniach aj v zariadeniach sociálnych služieb, čo umožnilo zachytiť rozdiely vyplývajúce z rôznorodého pracovného a organizačného kontextu. Výsledky výskumu naznačujú, že klinická supervízia je sestrami vnímaná prevažne ako zmysluplný a profesijne relevantný nástroj podpory. Zároveň však poukazujú na to, že jej efektívna implementácia je výrazne podmienená organizačnými faktormi. Dominantné bariéry súvisiace s nedostatkom času počas pracovnej doby, personálnou

poddimenzovanosťou a smennosťou poukazujú na štrukturálny charakter prekážok, ktoré bránia systematickému zavádzaniu supervízie do praxe. Skutočnosť, že odmietavé postoje k supervízii sa vyskytovali v nižšej miere, naznačuje, že problémom nie je samotná podstata supervízie, ale absencia podmienok umožňujúcich jej funkčné a udržateľné využitie. Mimoriadne významným zistením bolo zistenie štatisticky významného vzťahu medzi vnímaním klinickej supervízie a ochotou sestier zúčastňovať sa supervízie počas pracovnej doby. Sestry, ktoré supervíziu vnímajú ako podporný a reflexívny proces, prejavujú výrazne vyššiu ochotu participovať, zatiaľ čo jej vnímanie ako kontroly alebo hodnotenia výkonu je spojené s rezistenciou a neistotou. V súvislosti s interpretáciou uvedených zistení je možné porovnať naše výsledky s poznatkami publikovanými v zahraničných štúdiách. Tento výsledok je v súlade so zisteniami Kellyho, Longa a McKennu (2001) z komunitnej psychiatrickej praxe, ktorí upozorňujú, že nejasné rozlíšenie medzi klinickou a manažérskou supervíziou vedie k oslabeniu dôvery zdravotníckeho personálu a k odmietaniu supervízneho procesu. Ich zistenia potvrdzujú potrebu jasného funkčného vymedzenia klinickej supervízie ako podporného, nie kontrolného nástroja. Význam klinickej supervízie pre každodennú prax sestier potvrdzujú aj ďalšie zahraničné štúdie. Nielsen et al. (2013) poukazujú na jej pozitívny vplyv na prevenciu syndrómu vyhorenia, podporu duševnej pohody a zvyšovanie pracovnej spokojnosti sestier, pričom zdôrazňujú aj rozvoj komunikačných schopností a kvalitu starostlivosti o pacientov. Komplexný prehľad výskumov prináša Brunero (2008), ktorý analyzoval výsledky 22 štúdií zameraných na klinickú supervíziu v ošetrovateľskej praxi. Zistenia tohto prehľadu vyzdvihujú predovšetkým podpornú funkciu supervízie, prostredníctvom ktorej sa supervízia stáva pre sestry významnou profesijnou oporou. Zároveň prispieva k znižovaniu stresovej záťaže a podporuje rozvoj odborných vedomostí a zručností. Naše výsledky sú v súlade s uvedenými zahraničnými poznatkami a zároveň prinášajú pohľad na organizačné podmienky slovenského prostredia. Rozdiely v preferencii foriem klinickej supervízie v závislosti od typu zariadenia poukazujú na význam pracovného kontextu. V zdravotníckych zariadeniach sa častejšie preferuje skupinová alebo kombinovaná forma supervízie, čo možno interpretovať v súvislosti s tímovým charakterom práce, intenzitou pracovného tempa a potrebou zdieľania klinických skúseností. Zároveň je potrebné poukázať na to, že časť sestier v zdravotníckych zariadeniach sa s klinickou supervíziou vo svojej praxi doposiaľ nestretla. Táto absencia osobnej skúsenosti môže ovplyvňovať ich predstavy o supervíznom procese. V dôsledku toho môžu preferovať formy supervízie, ktoré sú vnímané ako menej náročné na individuálnu otvorenosť a osobnú reflexiu. Naopak, v zariadeniach sociálnych služieb sa častejšie objavuje preferencia individuálnej supervízie, ktorá umožňuje hlbšiu osobnú reflexiu a spracovanie dlhodobých vzťahových situácií. Tieto zistenia naznačujú potrebu prispôbovať implementáciu klinickej supervízie typu zariadenia a charakteru vykonávanej práce. Z organizačného hľadiska je podnetná aj skúsenosť zo zahraničia, kde je supervízia vnímaná ako súčasť starostlivosti o zamestnancov a zároveň ako motivačný prvok. Carrol a Tholstrupová (2004) poukazujú na americkú prax, v ktorej je supervízia ponúkaná ako benefit a jej absolvovanie je podporované praktickými organizačnými výhodami. Podstatou týchto opatrení nie sú samotné benefity, ale princíp uznania zaťaženia a profesionálneho nasadenia sestier v rámci pracovného času, nie jeho

presúvania do súkromnej sféry. Prínosom štúdie je prepojenie zahraničných modelov klinickej supervízie s empirickými zisteniami zo slovenského prostredia. Výskum prináša údaje o postojoch sestier, bariérach implementácie a preferovaných formách supervízie. Zároveň poukazuje na rozdiely medzi zdravotníckymi zariadeniami a zariadeniami sociálnych služieb. Z aplikačného hľadiska výsledky nášho výskumu naznačujú, že úspešná implementácia klinickej supervízie si vyžaduje jasné funkčné vymedzenie. Nevyhnutné je jej dôsledné oddelenie od manažérskych a hodnotiacich procesov. Zároveň je potrebné systematicky začleniť supervíziu do pracovného času zdravotníckeho personálu. Efektívne zavádzanie supervízie si okrem toho vyžaduje vekovo a generačne diferencovaný prístup, jasnú komunikáciu jej podporného charakteru a vytvorenie bezpečného, dôverného priestoru pre profesionálnu reflexiu. Záverom možno konštatovať, že výsledky nášho výskumu poukazujú na klinickú supervíziu ako legitímny, žiaduci a perspektívny nástroj podpory profesionálneho fungovania sestier. Jej efektívnosť však závisí od organizačných podmienok, profesijnej autonómie a kultúry pracoviska. V prostredí vysokej psychosociálnej záťaže predstavuje klinická supervízia nielen nástroj prevencie syndrómu vyhorenia, ale aj dôležitý prvok kultúry kvality, bezpečnosti a etickej stability ošetrovateľskej praxe.

LIMITY ŠTÚDIE

Limitom štúdie je skutočnosť, že klinická supervízia nie je v súčasnosti bežnou súčasťou ošetrovateľskej praxe zdravotníckych zariadení na Slovensku. Časť respondentiek preto nemala osobnú skúsenosť s jej realizáciou a svoje postoje formulovala najmä na základe stručnej charakteristiky klinickej supervízie uvedenej v úvode dotazníka. Ďalším limitom štúdie bolo použitie neštandardizovaného dotazníka vlastnej konštrukcie. Dotazník bol pilotne overený z hľadiska zrozumiteľnosti a formulácie otázok, neprešiel však procesom šandardizácie. Uvedená skutočnosť mohla ovplyvniť presnosť zachytenia skúmaných javov. Určité obmedzenie predstavuje aj rozsah výskumného súboru. Hoci výskum zahŕňal sestry z rôznych typov pracovísk, počet respondentiek mohol ovplyvniť variabilitu získaných výsledkov. Limitom štúdie je aj jej prierezový charakter. Získané výsledky zachytávajú postoje respondentiek v období realizácie výskumu a poskytujú obraz o skúmanej problematike v konkrétnom časovom okamihu. Budúce výskumy realizované s časovým odstupom by mohli priniesť poznatky o zmenách postojov sestier po zavedení klinickej supervízie do ošetrovateľskej praxe.

ZÁVER

Vslovenskom zdravotníctve zatiaľ klinická supervízia nie je systematickou súčasťou klinickej praxe. Skúsenosť so supervíziou sa u časti sestier viaže na predchádzajúce pôsobenie v zariadeniach sociálnych služieb, kde je supervízia etablovanejším nástrojom profesionálnej podpory. U inej časti sestier je poznanie klinickej supervízie pravdepodobne sprostredkované prostredníctvom ďalšieho vzdelávania, štúdia alebo kontaktu s odbornou literatúrou. Zahraničné výskumy opakovane potvrdzujú, že klinická supervízia je etablovanou stratégiou profesionálneho rozvoja v ošetrovateľstve.

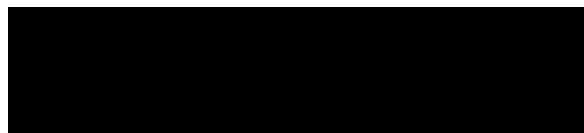
Umožňuje sestráм reflektovať klinické skúsenosti, identifikovať potreby ďalšieho vzdelávania a zvyšovať kvalitu poskytovanej starostlivosti. Pozitívny vplyv klinickej supervízie sa prejavuje nielen v oblasti profesijného fungovania a duševnej pohody sestier, ale aj v podpore bezpečnej, koordinovanej a kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Klinická supervízia tak nepredstavuje nástroj kontroly, ale podporný proces založený na bezpečnej spätnej väzbe a kolegiálnej podpore. Efektívne uplatnenie klinickej supervízie si vyžaduje systematickú organizačnú podporu, prípravu kvalifikovaných supervízorov a jej jasné ukotvenie v stratégiách kvality zdravotnej starostlivosti. V kontexte dlhodobej psychickej a emočnej záťaže sestier predstavuje klinická supervízia významný podporný mechanizmus pre udržanie ich profesionálnej funkčnosti naprieč rôznymi fázami profesijnej kariéry. Uvedené poznatky posilňujú potrebu systematického zavádzania klinickej supervízie aj v slovenskom zdravotníctve ako súčasti kultúry kvality, bezpečnosti a dlhodobej udržateľnosti ošetrovateľskej praxe. *Klinická supervízia v podmienkach súčasného zdravotníctva nepredstavuje otázku „či“, ale skôr otázku „ako“ a „za akých podmienok“ ju systematicky zavádzať do praxe. Ak má byť ošetrovateľská starostlivosť dlhodobo kvalitná, bezpečná a personálne udržateľná, podpora sestier musí byť vnímaná ako strategická priorita zdravotníckych organizácií, nie ako individuálna zodpovednosť jednotlivcov. V tomto kontexte klinická supervízia predstavuje jeden z kľúčových pilierov modernej, eticky ukotvenej a profesionálne zrelej ošetrovateľskej praxe.*

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] AMSRUD, K. E., LYBERG, A., SEVERINSSON, E., 2015. 'The influence of clinical supervision and its potential for enhancing patient safety-Undergraduate nursing students' views'. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(6), pp. 87-95. DOI:10.5430/jnep.v5n6p87.
- [2] AUSTRALIAN COLLEGE OF MENTAL HEALTH NURSES, AUSTRALIAN COLLEGE OF MIDWIVES, AUSTRALIAN COLLEGE OF NURSING. *Position statement: Clinical supervision for nurses and midwives*. Canberra: Australian College of Mental Health Nurses; 2019. ISBN 978-1-925913-58-3 (e-book); ISBN 978-1-925913-6-5 Dostupné na internete: https://www.acn.edu.au/wp-content/uploads/clinical-supervision-nurses-midwives-position-statement-background-paper.pdf?utm_source.
- [3] BRADSHAW, T., BUTTERWORTH, A., MAIRS, H., 2007. Does structured clinical supervision during psychosocial intervention education enhance outcome for mental health nurses and the service users they work with?' *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), pp. 4-12. DOI:10.1111/j.1365-2850.2007.01021.
- [4] BERGGREN, I., SEVERINSSON, E., 2000. 'The influence of clinical supervision on nurses' moral decision making. *Nursing Ethics*, 7(2), pp. 124-33. DOI:10.1177/096973300000700205.
- [5] BRUNERO, S., STEIN-PARBURY, J. 2008. *The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review*. Australian Journal of Advanced Nursing, 25(3), 86–94. Dostupné na internete: <https://www.ajan.com.au/index.php/AJAN/article/view/1837>.
- [6] CARROLL, M., THOLSTRUPOVÁ, M. et al. 2004. Integrativní přístupy k supervizi. Vydavatelství Triton, 2004. 280 s. ISBN 80-7254-582-5.
- [7] DUNKLEY-BENT, J. 2017. A-EQUIP: The new model of midwifery supervision. *British Journal of Midwifery*, 2017, Vol. 25, No. 5, p. 278–279. DOI: 10.12968/bjom.2017.25.5.278.
- [8] EDWARDS, D., et al., 2006. Clinical supervision and burnout: The influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), pp. 1007-15. DOI:10.1111/j.1365-2702.2006.01370.x.
- [9] ERNAWATI, E., DAMRIS, D. M., REVIS, A., ELRIFDA, S. 2022. How effective is clinical supervision in nursing? A systematic review. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 2022, Vol. 8, No. 2, p. 69–78. DOI: 10.32598/JCCNC.8.2.426.1.
- [10] HEAVEN, C., CLEGG, J., MAGUIRE, P. 2006. Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling*, 60(3), pp. 313-25. DOI:10.1016/j.pec.2005.08.008.
- [11] HYRKÄS, K. 2005. Clinical supervision, burnout, and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(5), pp. 531-56.
- [12] KELLY B, LONG A, MCKENNA H. A survey of community mental health nurses' perceptions of clinical supervision in Northern Ireland. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001;8(1):33–44. doi:10.1046/j.1365-2850.2001.00341.x.

- [13] KOH D, McNULTY G, TOH-HENG HL. 2022. Reflective practice through clinical supervision: implications for professional and organisational sustainability. *Br J Guid Couns.* 2022;50(6):879–896. doi:10.1080/03069885.2021.1978056. Dostupné na internete: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03069885.2021.1978056>.
- [14] LANTZ, I., SEVERINSSON, E. 2001. 'The influence of focus grouporiented supervision on intensive care nurses' reflections on family members' needs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17(3), pp. 128-37. DOI:10.1054/icc.2000.1548.
- [15] MAGNUSSON, A., LÜTZÉN, K., SEVERINSSON, E. 2002.'The influence of clinical supervision on ethical issues in home care of people with mental illness in Sweden. *Journal of Nursing Management*, 10(1), pp. 37-45. DOI:10.1046/j.0966-0429.2001.00292.x.
- [16] NIELSEN, H. G. et al. 2013. Group supervision for general practitioners: case study. In *Quality in Primary Care*. 2013, 21 (1), p.17-22.
- [17] PIRES, R., SANTOS, M. R., PEREIRA, F., ROCHA, I. 2016. Most relevant clinical supervision strategies in nursing practice. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences (EpSBS)*, 2016, Vol. XX, p. 293–301. DOI: 10.15405/epsbs.2016.07.02.34. eISSN 2357-1330.
- [18] POPOVIČOVÁ, M., BELOVIČOVÁ, M., SNOPEK, P. 2023. Význam supervízie pre sestry pracujúce v zdravotníckych zariadeniach . In *Zdravotnícke štúdie – vedecký recenzovaný časopis*. ISSN 1337-723X, 2023, ročník XV, číslo 1, s. 27-31.
- [19] SANTOSO, S., SARI, R. K., ANGGOROWATI, A. 2017. 'The reflective supervision model: An effort to increase nurse job satisfaction. *Belitung Nursing Journal*, 3(5), pp. 496-507. DOI:10.33546/bnj.195.
- [20] SUNDLER, A. J., et al. 2019. Experiences of supervision during clinical education among specialised nursing students in Sweden: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 79, pp. 20-4. DOI:10.1016/j.nedt.2019.05.009.
- [21] YUSWANTO, T. J. A., ERNAWATI, N. 2018. 'Developing the clinical supervision model based on proctor theory and interpersonal relationship cycle (PIR-C). *International Journal of Advances in Scientific Research and Engineering*, 4(12), pp. 203-9. DOI:10.31695/IJASRE.2018.33023.

IMPLEMENTATION OF CLINICAL SUPERVISION IN NURSING BASED ON INTERNATIONAL MODELS AND EMPIRICAL FINDINGS



ABSTRACT

Introduction: Clinical supervision is internationally regarded in nursing as an effective tool for professional support, systematic self-reflection, and improvement of care quality. In the context of Slovak healthcare, it is not yet a systematic part of clinical practice, which creates space for its professional implementation based on international models and empirical findings.

Objectives: The aim of this paper is to analyse the possibilities for implementing clinical supervision in Slovak nursing, to identify nurses' attitudes, barriers to its introduction, and preferred forms of supervision in relation to the type of facility and nurses' age.

Material and methods: The empirical part of the study was conducted using a non-standardised questionnaire administered to 194 nurses. The data were analysed using the chi-square test of independence at a significance level of $p = 0.05$.

Results: The findings indicate that nurses perceive several organisational factors influencing the implementation of clinical supervision, while experiences from helping professions suggest its feasibility even under different organisational conditions. Statistically significant relationships

were found between the perception of clinical supervision, nurses' willingness to participate, the type of facility, the preferred form of supervision, and nurses' age.

Conclusion: Experiences from abroad, as well as from social care facilities in Slovakia, confirm the feasibility of clinical supervision under diverse organisational and staffing conditions. These findings suggest that its implementation is also possible in healthcare settings, provided it is appropriately adapted to their specific contexts.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD., MBA
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
e-mail: maria.popovicova@ku.sk

prof. Myronyuk Ivan, MD, DSc.
Faculty of Health and Physical Education
of Uzhhorod National University
Narodna Square 3
88000 Uzhhorod
Ukraine
e-mail: ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua

doc. PhDr. Jozef Babečka, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
e-mail: jozef.babecka@ku.sk

KEYWORDS:

Clinical supervision. Nursing.
Implementation. Nurse. Quality
of healthcare.

ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ Z ASPEKTU AKTÍVNEJ STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE

MARIANA MAGERČIAKOVÁ
KATARÍNA ZRUBÁKOVÁ
MARCELA IŽOVÁ
MÁRIA NOVYSEDLÁKOVÁ
KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU

ABSTRAKT

Zdravotná gramotnosť je schopnosť získavať, prečítať, pochopiť a využiť zdravotné informácie tak, aby človek mohol správne rozhodovať o svojom zdraví. Jej súčasťou je aj aktívna starostlivosť o svoje zdravie. Túto oblasť sme skúmali prostredníctvom slovenskej verzie štandardizovaného meracieho nástroja Health Literacy Questionnaire (HLQ) na základe HLQ™ licenčnej zmluvy. Aktívna starostlivosť o svoje zdravie predstavuje tretiu doménu z deviatich domén HLQ. Cieľom výskumu bolo zistiť skóre škál v jednotlivých doménach zdravotnej gramotnosti u pacientov s artériovou hypertenziou, pričom v tomto príspevku sú prezentované parciálne výsledky so zameraním na Doménu 3: Aktívna starostlivosť o svoje zdravie. Výskumný súbor tvorilo 391 respondentov s ochorením artériová hypertenzia vo veku od 20 do 88 rokov. Celkové priemerné skóre v doméne 3 bolo dosiahnuté na úrovni 2,84 z maximálneho skóre 4. Najnižšie skóre 2,75 bolo dosiahnuté v položke zameranej na trávenie dostatočného času aktívnou starostlivosťou o svoje zdravie a najvyššie skóre 2,88 bolo zaznamenané v položke: napriek ostatným veciam v mojom živote si stále nájdem čas na starostlivosť

o moje zdravie. Štatistickými metódami ANOVA, Chí-kvadrát test a t-test dvoch stredných hodnôt sme overovali vplyv veku, pohlavia, bydliska a vzdelania respondentov na skóre dosiahnuté v doméne 3. Ako štatisticky významné faktory v aktívnej starostlivosti o svoje zdravie sa v našom výskumnom súbore potvrdili pohlavie, vzdelanie a bydlisko.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Aktívna starostlivosť o svoje zdravie.
Health Literacy Questionnaire (HLQ).
Zdravotná gramotnosť. Výskum. Projekt
KEGA.

ÚVOD

Zdravotná gramotnosť je schopnosť získavať, prečítať, pochopiť a využiť zdravotné informácie tak, aby človek mohol správne rozhodovať o svojom zdraví (Bastable, 2023; Centers for Disease Control and Prevention, 2024; Osborne, 2018; Parnell, 2015). Jej súčasťou je aj aktívna starostlivosť o svoje zdravie, ktorá súvisí so zodpovednosťou za vlastné zdravie a proaktívnym zapojením sa do rozhodnutí v oblasti zdravia. Aktívna starostlivosť o zdravie znamená, že človek nečaká pasívne na výskyt chorôb alebo zdravotných problémov, ale svoj zdravotný stav pravidelne sleduje, posilňuje a predchádza rizikám prostredníctvom preventívnych opatrení a zdravého životného štýlu. Človek, ktorý má vysokú úroveň aktívnej starostlivosti o svoje zdravie, berie zdravie ako svoju zodpovednosť a robí rozhodnutia, ktoré mu pomáhajú udržať optimálnu fyzickú i duševnú kondíciu.

MATERIÁL A METÓDY

Cieľom výskumu bolo zistiť skóre škál v oblasti aktívnej starostlivosti o svoje zdravie ako jednej z domén zdravotnej gramotnosti u pacientov s artériovou hypertenziou. Relevantné údaje v kontexte cieľa výskumu boli získané prostredníctvom slovenskej verzie štandardizovaného meracieho nástroja Health Literacy Questionnaire (ďalej len HLQ) na základe HLQ™ licenčnej zmluvy. Pri realizácii výskumu boli dodržané všetky relevantné etické princípy. Účasť respondentov bola dobrovoľná, údaje boli spracované anonymne a použité výlučne na vedecké účely. Zber dát bol realizovaný v roku 2023 vo vybraných ambulanciách všeobecného lekára a interných ambulanciách Žilinského samosprávneho kraja. Výskum bol súčasťou projektu KEGA č. 010KU-4/2022 Implementácia prvkov podpory zdravotnej gramotnosti dospeléj populácie do vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo. HLQ je komplexný merací nástroj zameraný na deväť rôznych oblastí (domén) zdravotnej gramotnosti (Tab. 1), ktoré umožňujú vytvoriť detailný profil zdravotnej gramotnosti respondenta a identifikovať problematické oblasti, na ktoré je vhodné zamerať odporúčania či intervencie smerujúce k zlepšeniu zdravotnej gramotnosti (Čepová a kol., 2017; Osborne et al., 2013). Aktívna starostlivosť o svoje zdravie predstavuje doménu 3 meracieho nástroja HLQ.

Tabuľka 1: Domény meracieho nástroja Health Literacy Questionnaire (HLQ)

Číslo domény	Názov domény
1.	Pocit pochopenia a podpory od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
2.	Dostatočné informácie na starostlivosť o svoje zdravie
3.	Aktívna starostlivosť o svoje zdravie
4.	Sociálna opora v oblasti zdravia
5.	Posúdenie zdravotných informácií
6.	Schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti
7.	Navigácia v systéme zdravotnej starostlivosti
8.	Schopnosť nájsť aktuálne informácie o zdraví
9.	Pochopenie zdravotných informácií do takej miery, aby jednotlivec vedel, čo robiť

(spracované podľa Čepová a kol., 2017; Osborne et al., 2013)

Problematiku týkajúcu sa aktívnej starostlivosti o svoje zdravie sledovali položky prvej časti dotazníka HLQ č. 6, 9, 13, 18, 21 v znení:

6: Trávim dosť veľa času aktívnou starostlivosťou o moje zdravie

9: Plánujem si, čo je potrebné urobiť na to, aby som bol/a zdravý/á

13: Napriek ostatným veciam v mojom živote, si stále nájdem čas na starostlivosť o moje zdravie

18: Stanovujem si vlastné ciele ohľadom zdravia

21: Sú veci, ktoré robím pravidelne, aby som bol/a zdravší/ia

Škálovanie odpovedí bolo štvorstupňové, a to:

1 – Rozhodne nesúhlasím

2 – Nesúhlasím

3 – Súhlasím

4 – Rozhodne súhlasím (Osborne et al., 2013).

Výskumný súbor tvorilo 391 respondentov. Výber respondentov zo základného súboru bol zámerný, pričom zaraďujúcimi kritériami boli vek nad 18 rokov, schopnosť a ochota vyplniť dotazník a diagnostikovaná artériová hypertenzia. Respondenti boli vo veku od 20 do 88 rokov, priemerný vek respondentov bol 53,41 roka. Vo výskumnom súbore bolo 207 (52,94 %) žien a 184 (47,06 %) mužov (Tab. 2). Čo sa týka bydliska, tak v súbore

bolo takmer pomerné zastúpenie – 196 (50,13 %) respondentov býva v meste a 195 (49,87 %) respondentov žije na vidieku (Tab. 3). Z hľadiska vzdelania boli vo výskumnom súbore najpočetnejšou skupinou respondenti so stredoškolským vzdelaním s maturitou – 165 (42,20 %) respondentov, nasledovali respondenti s vysokoškolským vzdelaním – 101 (25,83 %) respondentov, potom respondenti so stredoškolským vzdelaním bez maturity – 84 (21,48 %) respondentov, a najmenej početnou skupinou boli respondenti so základným vzdelaním, a to 41 (10,49 %) respondentov (Tab. 4).

Tabuľka 2: Prehľad respondentov podľa pohlavia

Možnosti odpovede	n	%
Žena	207	52,94
Muž	184	47,06
Celkom	391	100

Tabuľka 3: Prehľad respondentov podľa bydliska

Možnosti odpovede	n	%
Mesto	196	50,13
Dedina	195	49,87
Celkom	391	100

Tabuľka 4: Prehľad respondentov podľa vzdelania

Možnosti odpovede	n	%
Základné	41	10,49
Stredoškolské bez maturity	84	21,48
Stredoškolské s maturitou	165	42,20
Vysokoškolské	101	25,83
Celkom	391	100

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Z dátového setu výskumu boli extrahované výsledky týkajúce sa domény 3 HLQ: Aktívna starostlivosť o svoje zdravie. Prostredníctvom výskumu sme zisťovali početnosť odpovedí na jednotlivé položky a priemerné skóre odpovedí. Zároveň sme sledovali vzťah medzi hodnotením domény 3 a atribútmi: vek, pohlavie, vzdelanie a bydlisko respondentov. Priemerné skóre odpovedí na otázky v doméne 3 je uvedené v tabuľke 5.

Tabuľka 5: Výsledky v jednotlivých položkách domény 3

Doména 3						$\bar{x}$
Položky dotazníka	6	9	13	18	21	2,84
Priemerné skóre	2,75	2,84	2,88	2,87	2,85	

Predpoklad závislosti od veku bol overovaný hypotézami:

H0: Predpokladáme, že vek nemá vplyv na skóre v doméne 3.

H1: Predpokladáme, že vek má vplyv na skóre v doméne 3.

Na overenie bola použitá funkcia ANOVA na hladine 0,05. Výsledky testu sú uvedené v tabuľke 6.

Tabuľka 6: ANOVA – single factor – vek respondentov

Skupiny	Počet	Súčet	Priemer	Rozptyl		
0 – 25 rokov	22	1526,667	69,39394	354,1126		
26 – 50 rokov	145	8920	61,51724	239,3487		
51 – 75 rokov	200	12080	60,4	199,5042		
76 – 100 rokov	24	1413,333	58,88889	215,1369		
Zdroj Variability	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Medzi skupinami	1747,57856	3	582,5262	2,604648	0,051562	2,627968
V rámci skupiny	86552,052	387	223,6487	H0		
Celkom	88299,6306	390				

Na základe hodnôt F a Fcrit (alebo hodnoty P) odporúčame prijatie nulovej hypotézy. Tento logický rozpor s hodnotou r pripisujeme nízkym početnostiam v okrajových vekových kategóriách, ktoré sú pod odporúčanou hranicou minimálne 30 respondentov.

Druhým sledovaným znakom je pohlavie respondentov. V tejto súvislosti boli stanovené hypotézy:

H0: Pohlavie nemá vplyv na hodnotenie problematiky domény 3.

H1: Pohlavie má vplyv na hodnotenie problematiky domény 3.

Na overenie bol použitý t-test dvoch stredných hodnôt s nerovnosťou rozptylov. Výsledky testu uvádzame v tabuľke 7.

Tabuľka 7: Výsledky t-testu

	Muž	Žena
Mean	59,52899	62,73752
Variance	253,086	198,9421
Observations	184	207
Hypothesized Mean Difference	0	
df	368	
t Stat	2,099037	H1
P(T<=t) one-tail	0,018247	
t Critical one-tail	1,649005	
P(T<=t) two-tail	0,036494	
t Critical two-tail	1,966431	

Odporúčame prijatie alternatívnej hypotézy H1. Dosiahnuté hodnotenie u žien je významne vyššie ako u mužov. Ženy venujú väčšiu pozornosť aktívnej starostlivosti o svoje zdravie.

Tretím sledovaným znakom je bydlisko respondentov, pričom boli stanovené hypotézy:

H0: Typ bydliska nemá vplyv na hodnotenie problematiky domény 3.

H1: Typ bydliska má vplyv na hodnotenie problematiky domény 3.

Na overenie hypotéz bol použitý t-test dvoch stredných hodnôt s rovnosťou rozptylov na hladine signifikantnosti 0,05. Výsledky testu sú uvedené v tabuľke 8.

Tabuľka 8: Výstup programu EXCEL – analýza dát

	Dedina	Mesto
Mean	58,80342	63,63946
Variance	232,4669	209,8203
Observations	195	196
Pooled Variance	221,1145	
Hypothesized Mean Difference	0	
df	389	
t Stat	3,215422	H1
P(T<=t) one-tail	0,000706	
t Critical one-tail	1,64878	
P(T<=t) two-tail	0,001411	
t Critical two-tail	1,966081	

Na základe hodnôt t a t_{stat} odporúčame prijať alternatívnu hypotézu. Bydlisko sa ukázalo ako významný znak pri hodnotení vzťahu respondentov k problematike domény 3.

Respondenti žijúci v meste venujú vyššiu pozornosť aktívnej starostlivosti o svoje zdravie. V súvislosti s posledným sledovaným znakom – vzdelaním respondentov boli stanovené hypotézy:

H0: Vzdelanie nemá vplyv na dosiahnuté skóre v problematike domény 3.

H1: Vzdelanie má vplyv na dosiahnuté skóre v problematike domény 3.

Na overenie hypotéz bola použitá funkcia ANOVA pre štyri súbory na hladine 0,05. výsledky testu sú uvedené v tabuľke 9.

Tabuľka 9: ANOVA – single factor

Skupiny		Počet	Súčet	Priemer		Rozptyl
Základné vzdelanie		41	2206,667	53,82114		220,8672
Stredoškolské vzdelanie s maturitou		165	10093,33	61,17172		199,4317
Stredoškolské vzdelanie bez maturity		84	5020	59,7619		215,7391
Vysokoškolské vzdelanie		101	6620	65,54455		245,3949
Zdroj variácií	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Medzi skupinami	4312,298	3	1437,433	6,623456	0,000226	2,627968
V rámci skupín	83987,33	387	217,0215	H1		
Celkom						
Zdroj variácií	88299,63	390				

Na základe hodnôt testu odporúčame prijatie alternatívnej hypotézy H1. Vzdelanie je štatisticky významným faktorom v aktívnej starostlivosti o svoje zdravie.

Aktívna starostlivosť o svoje zdravie je treťou z deviatich domén meracieho nástroja HLQ a skúma ju päť položiek. U respondentov sme pri využití tohto hodnotiaceho nástroja zaznamenali priemerné skóre na úrovni 2,84 z maximálnej možnej hodnoty 4. Najnižšie skóre 2,75 bolo dosiahnuté v položke zameranej na trávenie dostatočného času aktívnou starostlivosťou o svoje zdravie a najvyššie skóre 2,88 bolo zaznamenané v položke: napriek ostatným veciam v mojom živote si stále nájdem čas na starostlivosť o moje zdravie. Nízka úroveň domény 3 znamená, že ľudia neberú svoje zdravie ako svoju zodpovednosť, čím nedbajú na starostlivosť o svoje zdravie. V prípade vysokej úrovne domény 3 ľudia uznávajú dôležitosť zdravia a sú schopní prevziať zodpovednosť za svoje zdravie. Aktívne sa zapájajú do starostlivosti o svoje zdravie a robia rozhodnutia o zdraví. Zdravie je pre nich prioritou (Čepová a kol., 2017; Osborne et al., 2013).

Štatistickými metódami ANOVA, Chí-kvadrát test a t-test dvoch stredných hodnôt sme overovali vplyv veku, pohlavia, bydliska a vzdelania respondentov na skóre dosiahnuté v doméne 3. Ako štatisticky významné faktory v aktívnej starostlivosti o svoje zdravie sa v našom výskumnom súbore potvrdili pohlavie, vzdelanie a bydlisko.

Rodrigues et al. (2025) realizovali výskum s využitím HLQ na vzorke 124 respondentov a oblasť „aktívna starostlivosť o zdravie“ vykazovala slabé stránky pre zdravotnú gramotnosť. Keďže súvisí so zodpovednosťou za vlastné zdravie a proaktívnym zapojením sa do vlastných rozhodnutí, autori pozorovali, že niektorí účastníci delegujú starostlivosť o svoje zdravie na členov rodiny, a zvyčajne si neplánujú intervencie na udržiavanie zdravia a nestanovujú si ciele v oblasti zdravia a kondície.

Artérová hypertenzia je chronické ochorenie vyžadujúce aktívny prístup pacienta, ktorý závisí aj od úrovne zdravotnej gramotnosti. Jej nízka úroveň odráža ťažkosti s pochopením a spracovaním zdravotných informácií, čo môže mať priamy vplyv na terapiu hypertenzie. Cangussú et al. (2022) vo svojej štúdii na vzorke 105 pacientov s artérovou hypertenziou uvádzajú, že 60 % respondentov nepreukázalo dostatočnú zdravotnú gramotnosť. Zistili, že faktory ako zvyšujúci sa vek, nižšia ekonomická úroveň a nižšie vzdelanie boli spojené s nižšou úrovňou zdravotnej gramotnosti.

Aktívna starostlivosť o zdravie úzko súvisí so starostlivosťou o seba. WHO (2025) charakterizuje starostlivosť o seba ako schopnosť jednotlivcov, rodín a komunit podporovať a udržiavať si vlastné zdravie, predchádzať chorobám a zvládať choroby – s podporou alebo bez podpory zdravotníckeho pracovníka alebo opatrovateľa.

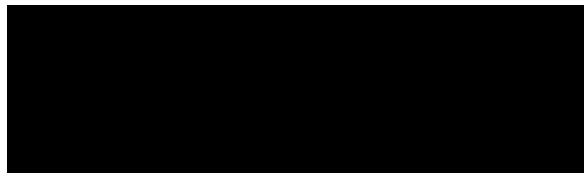
ZÁVER

Aktívna starostlivosť o vlastné zdravie je neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej gramotnosti a predstavuje dôležitý predpoklad kvalitného a plnohodnotného života. Človek, ktorý rozumie základným princípom zdravia, dokáže vyhľadávať, posudzovať a využívať zdravotné informácie v každodennom živote, je lepšie pripravený prijímať zodpovedné rozhodnutia týkajúce sa prevencie, životného štýlu aj využívania zdravotnej starostlivosti. Aktívny prístup k zdraviu neznamena len reagovať na vzniknuté ochorenia, ale najmä predchádzať im prostredníctvom zdravých návykov, pravidelnej prevencie a uvedomelého správania. Posilňovanie zdravotnej gramotnosti tak prispieva nielen k lepšiemu zdraviu jednotlivca, ale aj k udržateľnosti celého zdravotníckeho systému a ku zvyšovaniu kvality života v spoločnosti. Významnú pozíciu v podpore aktívnej starostlivosti o svoje zdravie u ľudí majú zdravotnícki pracovníci a osobitne sestry. V tejto oblasti je možné využiť aj metodickú príručku so zameraním na komunikačné nástroje vydanú WHO (2025) pre oblasť intervencií starostlivosti o seba pre zdravie a pohodu.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BASTABLE, S. B. 2023. *Nurse as Educator. Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. Burlington: Jones&Bartlett Learning, 2023, p. 725. ISBN 978-1-284-22927-1.
- [2] CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). 2024. *Understanding Health Literacy*. 2024. [online]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/health-literacy/php/about/understanding.html>.
- [3] ČEPOVÁ, E., KOLARČIK, P., MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. 2017. Zdravotná gramotnosť, metóda ako zlepšiť zdravie populácie a jej využitie vo verejnom zdravotníctve. In: *Zdravotníctvo a sociálna práca*. [online]. Vol. 12, 2017, No 1: 24–32. ISSN 1336-9326. Dostupné z: https://coherentsite.files.wordpress.com/2016/06/cepova_2017_28-36.pdf.
- [4] OSBORNE, H. 2018. *Health Literacy From A to Z*. New York: Aviva Publishing, 2018. ISBN 978-1-947937-13-0.
- [5] OSBORNE, R. H., BATTERHAM, R. W., ELSWORTH, G. R., HAWKINS, M., BUCHBINDER, R. 2013. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). In: *BMC Public Health*. [online]. 2013(1): pp. 1-17. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-658>.
- [6] PARNELL, T. A. 2015. *Health Literacy in Nursing*. New York: Springer, 2015, p. 302. ISBN 978-0-8261-6172-7.
- [7] RODRIGUES, F. O., ROMERO, M. P., COLET, C. F., SANGOI, K. C. M., KUNKEL, G. K., THUM, C., et al. 2025. *Health literacy from the perspective of people with cardiovascular diseases: a study of mixed methods*. Cogitare Enferm [online]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e97999en. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.97999en>.
- [8] CANGUSSÚ, LR, SARTORI ALHO, EA, SILVA, AL, FONSÊCA, DV, LOPES, JM, BARBOSA, RHA, LOPES, MR. 2022. *Low health literacy and quality of life in patients with systemic arterial hypertension*. Dialogues Health. 2022 Aug 12;1:100036. doi: 10.1016/j.dialog.2022.100036. PMID: 38515897; PMCID: PMC10953978.
- [9] WHO. 2025. *Self-care interventions for health and well-being Communications Toolkit 2025*. [online]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/m/item/self-care-interventions-for-health-and-well-being--communications-toolkit-2025>.

HEALTH LITERACY FROM THE ASPECT OF ACTIVE CARE OF ONE'S HEALTH



ABSTRACT

Health literacy is the ability to obtain, read, understand and use health information so that a person can make the right decisions about their health. It also includes active health care. We investigated this area using the Slovak version of the standardized measurement tool Health Literacy Questionnaire (HLQ) based on the HLQ™ license agreement. Active health care represents the third domain out of nine HLQ domains. The aim of the research was to determine the scores of the scales in individual domains of health literacy in patients with arterial hypertension, and this paper presents partial results focusing on Domain 3: Active health care. The research group consisted of 391 respondents with arterial hypertension aged 20 to 88 years. The overall average score in domain 3 was 2.84 out of a maximum score of 4. The lowest score of 2.75 was achieved in the item focused on spending enough time actively taking care of one's health and the highest score of 2.88 was recorded in the item: despite other things in my life, I still find time to take care of my health. Using the statistical methods ANOVA, Chi-square test and t-test of two means, we verified the influence of the respondents' age, gender, residence and education on the score achieved in domain 3. Gender, education and residence were confirmed as statistically significant factors in active care of one's health in our research set.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.,
MPH, MBA
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: mariana.magerciakova@ku.sk

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: katarina.zrubakova@ku.sk

PhDr. Marcela Ižová, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail : marcela.izova@ku.sk

PhDr. Mária Novysedláková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: maria.novysedlakova@ku.sk

KEYWORDS:

Actively taking care of my health. Health Literacy Questionnaire (HLQ). Health literacy. Research. KEGA project.

PERSPEKTIVY IT ODBORNÍKŮ NA VYUŽITÍ AI V SOCIÁLNÍ PRÁCI

KRISTÝNA HELLEROVÁ
DAVID URBAN
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Zdravotná gramotnost je schopnost získávat, Článek se zabývá perspektivou odborníků z oblasti informačních technologií na využití umělé inteligence (AI) v sociální práci. Cílem je porozumět tomu, jak IT specialisté vnímají přínosy, rizika a etické otázky spojené s implementací AI do pomáhajících profesí a zda vnímají prostor pro mezioborovou spolupráci. Výzkum byl realizován kvalitativní metodou prostřednictvím tří polostrukturovaných rozhovorů, které byly analyzovány pomocí tematické analýzy. Získaná data ukazují, že odborníci považují AI za užitečný podpůrný nástroj, který může zefektivnit administrativní a analytické procesy, avšak zdůrazňují nezastupitelnou roli lidského rozhodování a etické odpovědnosti. Klíčovými tématy se staly otázky transparentnosti, ochrany dat, legislativních limitů a nedostatku komunikace mezi IT a sociálními obory. Výsledky potvrzují, že úspěšná implementace AI v sociální práci je podmíněna vzájemným porozuměním, vzděláváním pracovníků a rozvojem etických rámců reflektujících hodnoty oboru. Studie přispívá k diskuzi o interdisciplinárním dialogu mezi technickými a sociálními vědami a poukazuje na potřebu metodické podpory a jasně definovaných standardů pro využívání AI v sociálních službách. Závěrem zdůrazňuje, že umělá inteligence může být přínosem pouze tehdy, pokud zůstane prostředkem, nikoli cílem, sociální práce.

KLÍČOVÁ SLOVA:

etika umělé inteligence; interdisciplinární spolupráce; informační technologie; sociální práce; umělá inteligence; vzdělávání sociálních pracovníků; využití technologií

ÚVOD

Rychlý nástup technologií v posledních letech přináší nové otázky nejen do oblasti informatiky, ale i do pomáhajících profesí. Umělá inteligence (AI) začíná pronikat i do sociální práce, která tradičně stojí na mezilidském kontaktu, empatii a hodnotách pomoci. Tento posun otevírá prostor pro spolupráci dvou dosud poměrně vzdálených světů – informačních technologií a sociálních věd. Zatímco IT odborníci sledují možnosti technického rozvoje a efektivitu, sociální pracovníci upozorňují na potřebu etiky, důvěry a ochrany lidské důstojnosti.

Článek se zaměřuje na pohled IT specialistů na využití umělé inteligence v sociální oblasti. Cílem je zachytit, jak tito odborníci vnímají potenciál, rizika a limity AI v kontextu sociálních služeb, a zda podle nich existuje prostor pro hlubší spolupráci mezi technologickým a sociálním sektorem. Zjištění vycházejí z kvalitativní analýzy tří rozhovorů s IT profesionály, kteří mají zkušenost s vývojem nebo aplikací technologií relevantních pro oblast sociální práce.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

AI V SOCIÁLNÍ PRÁCI

Umělá inteligence (AI) je v současné době považována za jednu z nejvýznamnějších technologických inovací s potenciálem zásadně proměnit výkon sociální práce. Její rozvoj přináší nové možnosti pro analýzu dat, rozhodovací procesy i poskytování podpory klientům, avšak zároveň otevírá otázky etiky, profesionality a lidskosti v pomáhajících profesích (Reamer, 2023). AI může rozšiřovat kompetence sociálních pracovníků, napomáhat efektivnějšímu vyhledávání informací, či poskytovat prediktivní modely pro prevenci krizových situací, ale její využití musí zůstat v souladu s hodnotami oboru, které kladou důraz na respekt, důstojnost a empatii (Floridi et al., 2020).

Linnemann, Löhe a Rottkemper (2023) upozorňují, že integrace AI do sociální práce by měla být chápána z hlediska akční teorie a teorií mediální interakce, které umožňují vnímat technologii nikoli jako náhradu lidské činnosti, ale jako doplněk podporující sociální vztahy. Tento přístup navazuje na koncept „AI for Social Good“, který zdůrazňuje využití umělé inteligence pro podporu společenského blaha (Taddeo a Floridi, 2018). Podle Floridiho et al., (2020) lze umělou inteligenci považovat za přínosnou pro společenské dobro pouze tehdy, pokud je navrhována a využívána s ohledem na etické a společenské faktory, jako jsou transparentnost, spravedlnost, ochrana soukromí, udržitelnost a odpovědnost vůči lidem, kterých se její dopady týkají. Zároveň však existuje riziko, že technologické nástroje začnou ovlivňovat základní etické principy profese, zejména v souvislosti s možným algoritmickým zkreslením a ztrátou spravedlivého přístupu (Fazelpour a Danks, 2021). Fazelpour a Danks (2021) upozorňují na problematiku algoritmického zkreslení, které může vést k reprodukci či posílení existujících sociálních nerovností. Tyto jevy jsou zvláště citlivé v oblasti sociálních služeb, kde nesprávná interpretace dat může mít přímé

dopady na rozhodování o osudech klientů. Başıllar, Karataş a Pak Güre (2022) proto zdůrazňují potřebu vytvářet regulační rámce, které zajistí, že systémy umělé inteligence budou používány pouze jako podpůrné nástroje pod lidským dohledem. Markovič (2024) v této souvislosti poukazuje na širší sociální kontext využívání AI, zejména na existenci tzv. digitální propasti, která ovlivňuje nejen klienty, ale i samotné pracovníky. Nedostatečná technologická gramotnost a omezený přístup k nástrojům AI mohou vést k novým formám vyloučení.

Etické otázky AI v sociální práci proto nelze oddělit od širších společenských souvislostí. Podle Reamera (2018) by měly být nové technologie posuzovány z hlediska profesních standardů a ochrany práv klientů. Hodgson a kol. (2022) doplňují, že vzdělávání v oblasti umělé inteligence by se mělo stát součástí profesní přípravy sociálních pracovníků, aby dokázali rozpoznat limity a rizika spojená s automatizací rozhodovacích procesů. Na tuto perspektivu navazují i další autoři, kteří se shodují, že AI má být chápána především jako podpůrný nástroj – nikoli jako prostředek nahrazující lidský úsudek či etické rozhodování. Přestože může přinášet vyšší efektivitu a přesnost, její implementace musí být vždy spojena s profesním dohledem, vzděláváním pracovníků a transparentním vyhodnocováním dopadů. Umělá inteligence se tak stává nejen technickou, ale i eticko-sociální výzvou, která prověřuje schopnost oboru reagovat na nové formy digitalizace a zároveň zachovat jeho humanistické jádro (Taddeo a Floridi, 2018; Reamer, 2023; Markovič, 2024).

INTERDISCIPLINÁRNÍ DIALOG MEZI IT A SOCIÁLNÍ PRACÍ JAKO PŘEDPOKLAD ETICKÉHO VYUŽITÍ AI

Rozvoj umělé inteligence (AI) v oblasti sociální práce ukazuje, že propojení technologických a sociálních disciplín je nezbytné pro etické a efektivní využívání těchto nástrojů. Výzkumy poukazují na potřebu úzké spolupráce mezi odborníky z oblasti informačních technologií a sociálních věd, aby byly při návrhu a implementaci AI systémů zohledněny jak technické možnosti, tak profesní hodnoty, potřeby klientů a specifika sociální práce (Flügge et al., 2021; Meilvang, 2023). Zatímco sociální práce klade důraz na lidské vztahy, důvěru a etické principy pomáhajících profesí, rozvoj digitálních technologií přináší nové požadavky na spolupráci mezi sociálními pracovníky a odborníky na technologie. Tento vývoj vyžaduje úzkou interdisciplinární spolupráci, která zajistí, že nástroje AI budou skutečně sloužit potřebám klientů a budou v souladu s hodnotami sociální práce (Afrouz & Lucas, 2023). V několika studiích je zdůrazněno, že k etickému využívání AI je nutná interdisciplinární koordinace již ve fázi návrhu a vývoje systémů. Tomašev et al., (2020) upozorňují, že projekty označované jako *AI for Social Good* dosahují skutečného dopadu pouze tehdy, pokud jsou do jejich vývoje zapojeni tzv. application-domain experts, tedy odborníci z praxe, kteří rozumějí specifickému kontextu dané oblasti. V podmínkách sociální práce mohou tuto roli zastávat například sociální pracovníci, psychologové či pedagogové, jejichž znalost sociálních procesů a potřeb uživatelů přispívá nejen k technické přesnosti, ale především k etické odpovědnosti celého systému.

Z hlediska profesní praxe sociálních pracovníků představuje výzvu především rozdílné chápání role technologií. Meilvang (2023) ukazuje, že AI může být vnímána jako ohrožení profesní autonomie, pokud není implementována s ohledem na hodnoty oboru. Naopak, při otevřené spolupráci s technologickými partnery může AI přispět k podpoře profesní praxe a rozšířit možnosti práce s informacemi a rozhodovacími procesy. V obdobném duchu argumentují Tsang, Mo, Cheung a Wong (2022), kteří zjistili, že digitální nástroje mohou být přijímány pozitivně, pokud jsou doprovázeny jasnými etickými standardy a školením pracovníků.

Klíčovým prvkem interdisciplinární spolupráce je rovněž vzdělávání. Výzkumy ukazují, že mnozí sociální pracovníci postrádají digitální a technické kompetence potřebné k efektivnímu využívání systémů umělé inteligence, zatímco vývoj a implementace těchto technologií vyžaduje úzkou spolupráci technických odborníků se sociálními pracovníky, aby byly zohledněny etické, organizační a sociální aspekty praxe (Kajiita & Kang'ethe, 2025; Fiorini et al., 2022). Nedostatečná vzájemná znalost oborů se tak stává překážkou při zavádění nových technologií. Parti a Szigeti (2021) hovoří o potřebě sdílených vzdělávacích a výzkumných platforem, které umožní obousměrný přenos znalostí mezi datovými vědci a odborníky ze sociální sféry. Z pohledu praxe se interdisciplinární přístup osvědčuje zejména při tvorbě etických rámců. Novitzky, Janssen a Kokkeler (2023) dokládají, že při vývoji AI nástrojů pro citlivé oblasti sociální praxe, jako je řešení domácího násilí, je nezbytná spolupráce právníků, sociálních pracovníků, technologů i bezpečnostních složek. Teprve tato interdisciplinarita umožňuje, aby výsledné systémy respektovaly etické požadavky a kulturní specifika situací, v nichž jsou nasazeny. Zapojení více oborů vede k lepší kontrole algoritmické zaujatosti a pomáhá odhalovat sociální nerovnosti, které mohou technologie nechtěně reprodukovat. Wilkerson et al. (2020) k tomu dodávají, že zkušenosti z oblasti telebehaviorálních služeb během pandemie ukázaly, že právě týmy kombinující technické a sociální odborníky dokázaly reagovat nejefektivněji a eticky nejcitlivěji.

Závěrem tedy lze říci, že interdisciplinární dialog mezi IT a sociálními obory není pouze akademickou výzvou, ale praktickou nutností. Jen prostřednictvím vzájemného respektu, sdíleného vzdělávání a společného etického rámce lze zajistit, aby umělá inteligence ve skutečnosti posilovala, nikoli oslabovala, lidský rozměr sociální práce (Tomašev et al., 2020; Afrouz & Lucas, 2023; Meilvang, 2023).

METODOLOGIE

Výzkum byl koncipován jako kvalitativní, explorativní studie, jejímž cílem bylo porozumět tomu, jak odborníci z oblasti informačních technologií vnímají využívání umělé inteligence v sociální práci. Zvolený přístup umožňuje zachytit hloubku individuálních zkušeností a významů, které by kvantitativní design nedokázal postihnout.

Účastníky byli tři IT specialisté, vybraní záměrným výběrem (purposive sampling). Kritérii zařazení byly přímá nebo odborná zkušenost s vývojem či aplikací technologií

v kontextu relevantním pro sociální oblast a ochota participovat na výzkumu. Respondenti reprezentovali různé typy profesních pozic a institucí. Malý počet respondentů odpovídá povaze kvalitativního výzkumu zaměřeného na hloubkovou exploraci — cílem nebylo zobecnění, ale porozumění perspektivám odborníků reprezentujících rozdílné typy institucí i profesních pozic. V tomto typu designu je důraz kladen na kvalitu a obsah dat, nikoli na počet účastníků. Tři rozhovory byly v rámci tohoto explorativního záměru vyhodnoceny jako dostačující pro dosažení dílčí tematické saturace, tedy opakování klíčových významových vzorců napříč výpověďmi.

Data byla shromážděna prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů vedených podle předem připraveného okruhu otázek zaměřených na tři hlavní oblasti: (1) zkušenosti s technologiemi a AI v sociální sféře (např. „Kde podle vás spočívá hlavní potenciál využití AI v oblasti péče o člověka?“), (2) vnímané bariéry a příležitosti interdisciplinární spolupráce (např. „Existuje dostatečný dialog mezi technologickou a humanitní sférou?“) a (3) etické aspekty spojené s technologizací pomáhajících profesí (např. „Jaké otázky považujete za klíčové z pohledu etiky při nasazování AI v rozhodovacích procesech?“).

Data byla analyzována pomocí tematické analýzy. Postup zahrnoval fáze seznámení s daty, otevřeného kódování, identifikace a revize témat, jejich pojmenování a interpretaci. Kódování prováděla první autorka. Průběh analýzy byl průběžně reflektován s ohledem na konzistenci interpretace a soulad s výzkumným záměrem. Výsledné tematické kategorie byly dále interpretovány v kontextu relevantní literatury, především v oblastech etiky, digitalizace a profesní identity sociální práce. Z etického hlediska byli všichni účastníci předem informováni o cíli výzkumu a způsobu nakládání s daty. Poskytli informovaný souhlas a byli plně anonymizováni. Citace byly při prezentaci výsledků upraveny tak, aby nebylo možné zpětně identifikovat konkrétní osoby či organizace.

VÝSLEDKY

Analýza rozhovorů s IT odborníky identifikovala pět hlavních tematických oblastí, které se opakovaně vynořovaly napříč výpověďmi respondentů. Tato témata reflektují nejen technické aspekty využití AI v sociální práci, ale především hodnotové rámce, které určují vnímání jejího potenciálu a limitů. Výsledky jsou prezentovány v tematických celcích, doplněných o ilustrativní citace a propojeny s širším kontextem výzkumu.

AI JAKO NÁSTROJ EFEKTIVITY A PODPORY ROZHODOVÁNÍ

Respondenti vnímali AI především jako podpůrný nástroj, který může zefektivnit rutinní úkony a odlehčit odborníkům od administrativních činností. Zmiňována byla především schopnost systémů AI analyzovat velké množství dat, sumarizovat informace či

třídít podání. AI tak podle odborníků umožňuje pracovníkům zaměřit se na komplexnější případy a přímou práci s klientem.

„Největší potenciál vidím v odlehčení lidí od administrativy. Díky tomu se mohou pracovníci více věnovat osobnímu kontaktu.“ (Respondent B)

Zároveň však bylo zdůrazněno, že AI nemá nahradit lidské rozhodování, ale pouze ho doplňovat tam, kde to dává smysl a nezasahuje do oblasti lidské empatie.

ETICKÁ A LIDSKÁ DIMENZE: RIZIKO ZTRÁTY EMPATIE A MANIPULACE

V ýznamné obavy se týkaly etické roviny zavádění AI do oblastí, kde je klíčová lidskost a citlivý přístup. Respondenti se opakovaně vymezovali vůči představě, že by AI mohla samostatně činit rozhodnutí, která ovlivňují životní situaci klienta, bez odpovědnosti člověka. Kritizována byla možnost psychologické manipulace ze strany AI systémů, které se učí na základě uživatelských dat, ale nedisponují schopností reflektovat morální kontext.

„AI se tak naučí psychologické manipulaci a existuje riziko, že bude zneužívat své uživatele.“ (Respondent C)

„Empatie a slušné chování jsou na velkém ústupu samy o sobě a AI tento trend pravděpodobně jen zhorší.“ (Respondent C)

Někteří odborníci poukazovali i na nebezpečí ztráty lidského kontaktu a vztahovosti v pomáhajících profesích.

TECHNICKÉ PŘEKÁŽKY A LEGISLATIVNÍ NEJISTOTA

Dalším často zmiňovaným tématem byla nepřipravenost technické infrastruktury a nedostatečná legislativní opora pro zavádění AI v sociální práci. Respondenti upozornili na fragmentovanost softwarových systémů, absenci jednotných standardů a problém s interoperabilitou mezi platformami.

„Problémem může být současný technický stav software, který správy a tyto oblasti používají.“ (Respondent A)

Z hlediska ochrany dat bylo kritizováno, že některé modely AI vznikaly mimo legislativní rámce a bez informovaného souhlasu uživatelů, což podle respondentů staví jejich využívání na eticky problematický základ.

„Modely AI vznikly mimo legální rámec, uživatelé nedali souhlas.“ (Respondent C)

KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY MEZI IT A SOCIÁLNÍ SFÉROU

Významným tématem byla také nedostatečná komunikace mezi technologickou a humanitní sférou. Respondenti vnímali, že mezi vývojáři a odborníky z praxe často chybí společný jazyk a porozumění hodnotám druhé strany. Tento deficit může vést k neefektivnímu vývoji nástrojů, které nereflektují skutečné potřeby uživatelů v sociální práci.

„V zásadě neexistuje dialog... zlepšit by to mohla situace dnešní doby, která k tomu dává důvod.“ (Respondent A)

Zazněly i různé názory na způsob spolupráce – někteří preferovali přímý kontakt vývojářů s praxí, jiní zdůrazňovali potřebu zprostředkovaného řízení spolupráce, například přes projektové manažery.

DOPORUČENÍ A POTENCIÁL INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE

Respondenti formulovali řadu doporučení, která by podle jejich názoru mohla přispět ke smysluplnému a bezpečnému zavádění AI do sociální práce. Klíčové bylo zejména zapojení odborníků z praxe do vývoje nástrojů, důraz na vzdělávání pracovníků a důsledná ochrana dat. Zazněla rovněž potřeba legislativního ukotvení a možnosti klientů rozhodnout, zda chtějí být do systémů AI vůbec zahrnuti.

„Podmínkou je jasná pravidla ochrany dat a zodpovědnost člověka za výsledek.“ (Respondent B)

„Důsledně udělaná mezinárodní legislativa. Zajištění stejně kvalitní péče lidem, kteří si nepřejí, aby jejich data zpracovávala AI.“ (Respondent C)

Jako vhodné byly označeny především nástroje pro zpracování dat, automatizaci administrativy či komunikaci prostřednictvím chatbotů, pokud jsou přizpůsobeny konkrétním potřebám praxe.

Výsledky ukazují, že odborníci z oblasti informačních technologií vnímají AI jako nástroj s vysokým potenciálem pro podporu efektivity a racionalizaci procesů v sociální práci. Současně však výrazně akcentují rizika spojená s etickými dilematy, nedostatečnou legislativní ochranou a nedostatečnou mezioborovou komunikací. Konsenzuální se ukazuje být představa AI jako podpůrného nástroje, nikoli autonomního aktéra v rozhodovacích procesech. Všichni respondenti zdůrazňovali potřebu lidského dohledu, etické regulace a partnerské spolupráce mezi IT a sociální sférou.

DISKUSE

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že IT odborníci vnímají umělou inteligenci (AI) v sociální práci především jako nástroj podpory, který může zefektivnit rutinní činnosti a zlepšit rozhodovací procesy, nikoli jako prostředek nahrazující lidský úsudek. Podobný pohled potvrzují i zahraniční výzkumy. Kawakami et al. (2022) a Cheng et al. (2022) popsali, že pracovníci v oblasti ochrany dětí využívají systémy, jako je *Allegheny Family Screening Tool*, pouze jako doplňkový zdroj pro vyhodnocení rizik, přičemž konečné rozhodnutí zůstává v lidských rukou. Glasby et al. (2022) navíc ukazují, že senzorové technologie a algoritmické nástroje mohou významně přispět k plánování péče a řízení služeb, pokud jsou používány s vědomím svých limitů.

Z výpovědí respondentů i z literatury vyplývá, že klíčovým faktorem úspěšné integrace AI do sociální práce je zachování rovnováhy mezi efektivitou a lidskostí. Flügge et al. (2021) upozorňují, že v rozhodovacích procesech na „ulicích byrokracie“ může nadměrné spoléhání na algoritmy ohrozit kvalitu péče i důvěru klientů. Naopak transparentní a dobře navržené rozhraní mezi člověkem a systémem může spolupráci usnadnit a snížit riziko chyb (Kawakami et al., 2022; Cheng et al., 2022). V souladu s tím respondenti ve výzkumu zdůrazňovali, že AI má mít doplňující, nikoli dominantní roli.

Další významné téma představují organizační a technické bariéry. Glasby et al. (2022) a Gibbs et al. (2024) shodně konstatují, že nedostatečná digitální infrastruktura, nízká připravenost organizací a chybějící vedení změn výrazně brzdí adopci nových technologií. Murko et al. (2024) navíc doplňují, že bez jasného právního rámce a transparentních pravidel se důvěra pracovníků i veřejnosti v AI snižuje. Tyto závěry souzní s postřehy respondentů, kteří upozorňovali na legislativní nejistotu a obavy z úniku dat.

Ve všech sledovaných studiích se objevuje důraz na *lidský dohled* a etickou odpovědnost. Gillingham (2019) uvádí, že prediktivní algoritmy mohou být prospěšné pouze tehdy, jsou-li používány v kombinaci s odborným úsudkem a znalostí kontextu. Podobně Li et al. (2025) zdůrazňují potřebu metodologických rámců, které propojí technickou a sociální rovinu práce s klientem. Zajímavým doplněním je i poznatek Glasby et al. (2022), že zlepšení komunikace mezi vývojáři a uživateli může zvýšit kvalitu a přijatelnost nástrojů AI.

Napříč studiemi se rovněž ukazuje, že účinnost a dopady AI nejsou jednoznačné. Zatímco Murko et al. (2024) poukazují na zvýšení administrativní efektivity a rychlosti rozhodování, Kawakami et al. (2022) a Gibbs et al. (2024) upozorňují na riziko nadměrné závislosti na systémech a ztrátu profesní autonomie. Mnozí pracovníci zůstávají skeptičtí vůči doporučením AI, zejména pokud nerozumí principům, na nichž systémy fungují (Kawakami et al., 2022; Cheng et al., 2022). Nedostatek školení a omezené zapojení uživatelů do návrhu nástrojů tuto nedůvěru dále posilují (Jacobi & Christensen, 2022).

Celkově lze říci, že zjištění tohoto výzkumu odpovídají širším mezinárodním trendům: AI je vnímána jako užitečný, avšak potenciálně problematický nástroj, jehož zavedení vyžaduje nejen technické znalosti, ale i etickou reflexi a otevřený dialog mezi obory. Udržitelná integrace AI do sociální práce proto spočívá v rozvoji transparentních systémů, v zapojení pracovníků do vývoje a v podpoře vzdělávání, které propojí technologické a humanitní myšlení.

ZÁVĚR

Z rozhovorů s IT odborníky i z přehledu odborné literatury vyplývá, že umělá inteligence představuje pro sociální práci významný, avšak ambivalentní nástroj. Na jedné straně nabízí potenciál pro zvýšení efektivity, dostupnosti informací a lepší koordinaci služeb, na straně druhé otevírá otázky etické odpovědnosti, transparentnosti a dopadů na vztah mezi pracovníkem a klientem. Zásadním zjištěním této studie je, že technologie samy o sobě nejsou problémem – problémem je způsob jejich zavádění a nedostatek mezioborové komunikace, který často vede k nepochopení hodnot a cílů obou stran.

Diskuse ukázala, že klíčovým předpokladem pro etickou integraci AI do sociální práce je spolupráce IT a sociální sféry již ve fázi návrhu systémů. Zapojení odborníků z praxe, vývoj metodických rámců a kontinuální vzdělávání pracovníků se jeví jako nutná podmínka pro to, aby byla technologie skutečně ve službě člověka. Jak upozorňují i zahraniční výzkumy (Kawakami et al., 2022; Li et al., 2025; Gibbs et al., 2024), bez jasně vymezené odpovědnosti, důsledné etické reflexe a transparentní komunikace může AI reprodukovat stávající nerovnosti a oslabit důvěru ve veřejné instituce.

Tento výzkum potvrdil, že odborníci z oblasti IT chápou význam lidského dohledu a etických principů, ale současně upozorňují na potřebu systémového vedení a vzdělávací podpory. Z těchto poznatků vyplývá doporučení, aby sociální práce nadále rozvíjela vlastní rámec pro používání AI, založený na principech vysvětlitelnosti, odpovědnosti a respektu k lidské důstojnosti. Jen tak lze zajistit, že umělá inteligence nebude prostředkem automatizace lidskosti, ale jejím nástrojem.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] AFROUZ, R. a LUCAS, J. (2023). A systematic review of technology-mediated social work practice: Benefits, uncertainties, and future directions [online]. *Journal of Social Work*. [cit. 20. 10. 2025]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/14680173231165926>
- [2] BAŞCILLAR, M., KARATAŞ, M. a PAK GÜRE, M. D. (2022). Social algorithms in the digital age: Artificial intelligence and social work [online]. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. [cit. 19. 10. 2025]. Dostupné z: <https://doi.org/10.21560/spcd.vi.1081060>
- [3] CHENG, H., et al. (2022). How child welfare workers reduce racial disparities in algorithmic decisions [online]. *Proceedings of the International Conference on Human Factors in Computing Systems*. [cit. 20. 10. 2025]. DOI: 10.1145/3491102.3501831
- [4] FAZELPOUR, S. a DANKS, D. (2021). Algorithmic bias: Senses, sources, solutions [online]. *Philosophy Compass*. [cit. 22. 10. 2025]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/phc3.12760>
- [5] FIORINI, L. et al. (2022). Can assistive technology support social services during COVID-19 emergency? Barriers and opportunities [online]. *International Journal on Interactive Design and Manufacturing (IJDeM)*. [cit. 18. 10. 2025]. Dostupné z: 10.1007/s12008-021-00836-3
- [6] FLORIDI, L., COWLS, J., KING, T. a TADDEO, M. (2020). How to design AI for social good: Seven essential factors [online]. *Science and Engineering Ethics*, 26, 1771–1796. [cit. 18. 10. 2025]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11948-020-00213-5>
- [7] FLÜGGE, A. W. A., HILDEBRANDT, T. T. a MØLLER, N. H. (2021). Street-level algorithms and AI in bureaucratic decision-making [online]. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*. [cit. 16. 10. 2025]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1145/3449114>
- [8] GIBBS, D. J., et al. (2024). Implementing algorithmic decision-making tools in child welfare systems: Practitioner perspectives on use and usefulness [online]. *Journal of Technology in Human Services*. [cit. 15. 10. 2025]. DOI: 10.1080/15228835.2024.2402982
- [9] GILLINGHAM, P. (2019). Can predictive algorithms assist decision-making in social work with children and families? [online]. *Child Abuse Review*. [cit. 18. 10. 2025]. DOI: 10.1002/CAR.2547
- [10] GLASBY, J., et al. (2022). New and emerging technology for adult social care: The example of home sensors with artificial intelligence (AI) technology [online]. *Health and Social Care Delivery Research*. [cit. 19. 10. 2025]. DOI: 10.3310/hsdr-tr-134314
- [11] HODGSON, D., et al. (2022). Problematising artificial intelligence in social work education: Challenges, issues and possibilities [online]. *British Journal of Social Work*. [cit. 15. 10. 2025]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab168>
- [12] JACOBI, C. a CHRISTENSEN, M. (2022). Functions, utilities and limitations: A scoping study of decision support algorithms in social work [online]. *Journal of Evidence-Based Social Work*. [cit. 18. 10. 2025]. DOI: 10.1080/26408066.2022.2159777

- [13] KAJIITA, R. a KANG'ETHE, S. (2025). Accelerators and inhibitors of artificial intelligence uptake in South Africa: Implication for social service professional training and practice [online]. *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*. [cit. 22. 10. 2025]. Dostupné z: <https://doi.org/10.26803/ijlter.24.3.7>
- [14] KAWAKAMI, A. et al. (2022). Improving human-AI partnerships in child welfare: Understanding worker practices, challenges and desires for algorithmic decision support [online]. *Proceedings of the International Conference on Human Factors in Computing Systems*. [cit. 20. 4. 2025]. DOI: 10.1145/3491102.3517439
- [15] LI, L., WANG, M. a JIAN, M. (2025). Artificial intelligence-assisted case management in social work services: A systematic review [online]. *Research on Social Work Practice*. [cit. 21. 10. 2025]. DOI: 10.1177/10497315251329531
- [16] LINNEMANN, G., LÖHE, J. a ROTTKEMPER, B. (2023). Bedeutung von Künstlicher Intelligenz in der Sozialen Arbeit [online]. *Soziale Passagen*. [cit. 15. 10. 2025]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s12592-023-00455-7>
- [17] MARKOVIČ, D. (2024). Current options and limits of digital technologies and artificial intelligence in social work [online]. *SHS Web of Conferences*. [cit. 18. 10. 2025]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1051/shsconf/202418405003>
- [18] MEILVANG, M. L. (2023). Working the boundaries of social work: Artificial intelligence and the profession of social work [online]. *Professions and Professionalism*. [cit. 25. 4. 2025]. Dostupné z: 10.7577/pp.5108
- [19] MURKO, E., BABŠEK, M. a ARISTOVNIK, A. (2024). Artificial intelligence and public governance models in socioeconomic welfare: Some insights from Slovenia [online]. *Administrativna in Management Publica*. [cit. 22. 10. 2025]. DOI: 10.24818/amp/2024.43-03
- [20] NOVITZKY, P., JANSSEN, J. a KOKKELER, B. (2023). A systematic review of ethical challenges and opportunities of addressing domestic violence with AI-technologies and online tools [online]. *Heliyon*. [cit. 18. 10. 2025]. DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e17140
- [21] PARTI, K. a SZIGETI, A. (2021). The future of interdisciplinary research in the digital era: Obstacles and perspectives of collaboration in social and data sciences – an empirical study [online]. *Cogent Social Sciences*. [cit. 20. 10. 2025]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/23311886.2021.1970880>
- [22] REAMER, F. G. (2018). Ethical standards for social workers' use of technology: Emerging consensus [online]. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 15(2), 71–80. [cit. 20. 10. 2025]. Dostupné z: <https://www.jswve.org/wp-content/uploads/2018/12/10-015-210-JSWVE-2018.pdf>
- [23] REAMER, F. G. (2023). Artificial intelligence in social work: Emerging ethical issues [online]. *International Journal of Social Work Values and Ethics*, 20(2), 52–71. [cit. 21. 10. 2025]. Dostupné z: <https://jswve.org/volume-20/issue-2/item-05/>
- [24] TADDEO, M. a FLORIDI, L. (2018). How AI can be a force for good [online]. *Science*, 361(6404), 751–752. [cit. 15. 10. 2025]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1126/science.aat5991>

- [25] TOMAŠEV, N., et al. (2020). AI for social good: Unlocking the opportunity for positive impact [online]. *Nature Communications*, 11(1), 2468. [cit. 15. 10. 2025]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/s41467-020-15871-z>
- [26] TSANG, W., et al. (2022). Social workers' acceptance of information and communication technology (ICT) in practice during COVID-19: Search for embracing ethical considerations in Hong Kong [online]. *Journal of Social Service Research*, 48(4), 633-546. [cit. 18. 10. 2025]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1080/01488376.2022.2100562>
- [27] WILKERSON, D. A., et al. (2020). Telebehavioral practice basics for social worker educators and clinicians responding to COVID-19 [online]. *Social Work Education*, 39(8), 1137–1145. [cit. 17. 10. 2025]. DOI: 10.1080/02615479.2020.1807926

IT SPECIALISTS' PERSPECTIVES ON THE USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN SOCIAL WORK

ABSTRACT

The article explores the perspectives of information technology (IT) professionals on the use of artificial intelligence (AI) in social work. The aim is to understand how IT specialists perceive the benefits, risks, and ethical challenges associated with the implementation of AI in helping professions, and whether they see opportunities for interdisciplinary cooperation. The research was conducted using a qualitative approach based on three semi-structured interviews analyzed through thematic analysis. The findings indicate that experts view AI as a useful supportive tool that can improve administrative and analytical processes, yet they emphasize the irreplaceable role of human judgment and ethical responsibility. The key themes include issues of transparency, data protection, legislative uncertainty, and the lack of communication between IT and social work sectors. The results confirm that the successful integration of AI into social work depends on mutual understanding, staff training, and the development of ethical frameworks reflecting the core values of the profession. The study contributes to the discussion on interdisciplinary dialogue between technical and social sciences and highlights the need for methodological support and clearly defined standards for AI use in social services. In conclusion, it emphasizes that artificial intelligence can be beneficial only if it remains a means—not the goal—of social work.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Kristýna Hellerová
Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra sociální a charitativní práce
Kněžská 8
370 01 České Budějovice 1
e-mail: hellek02@jcu.cz

doc. PhDr. David Urban, Ph.D.
Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra sociální a charitativní práce
Kněžská 8
370 01 České Budějovice 1
e-mail: durban@tf.jcu.cz

KEYWORDS:

artificial intelligence ethics; interdisciplinary collaboration; information technology; social work; artificial intelligence; social work education; technology use

BUDOVÁNÍ ZNAČKY ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ: DETERMINANTY SPOKOJENOSTI, DŮVĚRY A LOAJALITY PACIENTŮ – SYSTEMATICKÝ PŘEHLED EMPIRICKÝCH STUDII

ZBYNĚK STAVAR
PANEVROPSKÁ UNIVERZITA
ALENA HRICOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Cílem tohoto článku je na základě systematické literární rešerše a analýzy 34 empirických studií identifikovat hlavní faktory, které formují značku zdravotnických zařízení a ovlivňují spokojenost, důvěru a loajalitu pacientů. Rešerše probíhala v databázích Web of Science, Scopus, PubMed, ProQuest a EBSCOhost, doplněna o šedou literaturu z Google Scholar, a zahrnovala publikace z let 2010–2025. Text je metodologicky vymezen jako systematický přehled empirických studií s tematickou syntézou výsledků; nejde tedy o samostatnou scoping review ani o metaanalýzu. Výsledky ukazují, že klíčovými determinanty brand equity ve zdravotnictví jsou vnímaná kvalita péče, pozitivní patientská zkušenost, důvěra, interní branding a společenská odpovědnost, přičemž digitální komunikace nabývá na významu. Byly identifikovány i mezery ve výzkumu, zejména geografická nevyváženost, převaha kvantitativních studií a nedostatečné zkoumání dlouhodobých

efektů brandingů. Článek přináší praktická doporučení pro zdravotnické organizace a návrhy na směry budoucího výzkumu, které by mohly přispět k efektivnějším strategiím budování značky reflektujícím kulturní, technologické i sociální aspekty moderního zdravotnictví.

KLÍČOVÁ SLOVA:

značka zdravotnického zařízení,
spokojenost pacientů, důvěra,
loajalita, interní branding, společenská
odpovědnost, digitální komunikace,
systematická literární rešerše

ÚVOD

V prostředí moderního zdravotnictví nabývá značka zdravotnického zařízení strategického významu, který přesahuje rámec tradičního marketingu. Silná a důvěryhodná značka se stává klíčovým nástrojem pro budování vztahů s pacienty, zvyšování jejich spokojenosti a loajality a současně pro posilování reputace organizace. V globalizovaném a vysoce konkurenčním prostředí, kde pacienti disponují stále širšími možnostmi volby, představuje konzistence mezi „brand promise“ a reálnou zkušeností pacienta zásadní předpoklad dlouhodobé udržitelnosti a růstu zdravotnických zařízení.

Vnímání značky ve zdravotnictví přitom není výsledkem izolovaných marketingových aktivit, ale komplexní kombinací faktorů, zahrnujících kvalitu poskytované péče, úroveň odborné komunikace, interakci s personálem, důvěru, fyzické prostředí, digitální prezentaci i společenskou odpovědnost. Současné výzkumy potvrzují, že právě tyto aspekty se vzájemně ovlivňují a posilují, čímž vytvářejí hodnotu pro pacienta i instituci.

Cílem tohoto článku je na základě systematické literární rešerše a analýzy 34 empirických studií poskytnout ucelený přehled o faktorech formujících značku zdravotnických zařízení, identifikovat klíčové determinanty patientské spokojenosti, důvěry a loajality a poukázat na metodologické a geografické trendy současného výzkumu. Studie je koncipována jako systematický přehled empirických studií s tematickou syntézou poznatků. Pojem tematická syntéza zde označuje způsob analýzy a seskupení zjištění do hlavních tematických okruhů, nikoli samostatný typ přehledové studie. Zvláštní pozornost je věnována také významu interního branding, společenské odpovědnosti a digitální komunikace, které v posledních letech nabývají na významu v kontextu měnících se potřeb pacientů i zaměstnanců.

METODOLOGIE

Přehled empirických studií vznikl na základě systematické literární rešerše, jejímž cílem bylo identifikovat klíčové výzkumné práce zaměřené na vnímání značky zdravotnických zařízení, spokojenost pacientů, důvěru a související faktory ve zdravotnictví. Metodologicky jde o systematický přehled empirických studií doplněný tematickou syntézou výsledků. Označení scoping review proto není dále používáno, aby nedocházelo k záměně s odlišným typem přehledové studie, jehož primárním cílem bývá mapování rozsahu a povahy evidence. Vyhledávání probíhalo v databázích Web of Science, Scopus, PubMed, ProQuest a EBSCOhost. Doplnkově byl využit Google Scholar pro dohledání šedé literatury a novějších studií, které nemusely být indexovány ve všech hlavních databázích. Rešerše byla provedena převážně v angličtině, částečně i v češtině.

Vyhledávací strategie kombinovala tematické okruhy branding, zdravotnické zařízení a patientská zkušenost. Základní anglický vyhledávací řetězec měl podobu: ("hospital brand" OR "healthcare brand" OR "healthcare branding" OR "brand image" OR "brand equity" OR reputation) AND (hospital OR healthcare OR "healthcare institution")

OR "medical service") AND ("patient satisfaction" OR trust OR loyalty OR "patient experience" OR "revisit intention"). Pro české zdroje byly použity ekvivalentní kombinace: (značka OR branding OR image OR reputation) AND (nemocnice OR zdravotnické zařízení OR zdravotní služby) AND (spokojenost pacientů OR důvěra OR loajalita OR patientská zkušenost). Vyhledávání bylo omezeno na titul, abstrakt a klíčová slova, aby byla zvýšena tematická relevance nalezených záznamů.

Do přehledu byly zařazeny empirické kvantitativní, kvalitativní a smíšené studie, které se zabývaly vnímáním značky, image, důvěry, loajality, spokojenosti nebo reputation zdravotnických zařízení z pohledu pacientů, veřejnosti nebo zaměstnanců. Kritériem byla publikace v letech 2010–2025; pro teoretické ukotvení mohly být využity i starší zásadní práce. Vyloučeny byly texty zaměřené výhradně na komerční marketing mimo zdravotnictví, úzce technologické studie bez vazby na vnímání značky, publikace týkající se pouze farmaceutických produktů, duplicitní záznamy, nerecenzované texty bez ověřitelné metodologie a práce bez dostupného plného textu. Kvalita studií byla posuzována podle pěti kritérií: jasně formulovaný cíl výzkumu, adekvátnost výzkumného designu, transparentní popis souboru a sběru dat, srozumitelný způsob analýzy a relevance zjištění k problematice brandingů zdravotnických zařízení. Studie byly do finální syntézy zařazeny tehdy, pokud splňovaly tematickou relevanci a nevykazovaly zásadní metodologické nedostatky, které by znemožňovaly interpretaci výsledků.

Schéma 1: Postup výběru studií podle logiky PRISMA

Fáze výběru	Počet záznamů/studií	Popis kroku
Identifikace	přibližně 180	Záznamy nalezené v databázích Web of Science, Scopus, PubMed, ProQuest, EBSCOhost a doplňkově v Google Scholar.
Screening názvu a abstraktu	180	Odstranění duplicit a vyloučení zjevně nerelevantních textů podle tématu, období, jazyka a typu publikace.
Posouzení plného textu	57	Detailní čtení studií splňujících základní tematická a metodologická kritéria.
Vyloučeno po plném textu	23	Vyřazení studií s nedostatečnou relevancí, nejasnou metodologií, zaměřením mimo zdravotnická zařízení nebo bez dostupného plného textu.
Zařazeno do syntézy	34	Finální soubor empirických studií analyzovaný metodou tematické syntézy.

Zdroj: vlastní zpracování podle popsané rešeršní strategie

VÝSLEDKY A DISKUSE

Finální soubor 34 empirických studií, vybraných na základě systematické rešerše, nabízí ucelený přehled o faktorech, které ovlivňují vnímání značky zdravotnických zařízení, spokojenost pacientů, důvěru a loajalitu. Výsledky byly zpracovány tematickou syntézou: jednotlivá zjištění byla kódována podle hlavních determinant značky, následně seskupena do tematických okruhů a porovnána z hlediska metodologického a geografického kontextu. Tento postup umožnil identifikovat hlavní témata shrnutá v Tabulce 1 i oblasti, v nichž současná evidence vykazuje mezery.

1. BRAND IMAGE, VNÍMANÁ KVALITA A SPOKOJENOST PACIENTŮ

Brand image se ukázal jako jeden z nejdůležitějších faktorů, přítomný v devíti studiích. Kim et al. (2008) prokázali, že image nemocnice má přímý vliv na loajalitu a nepřímý vliv přes vnímanou kvalitu a spokojenost pacientů. Podobný vztah potvrdila i studie Özkoç (2020), kdy image působí jako prostředník mezi vnímanou kvalitou služeb a ochotou pacienta k opětovnému využití zařízení. Studie Wu (2011) rozšířila tento model o behaviorální intence, ukazující, že spokojenost zprostředkovává vliv image na budoucí chování pacientů.

Význam vnímané kvality (10 studií) dokládají výsledky Khalifa et al. (2017) v Egyptě i Brandão et al. (2023) v Portugalsku — v obou případech pacienti hodnotili nejen odbornou stránku péče, ale také fyzické prostředí, komunikaci a organizační zajištění. Ferreira et al. (2023) na základě systematického přehledu identifikovali mezi globálními determinanty kvality komunikaci zdravotníků, zapojení pacienta do rozhodování a organizační efektivitu. Spokojenost, která se objevuje v 17 studiích, byla klíčovou proměnnou například u Setyawan et al. (2020) v primární péči v Indonésii, kde pozitivní zkušenost vedla k vyšší loajalitě bez ohledu na věk či pohlaví pacientů. Asnawi et al. (2019) doplnili, že zkušenost pacienta přímo ovlivňuje jak image nemocnice, tak spokojenost, čímž se uzavírá kruh mezi kvalitou, image a loajalitou.

2. DŮVĚRA A LOAJALITA

Důvěra (10 studií) se ukázala jako zásadní prvek vztahového marketingu ve zdravotnictví. Liu et al. (2021) doložili, že spokojenost a důvěra společně predikují loajalitu, přičemž důvěra částečně zprostředkovává vliv spokojenosti. Khodadad Hosseini & Behboudi (2017) ukázali, že důvěra a image mají synergický vliv na spokojenost, což následně podporuje loajalitu. Aman-Ullah et al. (2023) doplnili dimenzi společenské odpovědnosti, kdy CSR aktivity posilují důvěru a tím i loajalitu pacientů. Loajalita (18 studií) byla vnímána dvojím způsobem. Chahal & Bala (2012) rozlišili attitudinální a behaviorální loajalitu — postojovou posiluje pozitivní zkušenost a vnímání odbornosti personálu, behaviorální se projevuje opakovaným využíváním služeb a doporučováním zařízení. Podobný závěr vyplývá i ze studie Hariyanti et al.

(2024), kde loajalita úzce souvisí s důvěrou a pozitivními zkušenostmi z tzv. „experiential marketingu“.

3. INTERNÍ BRANDING A DORUČOVÁNÍ „BRAND PROMISE“

Interní branding, analyzovaný ve třech studiích (Hytti et al., 2014; Xiong et al., 2023; Leijerholt et al., 2022), představuje proces, kdy zaměstnanci přebírají hodnoty značky a promítají je do každodenní praxe. Xiong et al. (2023) prokázali, že „brand-specific“ transformační leadership zvyšuje ochotu zaměstnanců podporovat značku. Leijerholt et al. (2022) doplnili, že interní komunikace v souladu s hodnotami značky vede k lepšímu doručování „brand promise“ směrem k pacientům. Nedostatečná implementace těchto principů může vést k nesouladu mezi očekáváním a skutečnou zkušeností pacienta.

4. SPOLEČENSKÁ ODPOVĚDNOST (CSR) A KOMUNITNÍ VZTAHY

Tři studie (Aman-Ullah et al., 2023; Rohini & Mahadevappa, 2010; Wu, 2022) potvrdily, že CSR aktivity — například podpora lokální komunity, environmentální projekty či zajištění rovného přístupu — zvyšují důvěru pacientů, což se promítá do jejich spokojenosti a loajality. Rohini & Mahadevappa (2010) navíc zjistili, že CSR projekty posilují i vnímání kvality péče a image zařízení.

5. DIGITÁLNÍ KOMUNIKACE A SOCIÁLNÍ MÉDIA

Pouze dvě studie (Razak et al., 2023; Raj et al., 2025) se věnovaly vlivu digitální komunikace a sociálních médií. Razak et al. (2023) uvádějí, že strategické využívání sociálních médií může zlepšit brand equity a finanční výsledky nemocnic, pokud je doprovázeno vysokou kvalitou péče. Raj et al. (2025) rozšířili téma o digitální interní komunikaci, která může zlepšit wellbeing zaměstnanců, ale také generovat „technostress“, pokud není správně řízena.

6. DALŠÍ DETERMINANTY BRAND EQUITY

Studie Fook et al. (2024) v kontextu zdravotního turismu prokázala, že reklama, image a důvěra významně ovlivňují záměr pacientů využít služeb daného zařízení. Kumar et al. (2018) akcentovali význam fyzického prostředí, atmosféry a přímé interakce s personálem pro zákaznickou zkušenost. Prakoeswa et al. (2022) shrnuli faktory loajality v pandemickém kontextu, kde kvalita péče a image hrály dominantní roli. Woo & Choi (2021) ve svém systematickém přehledu potvrdili, že pozitivní zkušenost pacienta zvyšuje pravděpodobnost opakované návštěvy. Keelson (2024) doplnil, že zapojení pacienta do péče zlepšuje vnímanou kvalitu a celkový wellbeing poskytovatele.

Tabulka 1: Klíčové determinanty značky zdravotnického zařízení a doporučené postupy

Faktor	Význam pro značku	Praktická doporučení
Vnímaná kvalita péče	Základní pilíř spokojenosti a loajality pacientů.	Pravidelné měření kvality, implementace standardů (ISO, akreditace), zpětná vazba od pacientů.
Komunikace a interakce s pacientem	Posiluje důvěru a pozitivní image.	Školení v měkkých dovednostech, individuální přístup, otevřená a srozumitelná komunikace.
Důvěra	Zvyšuje ochotu pacienta opakovaně využít služeb.	Transparentnost, etické chování, dodržování slibů („brand promise“).
Interní branding	Zaměstnanci přenášejí hodnoty značky na pacienta.	Zapojení zaměstnanců do tvorby značky, interní komunikace v souladu s hodnotami.
Společenská odpovědnost (CSR)	Posiluje reputaci a vztahy s komunitou.	Projekty zaměřené na lokální komunitu, udržitelnost a rovný přístup k péči.
Digitální komunikace	Ovlivňuje vnímání značky a dosahuje širšího publika.	Strategické využití sociálních sítí, online recenze, digitální nástroje pro pacienty.
Fyzické prostředí	Ovlivňuje první dojem a komfort pacienta.	Modernizace interiérů, čistota, snadná orientace v budově.

Zdroj: vlastní analýza

GEOGRAFICKÉ A METODOLOGICKÉ ROZLOŽENÍ

Nejvíce studií pochází z Asie — Indonésie (Setyawan et al., 2020; Asnawi et al., 2019; Irdan et al., 2024; Hariyanti et al., 2024), Číny (Liu et al., 2021; Xiong et al., 2023), Indie (Vimla et al., 2020; Raj et al., 2025), Pákistánu (Aman-Ullah et al., 2023; Hussain et al., 2025), Turecka (Özkoç, 2020), Malajsie (Fook et al., 2024) a dalších zemí. Evropa je zastoupena zejména studiemi z Portugalska (Brandão et al., 2023), Velké Británie (Punjaisri & Wilson, 2008), Skandinávie (Leijerholt et al., 2022) a Severní Makedonie (Ackovska et al., 2020). Afrika je zastoupena Ghanou (Keelson, 2024) a Blízký východ studiemi z Jordánska a Saúdské Arábie (Jameel et al., 2025; Al-Hasan et al., 2024). Latinská Amerika a subsaharská Afrika zůstávají téměř nepokryty. Metodologicky dominuje kvantitativní přístup, přibližně u 80 % studií, často využívající modelování strukturálních rovnic nebo regresní analýzu. Kvalitativní design se objevil pouze ve čtyřech studiích a longitudinální

výzkum prakticky chybí. Přestože současná evidence poskytuje poměrně ucelený pohled na faktory formující značku zdravotnických zařízení, analýza odhalila několik zásadních mezer ve výzkumu. Tyto nedostatky mohou omezovat komplexní porozumění problematice a zpomalovat aplikaci poznatků do praxe. Tabulka 2 shrnuje klíčové oblasti, které si zasluhují hlubší a systematictější pozornost vědecké komunity.

Tabulka 2: Identifikované mezery ve výzkumu a doporučení pro budoucí studie

Identifikovaná mezera	Popis problému	Doporučení pro budoucí výzkum
Geografická nevyváženost	Nedostatečné zastoupení studií z Latinské Ameriky a subsaharské Afriky.	Realizovat komparativní studie zahrnující tyto regiony, zohlednit kulturní specifika.
Převaha kvantitativních metod	80 % studií využívá kvantitativní přístup, málo kvalitativních a smíšených metod.	Rozšířit použití kvalitativních a mixed-methods designů pro hlubší pochopení kontextu.
Absence longitudinálních studií	Nedostatek dat o dlouhodobém vývoji značky a loajality pacientů.	Zavést longitudinální sledování pacientů a zdravotnických zařízení.
Omezené téma digitální komunikace	Pouze dvě studie se věnují vlivu digitální komunikace a sociálních médií.	Zkoumat roli online platforem, recenzí a digitálních nástrojů v budování značky.
Nedostatečné propojení s ESG a udržitelností	CSR je zkoumáno izolovaně, chybí širší rámec ESG (environmentální, sociální, governance) v kontextu zdravotnictví.	Integrovat ESG perspektivu do výzkumu brandingů a spokojenosti pacientů.
Chybějící pohled zaměstnanců	Většina studií se zaměřuje na pacienty, méně na vnímání značky ze strany personálu.	Provádět studie kombinující perspektivu pacientů i zaměstnanců.

Zdroj: vlastní analýza

Doplnění uvedených mezer by mohlo přispět nejen k teoretickému rozšíření poznání, ale také k tvorbě účinnějších brandingových strategií reflektujících kulturní specifika, technologické trendy a dlouhodobý vztah mezi zdravotnickým zařízením a jeho pacienty. Budoucí výzkum by proto měl usilovat o větší metodologickou rozmanitost, geografickou vyváženost a propojení s aktuálními tématy, jako je digitalizace zdravotnictví či principy ESG.

Analýza současné evidence ukazuje, že značka zdravotnického zařízení není výsledkem izolovaného marketingového úsilí, ale synergického působení celé řady faktorů — od vnímané kvality péče a odborné kompetence personálu přes komunikaci, fyzické prostředí a digitální prezentaci až po důvěru, loajalitu a společenskou odpovědnost. Klíčovým zjištěním je, že dlouhodobá hodnota značky vzniká především z konzistence mezi deklarovanými hodnotami a skutečnou patientskou zkušeností. Zdravotnická zařízení, která dokáží sladit interní branding s externím vnímáním, systematicky pracovat s důvěrou a aktivně zapojovat pacienty do péče, dosahují lepších výsledků v oblasti reputace i organizační udržitelnosti. Naopak podcenění těchto aspektů může vést k nesouladu mezi očekáváním a realitou, což se negativně promítá do spokojenosti i loajality pacientů. Závěry přehledu zároveň upozorňují na nedostatečné pokrytí některých oblastí výzkumu, zejména v geografickém kontextu Latinské Ameriky a subsaharské Afriky, na převahu kvantitativních metod a na absenci longitudinálních studií. Pro budoucí výzkum je proto žádoucí doplnit tyto mezery a více integrovat multidisciplinární přístupy, které lépe zachytí komplexnost a dynamiku budování značky ve zdravotnictví.

V praxi by měly být brandingové strategie zdravotnických zařízení pevně ukotveny v kvalitě poskytované péče, lidském přístupu a autentické komunikaci. Pouze tehdy mohou plnit roli nástroje, který posiluje důvěru, podporuje loajalitu a přináší dlouhodobý užitek pacientům i samotným organizacím.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ACKOVSKA, A., GROZDANOVA, A., STERJEV, Z., RIBARSKA, J. T. a NETKOVSKA, K. A. 2020. The role of branding in the healthcare system with special review to healthcare institutions. *Knowledge International Journal*, 41(3), s. 489–494.
- [2] ABDUL RAZAK, S., MD LATIP, N. A. a ADAM, A. 2023. Social media usage and its impact on brand equity among SMEs in Malaysia. *Journal of Academia*, 11, s. 148–160.
- [3] AMAN-ULLAH, A., ALI, A., MEHMOOD, W., FAREED, M. a AMAN-ULLAH, A. 2023. Corporate social responsibility and patient's intention to revisit: a serial mediation study witnessing the healthcare sector. *Environmental Science and Pollution Research*, 30(8), s. 22078–22088.
- [4] KHODADAD HOSSEINI, S. H. a BEHBOUDI, L. 2017. Brand trust and image: effects on customer satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(7), s. 580–590.
- [5] ASNAWI, A., AWANG, Z., AFTHANORHAN, A., MOHAMAD, M. a KARIM, F. J. M. S. L. 2019. The influence of hospital image and service quality on patients' satisfaction and loyalty. *Management Science Letters*, 9(6), s. 911–920.
- [6] BRANDÃO, A., PINHO, J. C. a RODRIGUES, A. P. 2023. Patient experience antecedents and consequences in medical-aesthetic services. *Journal of Service Research*, 26(1), s. 85–101. <https://doi.org/10.1177/23743735231160422>
- [7] CHAHAL, H. a BALA, M. 2012. Confirmatory study on brand equity and brand loyalty: A special look at the impact of attitudinal and behavioural loyalty. *Vision*, 16(4), s. 295–309. <https://doi.org/10.1177/0972262912460188>
- [8] FERREIRA, P., OLIVEIRA, R. a SILVA, F. 2023. Determinants of patient satisfaction: A bibliometric and systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1001171. <https://doi.org/10.3390/ijerph2002100171>
- [9] FOOK, T. N., PENG, L. M. a MUN, Y. W. 2024. Hospital brand image and trust leading towards patient satisfaction: medical tourists' behavioural intention in Malaysia. *Healthcare in Low-Resource Settings*, 12(2).
- [10] HARIYANTI, D. et al. 2024. Experiential marketing, brand trust, and patient loyalty in hospitals. *Open Public Health Journal*, 17, e18749445325128.
- [11] HUSSAIN, S. et al. 2025. Patient loyalty framework in public hospitals. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 41(1), s. 101–110.
- [12] HYTTI, U., KUOPPAKANGAS, P. a SUOMI, K. 2014. Challenges in delivering brand promise – focusing on municipal healthcare organisations. *Journal of Health Organization and Management*, 28(6), s. 741–757.
- [13] IRDAN, M. et al. 2024. Brand image, perceived medical quality, and revisit intention in hospitals. *Indonesian Journal of Nursing and Health Sciences*, 2(1), s. 25–35.
- [14] IJSOC. 2025. Brand image, service quality, patient satisfaction, and loyalty in regional hospitals. *International Journal of Social Science*, 13(2), s. 50–60.

- [15] JAMEEL, A. et al. 2025. Practitioner–patient communication, cleanliness, trust, and satisfaction in Saudi public hospitals. *Frontiers in Medicine*, 12, 1544498.
- [16] ROHINI, R. a MAHADEVAPPA, B. 2010. Social responsibility of hospitals: an Indian context. *Social Responsibility Journal*, 6(2), s. 268–285.
- [17] KHALIFA, M. a ZABADI, A. M. 2017. Health service quality and patients' satisfaction in Egyptian hospitals. *International Journal of Health Research and Innovation*, 5(2), s. 164–172.
- [18] KEELSON, S. A., ADDO, J. O. a AMOAH, J. 2024. The impact of patient engagement on service quality and customer well-being: an introspective analysis from the healthcare providers' perspective. *Cogent Public Health*, 11(1), 2340157.
- [19] KIM, K. H., KIM, K. S., KIM, D. Y., KIM, J. H. a KANG, S. H. 2008. Brand equity in hospital marketing. *Services Marketing Quarterly*, 29(4), s. 1–26.
- [20] KUMAR, R. S., DASH, S. a MALHOTRA, N. K. 2018. The impact of marketing activities on service brand equity: The mediating role of evoked experience. *European Journal of Marketing*, 52(3/4), s. 596–618.
- [21] LEIJERHOLT, U., CHAPLEO, C. a O'SULLIVAN, H. 2022. Internal communication, value congruence, and brand performance in public sector organisations. *Public Management Review*, 24(6), s. 863–884.
- [22] LIU, S., LI, G., LIU, N. a HONGWEI, W. 2021. The impact of patient satisfaction on patient loyalty with the mediating effect of patient trust. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 00469580211007221.
- [23] WU, C. C. 2011. The impact of hospital brand image on service quality, patient satisfaction and loyalty. *African Journal of Business Management*, 5(12), s. 4873.
- [24] ÖZKOÇ, Ö. a CENGİZ, E. 2020. The Effect of Brand Management Practices on Patient's Brand Equity Perception and Hospital Preference. *International Journal of Health Management and Tourism*, 5(2), s. 145–169.
- [25] PAUL, P. 2025. Measurement of patient satisfaction and loyalty: A conceptual discussion. *Medical Research Archives*, 13(4), s. 1–15.
- [26] POGORZELSKA, K. a CHLABICZ, S. 2022. Patient satisfaction with telemedicine during the COVID-19 pandemic—a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6113.
- [27] PUNJAISRI, K. a WILSON, A. 2008. Internal branding process and employee brand support. *Journal of Brand Management*, 15(1), s. 57–70.
- [28] WOO, S. a CHOI, M. 2021. Medical service quality, patient satisfaction and intent to revisit: Case study of public hub hospitals in the Republic of Korea. *PLoS One*, 16(6), e0252241.
- [29] RAJ, A. B. a GOUTE, A. K. 2025. Internal branding and technostress among employees – the mediation role of employee wellbeing and moderating effects of digital internal communication. *Acta Psychologica*, 255, 104943.
- [30] SETYAWAN, F. E. B., SUPRIYANTO, S., ERNAWATY, E. a LESTARI, R. 2020. Understanding patient satisfaction and loyalty in public and private primary health care. *Journal of Public Health Research*, 9(2), jphr-2020.

- [31] VIMLA, V. a COLLEAGUE. 2020. Brand image, service quality, patient satisfaction, and loyalty in Indian hospitals. *International Journal of Healthcare Management*, 13(3), s. 215–225.
- [32] XIONG, L. 2023. It takes a village: examining how and when brand-specific transformational leadership affects employees in internal brand management. *Journal of Brand Management*, 30(4), s. 333.

BUILDING THE BRAND OF HEALTHCARE INSTITUTIONS: DETERMINANTS OF PATIENT SATISFACTION, TRUST, AND LOYALTY – A SYSTEMATIC REVIEW OF EMPIRICAL STUDIES

predominance of quantitative studies, and insufficient examination of the long-term effects of branding. The article provides practical recommendations for healthcare organizations and suggests future research directions that may contribute to more effective brand-building strategies reflecting the cultural, technological, and social aspects of modern healthcare.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Zbyněk Stavař, MSc. MBA
Panevropská univerzita
fakulta Vysoká škola podnikání a práva
katedra marketingu
Spálená 76/14
110 00 Praha 1
e-mail: zbynek.stavar@gmail.com

doc. PhDr. Alena Hricová, Ph.D.
Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích,
Zdravotně sociální fakulta
Katedra sociální práce a sociální politiky
Branišovská 31a
370 05 České Budějovice
e-mail: ahricova@zsf.jcu.cz

KEYWORDS:

healthcare brand, patient satisfaction, trust, loyalty, internal branding, corporate social responsibility, digital communication, systematic literature review

ABSTRACT

The aim of this article is, based on a systematic literature review and an analysis of 34 empirical studies, to identify the main factors that shape the brand of healthcare institutions and influence patient satisfaction, trust, and loyalty. The review was conducted in the Web of Science, Scopus, PubMed, ProQuest, and EBSCOhost databases, supplemented by grey literature from Google Scholar, and covered publications from 2010–2025. Methodologically, the article is defined as a systematic review of empirical studies with a thematic synthesis of findings; it is not presented as a separate scoping review or as a meta-analysis. The results show that the key determinants of brand equity in healthcare are perceived quality of care, positive patient experience, trust, internal branding, and corporate social responsibility, with digital communication gaining increasing importance. The review also identified research gaps, particularly geographical imbalance, the

LOGOS POLYTECHNIKOS

Odborný recenzovaný časopis Vysoké školy polytechnické Jihlava, který svým obsahem reflektuje zaměření studijních programů VŠPJ. Tematicky je zaměřen do oblastí společenskovedních a zdravotnických.

V letech 2010 – 2018 vycházel časopis 4x ročně.

Od roku 2019 je vydáván v elektronické podobě 3x ročně.

Šéfredaktor: Ing. Miloslav Vilímek, Ph.D.

Odpovědný redaktor čísla: PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

Editor: Bc. Zuzana Mafková (komunikace s autory a recenzenty)

Technické zpracování: Anna Tlačbavová

Web editor: Bc. Zuzana Mafková

Redakční rada:

prof. PhDr. RNDr. Martin Boltižiar, PhD. (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)

prof. RNDr. Helena Brožová, CSc. (Česká zemědělská univerzita v Praze)

doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

prof. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr. MSc. (Vysoká škola ekonomická v Praze)

doc. Ing. Jiří Dušek, Ph.D. (Vysoká škola evropských a regionálních studií)

Ing. Bc. Karel Dvořák, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. RNDr. Petr Gurka, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. Ing. Veronika Hedíja, Ph.D. (Masarykova univerzita)

Ing. Ivica Linderová, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Jana Sekničková, Ph.D. (České vysoké učení technické v Praze)

doc. Ing. Petr Scholz, DiS., Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. David Urban, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Ing. Miloslav Vilímek, Ph.D. (České vysoké učení technické v Praze)

RNDr. PaedDr. Ján Veselovský, PhD. (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)

doc. Ing. Libor Žídek, Ph.D. (Masarykova univerzita)

Pokyny pro autory a deklarovaná forma příspěvků jsou dostupné na

<https://www.vspj.cz/tvurci-cinnost-a-projekty/casopisy-vspj/logos-polytechnikos>

Zasílání příspěvků

Redakce přijímá příspěvky v českém, slovenském a anglickém jazyce elektronicky na adrese logos@vspj.cz

Adresa redakce:

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 1556/16, 586 01 Jihlava, IČ: 71226401

Distribuce: časopis je dostupný v elektronické podobě na webových stránkách VŠPJ.

Vydání: 31. července 2026

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 2464–7551 (ONLINE)

V letech 2010 až 2018 vycházel časopis tiskem pod registračním číslem MK ČR E 19390 s ISSN 1804–3682 (PRINT). Od čísla 1/2019 je vydáván pouze v elektronické verzi.

RECENZENTI ČÍSLA 1/2026

doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)

Mgr. Martina Černá, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

PhDr. Adéla Holubová, Ph.D. (DiaPodicare, s.r.o.)

doc. PhDr. Alena Hricová, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)

PhDr. Martin Karas, Ph.D. (Dětské centrum Jihočeského kraje, o.p.s.)

Mgr. Andrea Letková, DiS. (Nemocnice Havlíčkův Brod)

doc. PhDr. Monika Punová, Ph.D. (Masarykova univerzita)