

**Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovatel'stve,
pôrodnej asistencii a sociálnej práci**

Publikácia vyšla s podporou Katolíckej univerzity v Ružomberku,
Fakulty zdravotníctva, Pedagogickej fakulty,
Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitních studií, Institutu zdravotnických studií
Akademie Ignatianum - Krakow, Katedry Gerontologii, Geriatrii i Pracy Socjalnej
Krakowskiej Akademii Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek
Slovenskej komory sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce

Vedeckí garanti medzinárodnej konferencie

doc. PhDr. Mgr. Helena Kadučáková, PhD. (Slovensko)
doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD. (Slovensko)

Vedecký výbor

doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD. (SK)
dr hab Dorota Lemańska, prof nadzw. (PL)
doc. PhDr. PaedDr. Viera Simočková, PhD. (SK)
Dr Jakub Bil, PhD. (PL)
dr n. med. Grażyna Dębska, PhD. (PL)
PhDr. Lucia Elsner, PhD. (CZ)
Dr n. med. Ewa Kucharska (PL)
PhDr. Pavla Kudlová, PhD. (CZ)
PhDr. Marcela Ižová, PhD. (SK)
PhDr. Anna Krátká, Ph.D. (CZ)
PhDr. Mária Lehotská, PhD. (SK)
PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD. (SK)
PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD. (SK)
PhDr. Mária Novysedláková, PhD. (SK)
Mgr. Ing. Martina Špániková, PhD. (SK)
PhDr. Lenka Štefáková, PhD. (SK)
PhDr. Michaela Vicánová, PhD. (SK)
PhDr. Katarína Zrubáková, PhD. (SK)

Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovatel'stve, pôrodnej asistencii a sociálnej práci

Zborník z 8. medzinárodnej vedeckej konferencie

Mariana Magerčiaková, Katarína Zrubáková



Ružomberok 2018

© VERBUM – vydavateľstvo KU

Zostavovateľ

Mariana Magerčiaková, Katarína Zrubáková

Redakčná rada

prof. MUDr. Anton Lacko, CSc. - predseda:
prof. zw. Dr. hab. n. med. Stanislaw Gluszek
prof. MUDr. Vasil Hricák, CSc.
Dr.h.c. prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc.
prof. UJK Dr. hab. Grażyna Nowak-Starz
doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.
doc. MUDr. Anna Lesňáková, PhD.
doc. PhDr. Mgr. Vladimír Littva, PhD., MPH
doc. MUDr. Milan Minárik, PhD.
doc. PhDr. Eva Morovicsová, PhD.
doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.
doc. RNDr. Soňa Hlinková, PhD.
PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.

Recenzenti

doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.
doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.
PhDr. Marcela Ižová, PhD.
PhDr. Mária Lehotská PhD.
PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD.
PhDr. Mária Novysedláková, PhD.
PhDr. Lenka Štefáková, PhD.
PhDr. Michaela Vicáňová, PhD.

Sadzba

Ing. Ján Svorad

Uverejnené články neprešli jazykovou korektúrou. Za jazykovú stránku zodpovedajú
v plnom rozsahu autori článkov

VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku
Hrabovská cesta 5512/1A, 034 01 Ružomberok
<http://ku.sk>, verbum@ku.sk

ISBN 978-80-561-0546-7

OBSAH

Proces plánovania aktivizácie a zamestnávania – job coaching u osôb s poruchou autistického spektra	6
Edukácia seniora v kontexte gramotnosti	14
Prevenca infekcií spojených se zdravotní péčí v kontextu se vzděláváním v nelékařských zdravotnických oborech	22
Pohybová liečba inkontinencie v období klimaktéria	27
Sociálna opora seniorov	34
Spokojenost osob zraněných při dopravní nehodě se zdravotní a rehabilitační péčí	43
Spokojenost pacientů s dialyzační léčbou	49
Činnosť sociálneho pracovníka v neziskovej organizácii poskytujúcej starostlivosť nevylečiteľne chorým klientom	52
Fajčenie a práca sestry	66
Quo vadis, sociálny podnik?	74
Vplyv zmeny prostredia na progresiu Alzheimerovej choroby	85
Význam organizovania činností v dennom centre pre seniorov v Ružomberku	94
Předměty a plochy podílející se na přenosu infekcí spojených se zdravotní péčí v ošetrovateľské praxi	103
Nepriaznivá sociálna situácia hospitalizovaného pacienta ako kolaboratívny problém sestier a sociálnych pracovníkov	109
Celoživotné vzdelávanie a zamestnávanie občanov so zrakovým postihnutím	118
Prvá československá odsunová nemocnica vo Vyšných Hágoch	127
Možnosti využití asistenční robotiky v ošetrovateľství a představení základních směrů vývoje	133
Register autorov	135

PROCES PLÁNOVANIA AKTIVIZÁCIE A ZAMESTNÁVANIA – JOB COUCHING U OSÔB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Eva Brišová

Katolíckaj univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce

Súhrn

Príspevok približuje proces plánovania aktivizácie a zamestnávania, tzv. job coaching u osôb s poruchou autistického spektra. V úvode autorka popisuje autizmus ako poruchu, ktorá postihuje jedinca, zasahuje a ovplyvňuje fungovanie celej rodiny. Zameriava sa na proces plánovania aktivizácie a zamestnávania osôb s autizmom, približuje projekt „Autisti v práci“. Podrobnejšie opisuje proces plánovania podpory v job couchingu a základné princípy tohto procesu.

Kľúčové slová: Aktivizácia. Job coaching. Osoby s poruchou autistického spektra. Proces plánovania a zamestnávania.

Úvod

„Neexistujú autisti!

Existujú..... naše deti, naši súrodenci, naši drahí, naši blízki ... postihnutí autizmom.“

Rodič

Autizmus je porucha, ktorá postihuje jedinca, autistického jedinca. Narodenie dieťaťa, ktorého vývin je rizikový, predstavuje pre každú rodinu náročnú životnú situáciu. Aj ako uvádza Štefáková (2008, s. 174) „v úvode práce je potrebné si čo najskôr zmapovať situáciu rodiny, ujasniť si, o aký typ rodiny sa jedná... Je nutnosťou pochopiť a plne rešpektovať zvláštnosti a zvyklosti danej rodiny vyvierajúce z jej kultúrnych, náboženských a etických odlišností“.

Zvládnutie krízovej situácie závisí od viacerých faktorov, medzi ktoré patrí aj atmosféra prvých troch rokov života rodiny s dieťaťom. V tomto období sa vytvárajú vzťahy, ktoré v priebehu prvých rokov života nadobúdajú charakter príľnutia, a tým sa stávajú modelom pre všetky ďalšie vzťahy človeka v priebehu života.

Rovnako ako každé dieťa predstavuje jedinečnú osobnosť so svojimi právami, silnými a slabými stránkami, každá rodina predstavuje systém, v ktorom sa o jeho silné stránky možno oprieť a slabé stránky je potrebné rešpektovať, prijímať a posilňovať. Rodina je tá, ktorá posúva dopredu svojho člena a myslí na budúcnosť.

Keďže miera nezamestnanosti osôb s autistickým syndrómom je takmer 100 %, je nutné okamžité, efektívne, rýchle a všeobecne dostupné riešenie, aby sa aspoň čiastočne odstránila ich segregácia a porušovanie ľudských práv tejto komunity.

SPOSA ponúka program transformácie ľudí s autizmom z ich sociálnej exklúzie do sociálnej inklúzie prostredníctvom ich prípravy na prácu a zamestnanie na otvorenom trhu práce. Program je prevenciou pred inštitucionalizáciou ľudí s autizmom. Práca a zamestnanie je zároveň aj kľúčovým faktorom úspešnosti deinštitucionalizácie, takže ako pilotný projekt poskytne skúsenosti aj pre iné zdravotné postihnutia.

1 Porucha autistického spektra

Porucha autistického spektra, ako samostatná klinicky diagnostická jednotka už existuje viac než pol storočia. Začiatkom päťdesiatych rokov minulého storočia sa vo veľkej miere začali objavovať vedecké práce, ktorých hlavnou témou boli deti, ale aj dospelí s diagnózou „detská psychóza“, respektíve s autistickou poruchou iného typu (Howlin, 2005).

S pojmom autizmus po prvýkrát v psychiatrii prišiel v roku 1911 švajčiarsky psychiater E. Bleuler, ktorý použil pojem autizmus na pomenovanie jedného z príznakov pozorovaných u svojich schizofrenických pacientov. „Autistické odtiahnutie od reality bolo výrazom pre zvláštny druh myslenia, pohrúženia do vnútorného sveta snov a fantázie. Toto myslenie bolo a je považované za neproduktívne a pasívne, jednalo sa skôr o výraz popisujúci druh snenia, ktoré je obrátené do vlastného vnútra“ (Bleuler, 1911 In Thorová, 2006, s. 34).

Bolo veľa psychiatrov, lekárov a vedcov, ktorí popísali podobné symptómy a zaoberali sa správaním, ktoré bolo považované za veľmi zvláštne až netypické. Prelomovým a kľúčovým rokom pre autistov bol rok 1943, kedy psychiater Leo Kanner publikoval článok, v ktorom spomína a popisuje symptómy pre danú poruchu. Stal sa uznávaným psychiatrom vo vtedajšej dobe v Spojených štátoch (Hrdlička, Komárek, 2004). Veľmi podstatným pre autizmus bolo, keď „v roku 1970 začal vychádzať najdôležitejší profesionálny časopis o autizme, ktorý mal pôvodný názov „Jurnal of Autism and Childhood Schizophrenia“ (Autizmus a detská schizofrénia). Neskôr sa tento titul zmenil na „Jurnal of Autism and Developmental Disorders“ (Autizmus a vývinová porucha)“ (Peeters, 1998, s. 12).

V priebehu ďalších rokov a hlavne u nás, respektíve v Československu sa o rozvoj autizmu zaslúžila pedopsychiatricka MUDr. Ružena Nesnídalová. Doktorka Nesnídalová zasvätila problematike autizmu prakticky celý svoj profesijný, ale aj osobný život. Tvrdila, že autizmus sa pre ňu stal životnou náplňou. Viac menej predstavila autizmus Československu, keď v šesťdesiatych rokoch dvadsiateho storočia sa plne začala venovať štúdiu jednotlivých prípadov detí s autizmom, ich symptómami a správaním (Čadilová, Žampachová, 2008). Od tej doby vyšlo veľa publikácií, ktoré sa zaoberali poruchami autistického spektra, vzdelávaním, výchovou, rozdelením, starostlivosťou, prejavmi,... V priebehu ďalších rokov sa

diagnostické kritéria rozšírili, pretože kritéria, ktoré stanovil Kanner sa ukázali ako nedostačujúce (Thorová, 2006). Taktiež sa starostlivosť, výchova a vzdelávanie detí s poruchou autistického spektra zefektívnili a napredovali. Ale pozabudlo sa na dospelých s poruchou autistického spektra ohľadom inštitúcií, ktoré by zabezpečovali starostlivosť, ale aj zamestnávania autistov.

Ľudia s poruchami autistického spektra majú na Slovensku veľký problém sa po ukončení vzdelávania zamestnať. Zostávajú doma na podpore, zvyčajne s jedným z rodičov bez nádeje na samostatný život. Rodiny trpia nedostatočným príjmom a ich členovia sa nemôžu realizovať. Žijú v izolácii a často strácajú zmysel života. Pritom by stačilo, keby autisti dostali šancu, aby mohli ukázať, čo v nich je. „Projekt vznikol vďaka iniciatíve združenia rodičov. Ako najbližší príbuzní totiž vieme, že autisti sú šikovní a majú rozhodne na viac, ako len smutno a bezcieľne vysedať doma. Chceme im dať možnosť ukázať, čo v nich je, no zároveň si uvedomujeme, že bez pomoci nemajú šancu. Vytvorili sme preto projekt, ktorý ich dokáže odraziť od dna“ (www.sposa.sk).

2 Proces plánovania aktivizácie a zamestnávania – Job couching

Projekt „Autisti v práci“ - integrácia ľudí trpiacich autizmom má za účel v spolupráci s vybranými zamestnávateľmi a v sprievode špeciálne vyškolených lektorov vyškoliť vybraných ľudí s autizmom v jednoduchších a bezpečných prácach, ktoré po ukončení projektu budú schopní naďalej vykonávať aj bez prítomnosti lektorov. Program je založený na aplikácii audiovizuálnych nástrojov, využití autistických deficitov v prospech osobnostného rozvoja a využitií reálnych pracovných prostredí. Založený je na interaktívnej práci špeciálne vzdelaných a pripravených špecialistov osobitne pre túto činnosť. Princípom programu je, že služba príde za klientom aj do tej poslednej dediny a nie klient za službou napr. do okresného mesta. Jeho pridanou hodnotou je najmä skutočnosť, že nie je nutné budovať ďalšie kamenné zariadenia, a že má celoštátny dosah (www.sposa.sk).

Job couching je proces podpory osôb s autizmom a pervazívnymi poruchami, ktorého cieľom je ich aktivizácia a zamestnávanie na trhu práce. Ide o štruktúrovaný proces individuálnej a plánovanej spolupráce s klientom, tak aby v oblasti aktivizácie a zamestnávania mohli žiť klienti, čo najsamostatnejšie a zmysluplný život v bežnej spoločnosti. Job couching predstavuje dlhodobý a koordinovaný proces zameraný na komplexnú, flexibilnú a individuálne prispôsobenú podporu. Proces podpory v rámci job couchingu je možné vnímať aj ako súčasť širšieho individuálneho plánovania v rámci komplexnej podpory klienta.

Proces plánovania podpory v job couchingu je nasledovný:

- vytvorenie profilu pracovného potenciálu,
- stanovenie a voľba cieľov podpory aktivizácie a zamestnávania,

- voľba metód aktivizácie a zamestnávania,
- hodnotenie procesu (Jásper, Kanizsai-Nagy, 2011).

2.1 Vytvorenie profilu pracovného potenciálu

Vytvorenie profilu pracovného potenciálu je prvým krokom podpory klientov. Tento krok sa realizuje na základe kontraktu medzi job couchom a klientom s cieľom vytvorenia profilu pracovného potenciálu, ktorý bude tvoriť základný materiál pre ďalšiu podporu v oblasti aktivizácie a zamestnávania. Vytvorenie profilu pracovného potenciálu sa realizuje rôznymi nástrojmi mapovania. V prvej časti sa vypracováva osobný profil človeka a analýza jeho individuálnych potrieb. V tejto časti sa odporúča vytvorenie profilu na jednu stranu, ktorý zabezpečuje základné spoznanie človeka. Práve on má vplyv na to, ako ho následne vnímajú iné osoby, či už rodina, profesionáli, alebo iné osoby, ktoré sa vyskytujú v živote človeka. V druhej časti sa využívajú rôzne materiály a podporné dokumenty, ktoré môžu pomôcť k spoznaniu človeka z pohľadu osôb okolo neho. V tejto časti by mali byť spracované minimálne nasledujúce druhy analýz:

- analýza miery potrebnej podpory
- analýza zdrojov
- analýza prekážok, rizík, bezpečnosti, zdravia (Jásper, Kanizsai-Nagy, 2011).

Rôzne metódy individuálnej práce s klientom ponúkajú množstvo postupov a techník mapovania, ktoré je možné modifikovať a prispôbovať možnostiam a schopnostiam prijímateľa.

2.2 Stanovenie a voľba cieľov podpory aktivizácie a zamestnávania

Druhý krok podpory aktivizácie a zamestnávania klientov sa realizuje na základe nového kontraktu medzi klientom a job couchom, v ktorom sú jasne definované a stanovené ciele spolupráce pri podpore aktivizácie a zamestnávania. V rámci tohto kroku si klient v spolupráci s job couchom stanovuje ciele, na ktorých budú spolupracovať. Stanovovanie cieľov má mať logickú postupnosť, kde sa ide od dlhodobej vízie a snov, cez nadradené všeobecné ciele ku krátkodobým konkrétnym cieľom a opatreniam. V praxi by sa nemalo pracovať súčasne na napĺňaní viacerých ako 2 – 4 konkrétnych cieľov s vypracovanými metódami podpory aktivizácie a zamestnávania. Medzi základné atribúty výberu a stanovenia dobrého cieľa patria nasledovné podmienky:

- cieľ, pre ktorý je klient motivovaný, je jeho prianím, má pre neho zmysel
- cieľ, pri ktorom možno predpokladať, že človek bude pri jeho napĺňaní úspešný
- začína sa od jednoduchších cieľov /aby sme zažili úspech/
- cieľ, ktorý je pre človeka praktický a pomôže mu v samostatnosti, nezávislosti, v inklúzii do bežnej spoločnosti

- cieľ je reálny v podmienkach, kde človek žije
- cieľ je adekvátny veku osoby
- cieľ ide cestou posilňovania pozitívnych stránok človeka, nie boja proti negatívnym
- činnosť, ktorej výsledok samotný je odmenou (Bělohávková, Gnanová, 2012).

2.3 Voľba metód aktivizácie a zamestnávania

Tretím krokom v procese plánovania je stanovenie metód aktivizácie a zamestnávania. V praxi ide o definovanie a stanovenie presných postupov práce pri napĺňaní stanovených cieľov podpory aktivizácie a zamestnávania. Tak ako pri stanovovaní cieľov, aj v tomto kroku je možné využiť všetky legitímne metódy a postupy, ktoré podporia klienta v dosahovaní stanovených cieľov. Zvolené metódy a postupy by mali klienta podporovať v aktívnej participácii na svojom živote a riešení svojej situácie. Celkovo je však pri voľbe a realizácii metód dôležité prihliadať na dve základné podmienky, ktoré determinujú efektivitu a úspešnosť využívania metód podpory:

- pri realizácii konkrétnej metódy postupujú všetky podporujúce osoby rovnako,
- výber a stanovenie metód by mali zohľadňovať individuálne potreby prijímateľa a mali by viesť k tomu, aby bol sám čo najviac aktívny a mal zmysluplný život (Slezáková, Holíková In Štefáková, Hulínová, 2016).

Súčasťou tohto kroku je aj stanovenie plánu činností pri realizovaní konkrétnych metód a postupov. V rámci každej metódy musí byť jasná odpoveď na nasledovné otázky:

- Kto sú osoby, ktoré budú vykonávať podporu v danej aktivite a metóde?
- Čo konkrétne sa bude v rámci danej metódy robiť a realizovať?
- Kedy a kde sa bude daná metóda realizovať?
- Ako a s akými prípadnými pomôckami sa bude daná metóda realizovať? (Levická, 2003).

„Tým, že sociálna práca je zároveň aj vedou a aj praktickou činnosťou (profesiou), možno podľa toho zadefinovať metódy v rámci obidvoch ponímaní. Metódy v rámci vedy sociálnej práce možno pomenovať a využívať tak, ako aj v iných vedných disciplínach (ako systematický, presný, kontrolovateľný a overiteľný postup pri získavaní poznatkov, plánovania a realizácie výskumného procesu, napr. indukčná, dedukčná metóda). Metódy v praktickej sociálnej práci (ako dopredu premyslený postup práce na dosiahnutie stanoveného cieľa) by sme mohli klasifikovať do dvoch kategórií, a to na metódy využívané aj v iných profesiách a metódy špecifické len pre oblasť sociálnej práce“ (Štefáková, 2016, s. 22).

2.4 Hodnotenie procesu

Posledný krok procesu plánovania podpory má za úlohu vyhodnocovanie realizácie celého procesu a overovanie ho v praxi. Na základe výstupov z hodnotenia realizovania podpory je možné korigovať a upravovať jednotlivé kroky v samotnom procese plánovania. Samotné hodnotenie by malo prebiehať v rámci podpornej skupiny klienta a malo by sa uskutočňovať aspoň raz za polroka. V prípade potreby je možné realizovať hodnotenie aj častejšie, hlavne vtedy, ak sa realizujú rozvojové aktivity. Hodnotenie procesu podpory neznamena len priamu kontrolu plnenia cieľov definovaných v kontrakte, ale je aj zdrojom nových informácií pre ďalšie smerovanie klientov (Jásper, Kanizsai-Nagy, 2011).

2.5 Základné princípy procesu podpory aktivizácie a zamestnávania

- Tvorba, realizácia a hodnotenie plánu podpory prebieha vždy v spolupráci s klientom s ohľadom na jeho osobné ciele a možnosti.
- Vnímanie človeka v jeho individuálnej osobitosti a podpora v hľadaní jeho vlastných ciest tak, aby sa v rámci svojich možností dokázal vysporiadať sa s realitou.
- Klienta musia job couch a ďalšie podporujúce osoby brať vážne a musia rešpektovať jeho osobnú integritu.
- Job couch a ďalšie podporujúce osoby si musia vedieť priznať, že sú veci, ktoré ani oni nevedia a musia sa vyhýbať ochranárskemu prístupu.
- Vzťah klient a job couch musí byť založený na báze partnerstva (viac ako direktívnym a manipulatívnym prístupom sa dosiahne tým, že sa navzájom otvorene pomenujú veci, ktoré sú obom príjemné a nepríjemné).
- Vytvorenie priestoru na to, aby sa pracovalo s predstavou klienta o jeho živote a nie primárne s tým, čo si myslia odborníci, že je preňho najlepšie.
- Dôležité je porozumieť a pochopiť klienta a nie vysvetľovať.
- Pri tvorbe plánu podpory aktivizácie a zamestnávania je potrebné vychádzať z toho, aký človek je a v akej situácii sa nachádza a nie z predstavy, aký by mal byť.
- Dôležité je pracovať s aktuálnou situáciou tu a teraz, tak, aby bol človek prítomný a mal priestor na to, aby reagoval na podporujúce osoby.
- Nejde o hľadanie spôsobov a ciest pre ľudí, ale spolu s nimi.
- Nejde o to, aby sa činnosti a aktivity robili za človeka, ale treba mu umožňovať a poskytovať podporu, aby mohol žiť čo najviac samostatný a zmysluplný život.
- Všetky výstupy vytvorené a vypracované v rámci procesu podpory aktivizácie a zamestnávania musia byť spracované v zrozumiteľnej a prístupnej forme pre klienta, jeho rodinu a blízke osoby, čo predpokladá využívanie všetkých foriem výstupov, či už písomných alebo audiovizuálnych (Jásper, Kanizsai-Nagy, 2011).

Záver

Autizmus je vzorec abnormálneho správania, ktorý sa počas vývinu mení a rozvíja. Kvalita života ľudí s autizmom závisí z veľkej časti na tom, ako rodina, odborníci, učitelia a všetci ostatní rozumejú charakteru ich postihnutia a ako sú schopní prispôbiť prostredie a spôsob komunikácie tomuto handicapu. Situáciu ľuďom s autizmom komplikuje aj skutočnosť, že každá osoba s autizmom je iná a len výnimočne sa skúsenosti s jednou osobou dajú vo všeobecnosti aplikovať na druhej osobe s autizmom. Nevyhnutný je teda výsostne individuálny prístup. Vhodne volené pracovné postupy a špeciálne učebné pomôcky umožňujú žiakom s autizmom eliminovať nežiaduce prejavy správania, a tak sa lepšie začleniť do spoločnosti. Nadobudnutie pracovných zručností a spôsobilosti zamestnať sa je kľúčovým faktorom začlenenia sa do spoločnosti v aktívnom veku človeka. Je to rozhodujúci indikátor efektívnosti sociálnych služieb poskytovaných od narodenia osoby s autizmom po dosiahnutie pracovne aktívneho veku.

„Autizmus nie je niečo, čo osoba má, nie je to žiadna ulita, v ktorej je autistická osobnosť uväznená. V škupine nie je schované normálne dieťa. Autizmus je spôsob bytia. Autizmus je prenikajúci. Postupuje každou skúsenosťou, celým vnímaním, každým zmyslom, každou emóciou. Autizmus je súčasťou existencie. Osobnosť sa od autizmu oddeliť nedá.“

Jim Sinclair

Zoznam bibliografických odkazov:

1. *Autisti v práci*. [online]. [cit.2018.03.05]. Dostupné na internete: < <http://www.sposa.sk/zamestnanie/autisti-v-praci/> >.
2. [BĚLOHLÁVKOVÁ](#), L., [GNANOVÁ](#), E. *Podporované zaměstnávání pro lidi s Aspergerovým syndromem*. Praha: [Pasparta](#), 2012. 32 s. ISBN 978-80-254-6340-6
3. ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. 2008. *Strukturované učení*. Praha : Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-475-5
4. HOWLIN, P. 2005. *Autismus u dospívajících a dospělých*. Praha : Portál, 2005. 296 s. ISBN 978-80-7367-499-1
5. HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. 2004. *Dětský autismus - Přehled současných poznatku*. Praha-Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-813-9
6. JÁSPER, E. – KANIZSAI-NAGY, I. *Špecificky autistické podporované zamestnávanie. Metodická príručka*. Budapešť: 2011, vydané v slovenskom preklade Nadácia pre rovnosť šancí osôb s postihnutím, 216 s., ISBN 978-615-5043-77-2
7. LEVICKÁ, Jana. 2003. *Metódy sociálnej práce*. Trnava : Trnavská univerzita, 2003. 121 s. ISBN 80-89074-38-3

8. NOVOSAD, L. 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009, 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7
9. PEETERS, T. 1998. *Autismus-od teorie k výchovně-vzdělávací interakci*. Praha-Scientia, 1998. 376 s. ISBN 80-7183-114-X
10. SLEZÁKOVÁ, K., HOLÍKOVÁ, B. 2016. *Sociálna práca s jednotlivcom*. In: ŠTEFÁKOVÁ, L., HULÍNOVÁ, V. *Metódy a metodika sociálnej práce I*. Ružomberok : Verbum, 2016. 259 s. ISBN 978-80-561-0400-2
11. ŠTEFÁKOVÁ, L. 2016. *Terminologické vymedzenie metód a metodiky sociálnej práce*. In: ŠTEFÁKOVÁ, L., HULÍNOVÁ, V. *Metódy a metodika sociálnej práce I*. Ružomberok : Verbum, 2016. 259 s. ISBN 978-80-561-0400-2
12. ŠTEFÁKOVÁ, Lenka. 2008. *Rodzina s nevyliečiteľne chorým členom z pohľadu sociálneho pracovníka*. In: Polska, Słowacja, Świat. Rodzina – Wybrane problemy współczesności. Kraków, 2008, s. 167 – 176. ISBN 978-83-7571-016-8
13. THOROVÁ, Katarína. 2006. *Poruchy autistického spektra*. Praha : Portál, 2006. 456 s. ISBN 80-7367-091-7

Kontaktná adresa autora

Mgr. Eva Brišová

Katedra sociálnej práce PF KU v Ružomberku

Hrabovská cesta 1, Ružomberok

e-mail: eva.brisova@gmail.com

EDUKÁCIA SENIORA V KONTEXTE GRAMOTNOSTI

Mariana Magerčiaková, Eva Moraučíková, Katarína Zrubáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Starnutie populácie sa stáva významným faktorom ovplyvňujúcim aj rezort zdravotníctva. Vzhľadom na skutočnosť, že so seniormi prichádzajú do kontaktu častejšie aj sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, do popredia sa dostáva potreba edukácie pacientov tejto vekovej kategórie. Významným faktorom, ktorý ovplyvňuje edukáciu seniorov, je aj gramotnosť. Gramotnosť v pôvodnom význame znamená elementárnu schopnosť jednotlivca čítať a písať, ktorú získava v počiatočných ročníkoch základnej školy. V posledných rokoch sa pojem gramotnosť používa na vyjadrenie rôznych kompetencií a s tým súvisia viaceré typy gramotnosti, na charakteristiku ktorých je zameraný príspevok. Osobitná pozornosť je venovaná zdravotnej gramotnosti.

Kľúčové slová: Edukácia. Senior. Gramotnosť. Zdravotná gramotnosť.

Úvod

Vo všetkých hospodársky vyspelých krajinách sa stáva zdravotníckou prioritou starnutie populácie, pričom demografický trend predpokladá nepretržitý rast počtu starších ľudí (Kalvach, Onderková, 2006). Obyvateľstvo Slovenska bude v najbližších desaťročiach menej početné a staršie. Hoci sa zmeny vo vekovom zložení populácie u nás nezdajú v súčasnosti kritické, v najbližších desaťročiach budú nezvratné a budú mať zrýchľujúcu sa tendenciu. Dôsledky starnutia však nemožno eliminovať ani zmierniť izolovanými opatreniami v krátkom časovom období, ale sú na to potrebné komplexné riešenia uskutočnené v časovom predstihu (Vaňo a kol., 2007). Starnutie populácie sa stáva významným faktorom ovplyvňujúcim aj rezort zdravotníctva. Vzhľadom na skutočnosť, že so seniormi prichádzajú do kontaktu častejšie aj sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, do popredia sa dostáva potreba edukácie pacientov tejto vekovej kategórie.

Seniorská populácia je výrazne rôznorodá, a to z hľadiska veku, zdravotného stavu, funkčnej zdatnosti, rodinnej situácie, sociálneho zázemia, ekonomických podmienok, vzdelania, životných skúseností, hodnotového systému a podobne. Kvalita života seniora súvisí predovšetkým s naplnením vyšších životných potrieb (Kalvach, Onderková, 2006). V období starnutia a staroby je možné pozorovať charakteristické zmeny, ktoré môžu ovplyvniť proces edukácie, preto na ne pri posudzovaní netreba zabúdať. Medzi tieto zmeny

patrí aktuálny fyzický stav, celkové mozgové funkcie, nedostatok motivácie, zmeny v zmyslovom vnímaní, znížená schopnosť adaptácie, zmeny v pohybových schopnostiach, psychické a emocionálne zmeny, sociálne zmeny, ekonomické zmeny, životné priority, tempo a štýl učenia, predchádzajúce skúsenosti a zmeny v komunikácii (Magurová, Majerníková, 2009). Významným faktorom, ktorý ovplyvňuje edukáciu seniorov, je aj gramotnosť.

Gramotnosť v pôvodnom význame znamená elementárnu schopnosť jednotlivca čítať a písať, ktorú získava v počiatočných ročníkoch základnej školy. V posledných rokoch sa pojem gramotnosť používa na vyjadrenie kompetencií (vedomosti, schopnosti, spôsobilosti) vytváraných na základe vzdelávania v jednotlivých odboroch: čitateľská gramotnosť, literárna gramotnosť, matematická gramotnosť, prírodovedná gramotnosť, finančná gramotnosť, ICT, resp. počítačová gramotnosť a ďalšie (Půcha a kol., 2003; Půcha, Veteška, 2014).

Gramotnosť (literacy) predstavuje schopnosť ovládať rôzne druhy komunikácie a početné úkony za účelom využívania textových informácií v rôznych životných situáciách. Ide o komplikovaný a premenlivý jav. Jeho obsah aj spôsob reagujú na konkrétny sociálny kontext, premenu a potreby spoločnosti, jej zvyky, tradície a normy. Pôvodne sa pod pojmom gramotnosť rozumelo osvojenie elementárnych komunikačných zručností – čítania, písania, prípadne počítania. Termín gramotnosť je možné chápať ako zmiešaný, lebo zahŕňa tak poznatky získané formálnym vzdelávaním v škole, ako aj osobnú skúsenosť v rozličných kontextoch a situáciách každodenného života, ale tiež ovládanie rôznych spôsobov mobilizácie vedomostí a zručností (Štech In Veteška, 2016).

Ak chceme posudzovať gramotnosť dospelého, a teda aj staršieho človeka, je vždy potrebné brať do úvahy kultúrne a ekonomické podmienky v konkrétnom mieste a čase. Častou prekážkou zvyšovania gramotnosti je skutočnosť, že čím menej je človek negramotný, tým menej si uvedomuje svoju negramotnosť. V tom je možné vidieť niekoľko rizík súvisiacich so vzdelávaním (napr. nízka alebo žiadna motivácia k učeniu, neosvojenie si základných zručností, nekritické prijímanie dogiem) (Veteška, 2016).

Teoretické prístupy ku problematike gramotnosti je možné vyjadriť v podobe tzv. štyroch modelov, pričom prvý model predstavuje tzv. báзовú gramotnosť predstavujúcu základný stupeň gramotnosti – osvojenie základných zručností čítať, písať a počítať. Druhý model sa vyvíjal cez gramotnosť spracovania textových informácií, tretí model zdôrazňoval gramotnosť ako kultúrnu aktivitu alebo sociálno-kultúrny jav, ktorý je chápaný v kontexte existencie rôznych gramotnostných činností podľa situácie a potrieb určitej sociálnej skupiny. Posledný, štvrtý model sa nazýva e-gramotnosť ako elektronická alebo počítačová gramotnosť, ktorá sa vyznačuje komplexom rôznych kompetencií od schopností súvisiacich s obsluhou počítača po vyhľadávanie a kritické spracovanie informácií (Veteška, 2016).

Definície gramotnosti sú v poslednej dobe orientované na spracovanie informácií a ich využitie v bežnom živote, na efektívne začlenenie človeka do spoločnosti a zvládnutie každodenných činností a situácií. Gramotnosť nie je vrozená dispozícia. Je utváraná v priebehu života jednotlivca v súčinnosti vonkajších a vnútorných faktorov, na ktoré zároveň sama pôsobí. Medzi vonkajšie faktory patria vplyvy sociálno-kultúrneho a ekonomického prostredia, pričom za kľúčové faktory sú považované výchova a vzdelávanie v rodine a v škole. Medzi vnútorné faktory sa zaraďujú vrozené predpoklady, zvláštnosti nervového systému, osobnostné charakteristiky, získané skúsenosti, vek, schopnosti a ochota vzdelávať sa, intelektuálne predpoklady, vlastnosti a adaptačné schopnosti (Doležalová In Veteška, 2016).

Edukácia seniorov by mala v maximálnej možnej miere podporovať a rozvíjať ich funkčnú gramotnosť. Okrem samotného pojmu gramotnosť predstavujúceho určitú pripravenosť jednotlivca k vybranej činnosti, je v literatúre uvádzané širšie vnímanie pojmu, a to funkčná gramotnosť. Táto vyjadruje požiadavky spoločnosti na kompetentnosť jednotlivca, teda na jeho schopnosť participovať na svete informácií, schopnosť aktívne zaobchádzať s informáciami a efektívne ich využívať (Doležalová, Rabušicová In Špatenková, Smékalová, 2015). Veteška (2016) uvádza, že dospelý človek by mal byť vybavený takými gramotnostnými zručnosťami, ktoré mu umožňujú byť začlenený (t. j. byť funkčný) do rôznych činností, aktivít a situácií vyskytujúcich sa v súčasnej spoločnosti. Mal by teda mať schopnosť nielen čítať, ale tiež rozumieť rôznym návodom, inštrukciám, textom novín a dokumentov, štatistickým údajom, cestovným poriadkom, grafom a schémami a podobne. Funkčná gramotnosť je súbor zložitejších schopností než elementárna gramotnosť, ktoré sú nevyhnutné ku profesijnému uplatneniu a ku rôznym sociálnym aktivitám dospelých ľudí v súčasnosti (Půcha, Veteška, 2014).

V súvislosti so vzdelávaním seniorov sa poukazuje predovšetkým na finančnú, právnu, mediálnu, zdravotnú a pohybovú gramotnosť.

Finančná gramotnosť predstavuje súbor vedomostí, schopností a hodnotových postojov nevyhnutných na to, aby seniori finančne zabezpečili seba a svoju rodinu, a aby aktívne vystupovali na trhu finančných produktov a služieb, orientovali sa v problematike peňazí a cien a boli schopní zodpovedne spravovať rodinný či osobný rozpočet s ohľadom na meniace sa životné situácie (Špatenková, Smékalová, 2015).

Právna gramotnosť zahŕňa orientáciu v právnom systéme, prehľad o právach a povinnostiach a o ich presadzovaní a plnení, ako aj o možnostiach, kam sa obrátiť o pomoc (Špatenková, Smékalová, 2015).

Mediálnu gramotnosť tvorí schopnosť spracovať, vyhodnotiť a využiť podnety prichádzajúce z médií, teda orientovať sa v médiách a mediálnom prostredí, priradiť médiám a ich oznámeniam správnu mieru závažnosti, dôveryhodnosti a aktuálnosti a v závislosti na

tom následne meniť svoje správanie a stanoviská, a opierať o ne svoje rozhodnutia (Špatenková, Smékalová, 2015). S mediálnou gramotnosťou úzko súvisí informačná gramotnosť, ktorá predstavuje schopnosť vyhľadávať, prijímať, spracovávať, hodnotiť a používať informácie podľa vlastných potrieb, a to z rozličných informačných zdrojov (Kolář a kol., 2012). Ku dosiahnutiu informačnej gramotnosti musí byť jednotlivec schopný rozpoznať, kedy potrebuje informácie, musí ich tiež vedieť vyhľadať, vyhodnotiť a efektívne využiť. Informačne gramotní ľudia sa vedia učiť – vedia ako sa učiť, pretože vedia, ako sú vedomosti usporiadané, ako je možné informácie vyhľadať a využiť ich pre konkrétnu činnosť alebo vyriešenie konkrétnej úlohy (Veteška, 2016).

Švec (2002) uvádza, že v súčasnosti sa častejšie hovorí aj o kultúrnej gramotnosti a vizuálnej gramotnosti.

Zdravotná gramotnosť je definovaná ako súbor osobných, kognitívnych a sociálnych zručností, ktoré určujú motiváciu a schopnosť jednotlivcov získať prístup k informáciám, pochopiť ich a využívať pre podporu a udržanie dobrého zdravia. Zlepšením prístupu a rozvojom porozumenia informáciám o zdravie seniori získajú schopnosť zachovávať si životný štýl, ktorý prispieva k maximalizácii ich zdravia. Človek s adekvátnou zdravotnou gramotnosťou vie čítať formuláre pre informovaný súhlas, lekárske etikety, predpisy a ostatné medicínske informácie, rozumie písaným a hovoreným informáciám prijatým od zdravotníckych pracovníkov a dodržiava nevyhnutné procedúry a nariadenia, ako je medikácia a stanovený liečebný režim (Olecká a kol. In Špatenková, Smékalová, 2015).

Pohybová gramotnosť predstavuje pripravenosť k pohybu a mieru osvojenia pohybových zručností, ako aj vedomé ovládanie pohybov vlastného tela, ktoré prinášajú človeku radosť a uspokojenie, vedomosti, naplnenie biologických potrieb, zvyšovanie kvality života a uplatňovanie zásad zdravého životného štýlu (Novotná a kol. In Špatenková, Smékalová, 2015).

S edukáciou seniorov úzko súvisí aj počítačová gramotnosť zameraná na osvojenie si základných schopností práce s počítačom, zručností komunikácie s počítačom a jeho variabilnými aplikáciami pre spracovanie pracovných operácií, pre prácu s informáciami, pre činnosti vo voľnom čase (Kolář a kol., 2012). V súvislosti s využívaním digitálnych technológií existujú viaceré koncepty, ktoré vymedzujú rôzne druhy gramotnosti v tejto oblasti:

- informačná gramotnosť – jej podstata spočíva vo vyhľadaní, organizovaní a spracovaní informácií,
- mediálna gramotnosť – je zameraná na interpretáciu a využitie mediálnych správ, pričom vyžaduje kritický prístup,
- ICT gramotnosť – obsahuje technické vedomosti a zručnosti pri ovládaní počítačov, notebookov, smartfónov, tabletov a s nimi súvisiacich počítačových programov,

- Internetová gramotnosť – nadväzuje a dopĺňa ICT gramotnosť o prácu na internete (Ala-Mutka In Veteška, 2016).

Významným typom gramotnosti aj vo vzťahu ku seniorom je sociálna gramotnosť, ktorá zahŕňa vybavenosť ľudí základnými schopnosťami spolužitia a spolupráce s ostatnými ľuďmi v danej spoločnosti, ako aj vybavenosť človeka pre rôzne aktivity, ktoré vyžaduje súčasná civilizácia. Patria sem komunikačné, kooperatívne, empatické, sebapoznávacie zručnosti, a tiež schopnosti poznávania druhých ľudí. S týmto úzko súvisí pojem občianska gramotnosť (Kolář a kol., 2012).

Veteška (2016) uvádza, že funkčnú gramotnosť, ako aj ostatné v súčasnej dobe nevyhnutné gramotnosti (digitálna, informačná, finančná, právna a mediálna), je potrebné rozvíjať v priebehu celého života.

Pri edukácii seniorov v zdravotníckych zariadeniach nás zaujíma predovšetkým zdravotná gramotnosť, ktorá obsahuje prepojenie zdravia a informácií (Novysedláková, Hudáková, 2012). Už v strednom veku človeka sa do značnej miery rozhoduje o zabezpečení primeraného zdravia, dobrého funkčného stavu a udržaní sebestačnosti v nasledujúcej životnej etape. Táto „príprava na starobu“ by mala okrem iného vyústiť do dosiahnutia kompetencií zdravotnej gramotnosti vo veku, ktorý je definovaný ako začiatok seniorskej životnej etapy (Národní síť podpory zdraví, 2016). Praktický význam zdravotnej gramotnosti odkazuje na stupeň schopnosti jednotlivcov získavať, spracúvať a pochopiť základné informácie a služby, potrebné na správne rozhodnutia týkajúce sa starostlivosti o zdravie. Zdravotná gramotnosť stavia na myšlienke, že aj zdravie a gramotnosť sú rozhodujúce zdroje pre každodenný život (WHO, 2009). Zdravotná gramotnosť predstavuje súbor kognitívnych a sociálnych schopností a určuje motiváciu a spôsobilosť jednotlivcov k tomu, aby si dokázali získať prístup k informáciám, porozumeli im a využívali ich spôsobom, ktorý podporuje a udržuje dobré zdravie (Národní síť podpory zdraví, 2016). Podľa Holčíka (2010) je zdravotne gramotný človek, ktorý je schopný kvalifikovane rozhodovať o svojom zdraví.

„Ako vhodné komponenty edukačnej intervencie pre pacientov s obmedzenou zdravotnou gramotnosťou, ale i v snahe zvyšovať zdravotnú gramotnosť sa ukazujú byť posúdenie a zjednodušenie textových edukačných materiálov, použitie reflexných farieb na označenie dôležitej časti, zjednodušenie slov a skrátenie viet, personalizácia textu (doplňť informáciami, ktoré sú aktuálne pre konkrétneho pacienta, text v druhej osobe), ilustrácie. Hlavným ťažiskom však naďalej zostáva ústne podaná informácia so zaradením kontroly spätnej väzby. Takéto formy správnej reinterpretácie informácie pacientom môžu preukázať skutočnú úroveň porozumenia obsahu informácií a prispieť k nižšiemu výskytu pochybení z nevedomosti a zvýšeniu kompliance pacienta“ (Dingová, Jakubcová, 2011, s. 39 – 40).

Zdravotná gramotnosť zahŕňa konšteláciu zručností vrátane schopnosti preformulovať základné čitateľské a matematické úlohy, ktoré sú potrebné pre fungovanie v zdravotnom prostredí. Záujem o ňu je čiastočne vyvolaný skutočnosťou, že zdravotnícki pracovníci a inštitúcie majú skúsenosti s pacientmi, ktorí nerozumejú dôležitým zdravotným informáciám. Gramotnosť nie je len problémom čítania, pretože obmedzená slovná zásoba alebo ťažkosti s komplexnou štruktúrou textu môže byť problémom aj pri verbálnej komunikácii (Klug Redman, 2007).

Pri edukácii je v našich podmienkach opomínaná problematika gramotnosti pacientov a ich schopnosť čítať edukačné materiály, sestry očakávajú, že pacient je gramotný. Zdravotnícki pracovníci často vnímajú gramotnosť zjednodušene iba ako schopnosť čítať, písať a počítať. Avšak s týmto pôvodným pojmom sa začali spájať ďalšie schopnosti. V prvom rade je dôležité správne porozumieť súčasnému chápaniu pojmu, pretože problematika úroveň gramotnosti pacienta môže výrazným spôsobom ovplyvniť to, či bude edukácia úspešná. Zvolená edukačná stratégia totiž nemusí byť vyhovujúca, pokiaľ má pacient problémy s gramotnosťou. Situáciu komplikuje aj fakt, že pacienti často problémy s gramotnosťou „schovávajú“ (Mandysová, 2016).

Medzi špecifiká edukačných stratégií (princípy, metódy, didaktické pomôcky a prostriedky) u seniorov patrí prezentovanie informácií v pomalšom tempe, jasná formulácia pokynov a úloh, používanie rovnakých pojmov (čo najmenej synonym), vedenie skôr ku verbálnemu vyjadrovaniu ako ku písomnému, spájanie učenia s realitou, stavanie na minulých skúsenostiach, podpora aktívnej účasti, poukazovanie na možnosti bezprostredného použitia naučených vedomostí a zručností pri riešení bežných životných situácií, využívanie aktivizujúcich alternatívnych vyučovacích metód (napr. analýza prípadu, brainstorming, myšlienkové mapy a podobne), metód zameraných na upevňovanie nadobudnutých vedomostí a zručností praktickou realizáciou, demonštráciou, zážitkovou formou, využívanie názorných pomôcok, príkladov, vedenie k samostatnosti, poskytovanie spätnej väzby (pochvala, uznanie, konštruktívna kritika, nemoralizovanie, neodsudzovanie) (Lepiešová In Bašková a kol., 2009). Uvedené špecifiká edukačných stratégií je možné využiť aj v podpore zdravotnej gramotnosti seniorov, ale plánovaniu a realizácii edukácie by malo predchádzať posudzovanie z hľadiska edukácie, ktorého súčasťou je aj posúdenie gramotnosti pacienta, vrátane zdravotnej gramotnosti.

Záver

Posun od jednoduchého čítania a písania ku porozumeniu svetu je viac než viditeľný. Vývoj spoločnosti prináša aj nové nároky na človeka, a to ako v oblasti práce, tak v oblasti osobného života. Tieto nároky sa najčastejšie vyjadrujú v podobe súborov zručností, schopností a vedomostí (Veteška, 2016). S vývojom spoločnosti sa okruh gramotnosti bude meniť podľa zmien očakávaní a požiadaviek na kompetentnosť občanov. Nejde iba o získanie a osvojenie si určitej vedomosti, ale o pochopenie konkrétnej problematiky, jej účelu a možných efektov, o využitie získanej zručnosti alebo jej aplikáciu na určitej úrovni kvality v meniacich sa podmienkach prostredia (Novotná a kol. In Špatenková, Smékalová, 2015).

Gramotnosť a úroveň vzdelania sú dôležitými faktormi vo všetkých aspektoch edukácie pacientov (Rankin et al., 2005). Gramotnosť je v súčasnosti významným faktorom, ktorý ovplyvňuje aj edukáciu seniorov v zdravotníckych zariadeniach. Naopak, aj edukačná činnosť zdravotníckych pracovníkov môže pozitívne ovplyvniť gramotnosť seniorov, predovšetkým zdravotnú gramotnosť. DeYoung (2009) uvádza, že všetci členovia multidisciplinárneho zdravotníckeho tímu musia realizovať edukáciu pacientov s ohľadom na gramotnosť, úroveň vzdelania a dorozumievací jazyk konkrétneho pacienta.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BAŠKOVÁ, Martina a kol. 2009. *Výchova k zdraviu*. 1. vyd. Martin: Osveta, ISBN 978-80-8063-320-2.
2. DeYOUNG, Sandra. 2009. *Teaching Strategies for Nurse Educators*. 2nd Ed. New Jersey: Pearson Education, ISBN 0-13-179026-9.
3. DINGOVÁ, Michaela, JAKUBCOVÁ, Tatiana. 2011. Health Literacy – New Concept for Nursing Practice. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie*, Vol. 1, No. 1, pp. 34–41. ISSN 1338-6263.
4. HOLČÍK, Jan. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, ISBN 978-80-210-5239-0.
5. KALVACH, Zdeněk., ONDERKOVÁ, Alice. 2006. Stáří. *Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovateľské praxi*. Praha: Galén, ISBN 80-7262-455-5.
6. KLUG REDMAN, Barbara. 2007. *Patient Education. A Case Study Approach*. 10th Ed. St. Louise, Missouri: Mosby Elsevier, ISBN 978-0-323-03905-5.
7. KOLÁŘ, Zdeněk a kol. 2012. *Výkladový slovník z pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-3710-2.
8. MAGUROVÁ, Dagmar, MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, ISBN 978-80-8063-326-4.

9. MANDYSOVÁ, Petra. 2016. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, ISBN 978-80-7395-971-5.
10. Národní síť podpory zdraví. 2016. *Zdravotní gramotnost dospělých*. Grafia Nova, 2016.
11. NOVYSEDLÁKOVÁ, Mária, HUDÁKOVÁ. 2012. Posúdenie zdravotnej gramotnosti pacienta v ošetrovatelstve. In LACKO, Anton., LESŇÁKOVÁ, Anna, MINARIK, Milan, ZRUBÁKOVÁ, Katarína. eds. *Ružomberské zdravotnícké dni 2012*. Ružomberok: Verbum, s. 268 – 273. ISBN [978-80-8084-951-1](#).
12. PRŮCHA, Jan, VETEŠKA, Jaroslav. 2014. *Andragogický slovník*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-4748-4.
13. PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. 2003. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, ISBN 80-7178-772-8.
14. RANKIN, Sally .H., DUFFY STALLINGS, Karen, LONDON, Fran. 2005. *Patient Education in Health and Illness*. 5th Ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, ISBN 978-0-7817-4849-0.
15. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, SMÉKALOVÁ, Lucie. 2015. *Edukace seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-5446-8.
16. ŠVEC, Štefan. 2002. *Základné pojmy v pedagogike a andragogike*. 2. vyd. Bratislava: IRIS, ISBN 80-89018-31-9.
17. VAŇO, Boris. 2007. *Populačný vývoj v Slovenskej republike 2006*. [online]. Bratislava: Infostat. [cit. 13-12-2011]. Dostupné na internete: <http://www.infostat.sk/vdc/pdf/Popvyv2006finalpdf>.
18. VETEŠKA, Jaroslav. 2016. *Přehled andragogiky. Úvod do studia, vzdělávání a učení se dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-1026-9.
19. WHO. 2009. *Background Note: Regional Preparatory Meeting on Promoting Health Literacy*. ECOSOC, 2009.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva

Katedra ošetrovatelstva

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: mariana.magerciakova@ku.sk

PREVENCE INFEKČÍ SPOJENÝCH SE ZDRAVOTNÍ PÉČÍ V KONTEXTU SE VZDĚLÁVÁNÍM V NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORECH

Marie Froňková, Martin Krause

Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

Souhrn

Vzdělávání v nelékařských zdravotnických oborech v České republice prošlo v současném období několika zásadními změnami (včetně změn v legislativě) a požadavky na realizaci studijních programů se zvyšují. Důležitým aspektem prevence infekcí spojených se zdravotní péčí představuje také vzdělávání studentů v nelékařských zdravotnických oborech s využitím různých výukových metod, včetně simulační výuky. Rada Evropské unie uvádí, že členské státy by měly podporovat odbornou přípravu zdravotnických pracovníků v oblasti bezpečnosti pacientů a prevenci infekcí spojených se zdravotní péčí, a to také v rámci celoživotního vzdělávání. Dále uvádí, že by členské státy měly kontinuálně revidovat pokyny zabývající se vzděláváním a odbornou přípravou zdravotnických pracovníků (Rada Evropské unie, 2014, s. 7). Jednou z možností, jak zvýšit efektivitu výuky je zařazení simulačních metod do výuky, kdy jejich implementace v posledním období kontinuálně narůstá (Motola et al., 2013, s. 1511). Příspěvek se zabývá začleněním simulační výuky do vzdělávacího procesu v oblasti základních preventivních opatření infekcí spojených se zdravotní péčí.

Klíčová slova: Infekce spojené se zdravotní péčí. Ošetřovatelství. Prevence. Simulační výuka. Vzdělávání.

Úvod

Infekce spojené se zdravotní péčí jsou stále aktuálním problémem ve většině zdravotnických zařízení a jsou nejčastější nežádoucí událostí v oblasti bezpečnosti pacientů (Kumar, 2018, s. 202). Důležitou součástí prevence těchto infekcí je vzdělávání v této problematice. V současné době existuje celá řada výukových metod, kdy lze vhodně využít různé e-learningové moduly, postery, focus group, praktické ukázky či uvedené metody jednotlivě kombinovat. Důležitou součástí v procesu vzdělávání je poskytnout zpětnou vazbu studentům při realizaci jednotlivých činností, včetně zaměření se na kritické body v prevenci (Allegranzi, 2011, s. 146). V současné době je nezbytné změnit přístup k výuce, a to především se zaměřením na hygienu rukou a další oblasti, které je důležité kontinuálně zvyšovat i na národní úrovni (D'Alessandro, 2014, s. 192). Důležitou oblastí je také úroveň

vysokoškolského vzdělávání, které může pozitivně ovlivnit schopnost studentů zabývat se prevencí infekcí spojených se zdravotní péčí (Bo, 2015, s. 361). Jednou z možností, jakým způsobem docílit efektivního vzdělávacího procesu, je zařazení simulačních výukových metod do vzdělávacího procesu. Tyto metody byly nejprve zavedeny jako tréninkové programy pro letectví, armádu a kosmonautiku. V současné době je kladen stále větší důraz na bezpečné poskytování zdravotních služeb, zejména se zaměřením na vlastní bezpečnost pacientů. Simulační výuka umožňuje zdokonalovat vědomosti, dovednosti a postoje studentů v kontrolovaném prostředí a je jednou z několika součástí strategie výuky (Motola et al., 2013, s. 1511). Důležitou součástí simulační výuky je její příprava, jelikož simulace zaměřená na konkrétní činnosti by měla být plánovaná, realizovatelná a následně vyhodnotitelná v kontextu vzdělávacího kurikula (Motola et al., 2013, s. 1512).

Metodika

Příspěvek se zabývá simulační výukou a popisuje jednotlivé fáze této výuky se současným zaměřením na oblast prevence infekcí spojených se zdravotní péčí. Také seznamuje se základními principy začlenění simulačních metod do výuky předmětů pro nelékařské zdravotnické profese v problematice infekcí spojených se zdravotní péčí. Informace vycházejí ze vzdělávací praxe a z relevantních národních i mezinárodních zdrojů, které byly vyhledány pomocí databází PubMed, ScienceDirect, Scopus a dalších, včetně doporučení mezinárodních institucí zabývajících se problematikou infekcí spojených se zdravotní péčí.

Vlastní text práce

Prevence infekcí spojených se zdravotní péčí představuje komplexní problematiku. Jednotlivými důležitými oblastmi, na které by se měla zaměřovat zvýšená pozornost při výuce, je provádění hygienické dezinfekce rukou a používání rukavic, provádění dezinfekce a sterilizace, odběr a manipulace s biologickým materiálem, používání osobních ochranných pracovních prostředků (včetně ochrany obličeje), dodržování hygieny při kašli, manipulace s lůžkovinami, manipulace s předměty a pomůckami používanými při poskytování zdravotních služeb, nakládání s odpadem, úklid, izolační opatření při výskytu různých patogenních a nepatogenních mikroorganismů a další (Jindrák et al., 2014, s. 562). Zdravotničtí pracovníci, jako pracovníci první linie, by měli dodržovat základní zásady prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí v rámci ošetrovatelské praxe pro zabránění jejich vzniku či šíření (McHugh, 2010, s. 97).

Jednou efektivní výukovou metodou je využití simulační výuky pro nácvik a osvojení si nezbytných vědomostí, dovedností a postojů studentů v této problematice. Simulace založené na vzdělávání studentů mají velký potenciál pro využití i v klinické praxi v rámci

celoživotního vzdělávání. Poslední dobou se ukazuje, že simulační výuka představuje pozitivní vliv na bezpečně poskytovanou zdravotní péči. Dále se také uplatní při poskytování zdravotní péče v týmu, kdy je nezbytné si jednotlivé činnosti osvojit, aby se předešlo možným rizikům při poskytování zdravotních služeb se zaměřením na bezpečnost pacientů (Motola et al., 2013, s. 1525). Ukázala se jako stále více nezbytný nástroj pro zlepšení řízení a udržení konzistentních procesů při poskytování zdravotních služeb, včetně vlastní přípravy budoucích absolventů (Dunn et al., 2017, s. 158). Simulační výuka by měla mít stanoven určitý rámec, který zahrnuje plánování, implementaci či vlastní realizaci, evaluaci a revizi. Při plánování simulační výuky by se mělo vycházet z dostupných relevantních zdrojů o dané problematice. Uvedený model lze využít pro všechny úrovně, ovšem s modifikacemi pro dané téma. (Motola et al., 2013, s. 1512). Prevence infekcí spojených se zdravotní péčí zahrnuje celou řadu témat, na které se lze zaměřit. Ovšem důležitou oblastí je provádění hygienické dezinfekce rukou, která představuje zásadní oblast v prevenci infekcí spojených se zdravotní péčí a při simulační výuce by měla být vždy podporována (D'Alessandro, 2014, s. 192). Fáze **plánování** zahrnuje rozvíjení vzdělávání s očekávanými výsledky, kdy dané výsledky se nejlépe řeší s využitím simulace. Může se jednat o klinické dovednosti, postupy řešení problémů, týmová práce a podobně. Plán také zahrnuje určení simulace, která by měla být v souladu se zdroji a cíli pedagogických intervencí. Dále je nezbytné stanovit, jak bude probíhat vlastní průběh činností. Při plánování je nezbytné i stanovení, jakým způsobem bude probíhat zpětná vazba. Může se například (dále jen např.) jednat o podobu verbální, písemnou či audiovizuální a podobně (Motola et al., 2013, s. 1512). V rámci plánování simulační výuky v oblasti prevence infekcí spojených se zdravotní péčí lze zároveň využít aktuální doporučení z World Health Organization (dále jen WHO), jak v oblasti provádění hygienické dezinfekce rukou (WHO, 2009, s. 89) či v provádění reprocesingu zdravotnických prostředků (WHO, 2016, s. 26).

Fáze **implementace** zahrnuje realizaci dané simulace dle stanoveného obsahu z předchozí fáze. Fáze **evaluace** zahrnuje vyhodnocení účinnosti simulační výuky, včetně vyhodnocení studijních výsledků, tedy posouzení vědomostí, dovedností a postojů s klinickým dopadem. V této fázi je nezbytné také zhodnotit spokojenost studenta i vyučujícího. Student by měl zhodnotit simulační cvičení a poskytnout vyučujícímu zpětnou vazbu (Motola et al., 2013, s. 1512). Poskytnutí zpětné vazby je nejdůležitější součástí simulační výuky, kterou při provádění jednotlivých činností dochází k upevnění získaných vědomostí, dovedností a postojů (Motola et al., 2013, s. 1513–1514). Poslední fází je fáze **revize**, kdy na základě evaluace a nových získaných důkazů lze simulační výuku poupravit či se zaměřit na jiné oblasti (Motola et al., 2013, s. 1512). V rámci revize lze také přehodnotit, kdy je vhodné začlenit jednotlivá témata do vzdělávacího procesu. Například provádění hygienické dezinfekce rukou v rámci prevence infekcí spojených se zdravotní péčí je vhodné

začlenit vždy na začátku akademického roku, kdy se pravidelným nácvikem kontinuálně prohlubují vědomosti, dovednosti a postoje studentů v této preventivní činnosti (Alavian et al., 2011, s. 1627). Vyhledávání a zařazení nových výukových metod do vzdělávacího procesu jsou důležitou součástí v prevenci infekcí spojených se zdravotní péčí (McHugh, 2010, s. 98–99). Dle platné legislativy lze simulační výuku zařadit zejména do předmětu Ošetrovatelské postupy, Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství a Ošetrovatelství v klinických oborech (MZČR, 2005, s. 17–18).

Závěr

Požadavky na výuku studentů ve zdravotnických oborech jsou stále vyšší, a to zejména z důvodu kladení podmínek od poskytovatelů zdravotních služeb a dalších institucí na bezpečně poskytované zdravotní služby. Nástrojem pro bezpečné poskytování zdravotních služeb může právě být simulační výuka. Simulační výuka představuje důležitou součást vzdělávání v nelékařských zdravotnických oborech a v oblasti prevence infekcí spojených se zdravotní péčí je efektivní výukovou metodou. Tímto se stává klíčovým prvkem pro vzdělávání, odbornou přípravu a udržování profesního rozvoje kladeného na zdravotnické pracovníky. Simulační výuku lze aplikovat na nejrůznější oblasti prevence infekcí spojených se zdravotní péčí. Nácvik a následné dodržování hygienicko-epidemiologických opatření je klíčovou součástí při poskytování zdravotní péče nejen v rámci získávání bakalářského stupně vzdělání. Prostřednictvím simulační výuky lze docílit osvojení vědomostí, dovedností a postojů studentů nezbytných pro efektivně poskytované zdravotní služby. Zároveň přináší pozitivní vliv v oblasti respektování podmínek kladených na kvalitně a bezpečně poskytované zdravotní služby, včetně snížení nákladové efektivity vlastní péče. Dále přináší výhody pro dodržování jednotlivých hygienicko-epidemiologických opatření v praxi a zároveň zajišťuje i ekonomické úspory poskytovatelů zdravotních služeb na následně vynaloženou léčbu pacientů se získanou infekcí spojenou se zdravotní péčí.

Seznam bibliografických odkazů

1. ALAVIAN, Seyed et al. 2011. Iranian dental students' knowledge of hepatitis B virus infection and its control practices. In *Journal of Dental education*. roč. 75, č. 12, s. 1627–1634. ISSN 0022-0337.
2. ALLEGIANZI, Benedetta, KILPATRICK, Claire, PITTET, Didier. 2011. Chapter 10: Hand Hygiene. In FRIEDMAN, Candace, NEWSON, William. eds. 2011. *IFIC Basic Concepts of Infection Control*. 2. issue. Portadown: IFIC. ISBN 978-0-9555861-0-1.
3. BO, Marco et al. 2014. Written versus verbal information for patients' education on healthcare-associated infections: a cross-sectional study. In *Journal of Hospital Infection*. roč. 91, č. 4, s. 358–361. DOI 10.1016/j.jhin.2015.08.019.

4. D'ALESSANDRO, Daniela et al. 2014. Prevention of healthcare associated infections: Medical and nursing students' knowledge in Italy. In *Nurse Education Today*. roč. 34, č. 2, s. 191–195. DOI 10.1016/j.nedt.2013.05.005
5. DUNN, William et al. 2017. Simulation, Mastery Learning and Healthcare. In *The American Journal of the Medical Sciences*. roč. 353, č. 2, s. 158–165. DOI 10.1016/j.amjms.2016.12.012.
6. JINDRÁK, Vlastimil et al. 2014. *Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici*. Praha: Mladá fronta. 1. vyd. ISBN 978-80-204-2815-8.
7. KUMAR, Shilpee et al. 2018. Prospective surveillance of device-associated health care-associated infection in an intensive care unit of a tertiary care hospital in New Delhi, India. In *American Journal of Infection Control*. roč. 46, č. 2, s. 202–206. DOI 10.1016/j.ajic.2017.08.037
8. McHUGH, Seamus et al. 2010. Preventing healthcare-associated infection through education: Have surgeons been overlooked? In *Surge*. roč. 8, č. 2, s. 96–100. DOI 10.1016/j.surge.2009.11.009.
9. MOTOLA, Ivette et al. 2013. Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. In *Medical Teacher*. roč. 35, č. 10, s. 1511–1530. DOI 10.3109/0142159X.2013.818632.
10. MZČR. 2005. Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb. In *Věstník MZČR*. Částka 6, s. 12–32.
11. RADA EVROPSKÉ UNIE. 2014. Úřední věstník C 438 Rady Evropské unie ze dne 6. prosince 2014, o bezpečnosti pacientů a kvalitě péče, včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí a antimikrobiální rezistencí. In *Úřední věstník Evropské unie*. Svazek 57, s. C 438/7-C 438/11.
12. WHO. 2009. *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care*. Geneva: World Health Organization. 1. ed. ISBN 978-92-4-159790-6.
13. WHO. 2016. *Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities*. Geneva: World Health Organization. 1. ed. ISBN 978-92-4-154985-1.

Kontaktní adresa autora

Mgr. Marie Froňková
 Technická univerzita v Liberci
 Fakulta zdravotnických studií
 Studentská 1402/2
 461 17 Liberec 1
 E-mail: marie.fronkova@tul.cz

POHYBOVÁ LIEČBA INKONTINENCIE V OBDOBÍ KLIMAKTÉRIA

Marina Kolarová, Peter Kutiš, Matúš Kozel

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra fyzioterapie

Súhrn

Výskyt inkontinencie u žien sa odhaduje na 5 – 6 % (Simočková, 2012, s. 43). Je jeden z príznakov klimaktéria. Ako hlavná príčina inkontinencie moču v období klimaktéria sa uvádza znižovanie hladiny ženských pohlavných hormónov, čo spôsobuje atrofiu svalov panvového dna. Nastáva dysfunkcia a nedostatočnosť týchto svalov, čo spôsobuje nedobrovoľný únik moču. Inkontinencia moču predstavuje medicínsky, sociálny a tiež aj psychologický problém žien s touto diagnózou. Preto sa v odbornej literatúre stretávame aj so širokou škálou liečebných postupov, ktoré sa dajú uplatniť pri liečbe tejto diagnózy. Jedna z dôležitých súčastí liečby močovej inkontinencie je pohybová liečba. Preto je opodstatnené venovať sa tejto problematike aj z pohľadu fyzioterapeuta. V príspevku uvádzame fyzioterapeutické metodiky, ktoré sa využívajú na cielené posilňovanie svalov panvového dna, čo prispieva k jeho posilneniu, k úprave funkčných porúch v tejto oblasti a následne aj k liečbe nedobrovoľného úniku moču. V príspevku popisujeme tréning svalov panvového dna, cvičebnú zostavu "Lúčky" a tréning močového mechúra. V závere sa venujeme behaviorálnym postupom, ktoré významne dopĺňajú pohybovú liečbu inkontinencie v klimaktériu.

Kľúčové slová: Inkontinencia moču. Klimaktérium. Panvové dno. Pohyb. Cielené cvičenie.

Abstract

The incidence of incontinence in women is estimated at 5-6 % (Simočková, 2012, p. 43). It is one of the symptoms of climacterium. The main cause of urinary incontinence in the climacterium period is the decrease in female sex hormone levels, causing by pelvic floor muscle atrophy. Urinary incontinence is the medically, socially and psychologically problematic of women with this diagnosis. Therefore, in the literature, we encounter a wide range of treatments that can be used to treat this diagnosis. An important part of urinary incontinence treatment is movement therapy. In the paper we present physiotherapeutic methods, which can be used for targeted strengthening of the pelvic floor muscles, which contributes strengthening of theses muscle, to correct functional disorders in this area and consequently to the treatment of involuntary urinary leakage. In the paper, we describe the pelvic floor muscle training, the "Lucky" training method and the bladder training. At the end,

we are focusing on behavioural procedures that significantly complement the incontinence movement treatment in the climacteric.

Key words: Urinary incontinence. Climacterium. Pelvic floor muscles. Movement. Target exercises.

Úvod

Klimaktérium je významnou križovatkou v živote ženy. Je to ďalšia časť jej životného cyklu (Košťanová, 2010, s. 26). Cupaník, Petrovičová, Marcišová (2016, s. 141) definujú klimaktérium ako fázu života ženy, ktorá znamená prechod z reprodukčného obdobia ženy do postreprodukčného. Predstavuje pomerne dlhé a významné obdobie pre ženu (Maskálová, Urbanová, Bašková, 2016, s. 23). Fyziologicky sa vyskytuje medzi 45. – 60. rokom života (Driák, 2012). Obdobie klimaktéria je spájané s istou symptomatológiou. Ak sa vyvinie, je definovaná ako klimakterický syndróm (Cupaník, Petrovičová, Marcišová, 2016, s. 141). Klimakterický syndróm je súbor somatických, psychoneurotických a neurovegetatívnych ťažkostí (Rob et al., 2008). Na niektoré z nich sa dá úspešne pôsobiť pohybom.

Pohyb je definovaný ako základný prejav života (Véle, 2006, s. 17; Kociová a kol. 2013, s. 60) a patrí k správne životnému štýlu (Ďurišová, 2008, s. 173). Je biologickou potrebou všetkých živých bytostí. Predstavuje výsledok pohybových schopností človeka, ale aj psychiky (Hudáková, 2011). Pohybový systém, ktorým pohyb realizujeme, je citlivým zrkadlom, v ktorom sa premietajú dysfunkcie jednotlivých systémov alebo organizmu (Bendíková, 2011, s. 16; Véle, 2006). Jeden z príznakov klimaktéria, na ktoré sa dá cielene pôsobiť pohybovou aktivitou, je inkontinencia.

Inkontinencia moču a možnosti liečby

Inkontinencia moču je jedna z viacerých ťažkostí, ktoré postihujú ženy v klimaktériu. Podľa definície Medzinárodnej spoločnosti pre kontinenciu (ICS – International Continence Society z roku 2008) sa za inkontinenciu moču označuje akýkoľvek nedobrovoľný únik moču. Inkontinencia moču neznamena len samostatné ochorenie a nemala by byť vnímaná len ako dôsledok starnutia. Je to príznak, ktorý poukazuje na viac alebo menej komplexné poruchy dolných močových ciest (Marenčák, 2011, s. 5). Nastáva vtedy, keď tlak v mechúre (vypudzovacia sila) prevýši tlak v uretre (uzatváracia sila) (Romančík, 2009, s. 41). V období klimaktéria neschopnosť udržania moču nastáva ako dôsledok oslabenia a atrofie svalov panvového dna. Tento proces atrofizácie vzniká z dôvodu znižujúcej sa hladiny estrogénu. Pokles ženských hormónov spôsobuje degeneráciu a úbytok buniek vystielajúcich močové cesty a znižuje svalový tonus močového traktu. Toto všetko vedie k inkontinencii moču

(Urbanová a kol., 2010, s. 82). Nedobrovoľný únik moču nepredstavuje len zdravotnícky problém postihnutého jednotlivca, ale je zároveň problém ekonomický a sociálny, a negatívne ovplyvňuje aj jeho okolie (rodinu, ošetrojúci personál a pod.) (Marenčák, 2011, s. 4; Simočková, 2005, s. 45). Kopáčiková, Javorka, Moravčíková (2017) sledovali ženy v období klimaktéria a uvádzajú výskyt inkontinencie moču u 5,13 % sledovaných žien.

Inkontinencia sa delí na: inkontinenciu **stresovú** - v klimaktériu najčastejšiu (Pilka a kol., 2012), **urgentnú - inkontinenciu z pretekania a zmiešajú**. Toto rozdelenie je významné z hľadiska voľby adekvátnej liečby.

Stresová inkontinencia vzniká z dôvodu oslabenia svalov panvového dna a slabosti uretrálneho zvierača. Tieto vedú k nedostatočnému uzatvárajúcemu tlaku v uretre počas fyzických aktivít (pri zdvíhaní bremien, behu, kašli, alebo kýchaní) (Romančík, 2009).

Konzervatívna liečba stresovej inkontinencie moču zahŕňa:

- behaviorálne postupy,
- cvičenie svalov panvového dna,
- metódy na odstránenie funkčných porúch panvového dna (metóda podľa Mojžišovej, Postizometrická relaxácia - PIR panvového dna),
- elektrostimuláciu, magnetoterapiu, radiofrekvenčnú liečbu (transvaginálna, laparoskopická),
- antiinkontinenčné prístroje / telieska (inravaginálne – podporujúce hrdlo močového mechúra a intra / extrauretálne – uzatvárajúce močovú rúru),
- EMG Biofeedback (terapeutická metóda pre nácvik správnej koordinácie a izolovanej kontrakcie svalov panvového dna,
- farmakoterapiu (duloxeín) (Hagovská, 2014; Marenčák, 2009; Ďurišová, 2004).

Chirurgická liečba zahŕňa rôzne postupy, ako sú napr.:

- Burchova kolposuspenzia,
- laparoskopické postupy,
- pubovaginálny sling,
- suburetrálne slingové postupy,
- inrauretrálna injekčná terapia,
- cytourethropexia,
- a iné (Marenčák, 2009; Romnčík, 2009).

Urgentná inkontinencia je nedobrovoľný únik moču spôsobený hyperaktivitou detruzora, ktorý sa počas plnenia mechúra neadekvátne kontrahuje (Romnčík, 2009). Cieľom terapie je upraviť zvýšenú činnosť svalstva močového mechúra a zároveň posilniť

svalstvo panvového dna (Ďurišová, 2009). Liečba spočíva v konzervatívnej terapii alebo v chirurgickej intervencii.

Konzervatívna liečba hyperaktívneho močového mechúra (overactive bladder) zahŕňa:

- zásahy do životosprávy a diétnych návykov (obmedzenie kávy, kakaa, čokolády, korenistých jedál a nápojov, alkoholu, džúsov a pod.);
- rehabilitačné procedúry (gymnastika svalov panvového dna; mikčný tréning; inhibícia močového mechúra; elektrostimulácia nízkofrekvenčným prúdom priečne pruhovaných svalov v okolí uretry so súčasným utlmením svalstva močového mechúra; laser – opakované ožarovanie prednej steny pošvy, kde sa premieta časť trojuholníka močového mechúra; akupunktúra v dráhach pečene, obličiek, močového mechúra a žalúdka);
- neurostimulácia / neuromodulácia (Stollerova neurostimulácia periférneho nervu n. tibialis z oblasti plexu sacralis aplikáciou ihlových elektród do jeho blízkosti nad vnútorným členkom, frekvenciou 20 Hz) (Hagovská, 2014; Marenčák, 2009; Ďurišová, 2004).

Chirurgická liečba zahŕňa postupy, ako sú:

- periférna denervácia (vaginálny prístup),
- parciálna rizotómia zadných sakrálnych koreňov S2 – 4,
- enterocytoplastika a iné (Marenčák, 2009; Romnčík, 2009).

Pohybová liečba inkontinencie moču a behaviorálne postupy

V nasledovnej časti uvádzame dve techniky na posilnenie svalov panvového dna: tréning svalov panvového dna a zostavu Lúčky. Popisujeme tréning automatického mechúra a behaviorálne postupy. Tieto liečebné postupy sa využívajú v liečbe inkontinencie moču u žien v klimaktériu.

Tréning svalov panvového dna je definovaný ako opakovaná selektívna vôľová kontrakcia alebo relaxácia určitých svalov panvového dna. Ide o vedomé používanie správneho svalstva a vylúčenie nechcenej kontrakcie svalových skupín (Hagovská, 2014). Úspech závisí od schopnosti pacientky urobiť správnu vôľovú kontrakciu (stiahnutie) týchto svalov. Pri tomto cvičení sa mení svalové napätie cvičiaceho svalu bez zmeny jeho dĺžky a slúži na posilňovanie (Osacká, 2007). Princíp izometrie spočíva v maximálnom stiahnutí svalu, výdrži v trvaní 6 – 8 sekúnd a následnej relaxácii. Vykonáva sa v synkinéze s dýchaním. Odporúčaný počet kontrakcií pri tréningu svalov panvového dna je 20 a dĺžka cvičenia je stanovená na 15 – 20 minút. Túto schému treba opakovať 3 krát denne, 3 až 4

krát týždenne (Hagovská, 2014; Marenčák, 2011). Panvové dno sa posilňuje v ľahu, v sede, v kľaku a v stoj (Hagovská, 2014).

Zostava „Lúčky“, ktorej autorkou je Elena Ďurišová, je zameraná na cielené posilňovanie svalov panvového dna. Ako uvádza autorka tejto metodiky, posilňovanie svalstva panvového dna pôsobí preventívne a liečebne pri ťažkostiach spojených s inkontinenciou. Pravidelné a cielené precvičovanie udrží panvové dno pevné, dostatočne nosné a citlivé až do staršieho veku. Pri precvičovaní panvového dna autorka odporúča zameranie sa na uvedomelé sťahy príslušných svalov a na stupňujúce sa napätie jednotlivých cvičení. Podstatou je, aby si pacientka uvedomila, ktorý sval je zodpovedný za udržanie moču. Preto odporúča v začiatkovej fáze cvičenia prerušovať prúd moču na toalete a tak zistiť, ktorý sval treba cítiť. Po uvedomení si svalu odporúča nacvičovať zostavu „Lúčky“, ktorá pozostáva z 13 cvičení. Celá zostava sa realizuje v ľahu na chrbte, pričom kontrakciu svalov panvového dna odporúča vykonať pri výdychu. Pre pozitívny efekt cvičenia a ovplyvnenie inkontinencie zostavu „Lúčky“ treba cvičiť denne, minimálne 10 minút. Len každodenným tréningom sa môže získať kontrola nad panvovým dnom a únik moču úspešne ovplyvniť (Ďurišová, 2004).

Tréning močového mechúra alebo mikčný drill mechúra (blader drill) je metóda, ktorá sa využíva pri urgentnej inkontinencii. Prvý ucelený návrh metódy popísali Jeffcoate a Francis, keď v súbore 100 žien dosiahli vyliečenie u 67 %. Metóda sa zaoberá obnovou mikčného reflexu. Mikčný reflex je vyvolaný zosilnením impulzov z receptorov steny močového mechúra pri normálnej centrálnej inhibícii. K úniku moču dochádza pri netlmených, dertruzorových kontrakciách v dôsledku primárnej nedostatočnosti mozgovej kontroly mikčného reflexu (Hanuš, Zigmunt, 1993). Tréning močového mechúra obsahuje nasledovný program:

- Zaznamenanie mikčných epizód a úniku moču bez akéhokoľvek ovplyvnenia.
- Stanovenie intervalu medzi povinnými mikciami, na začiatku kratšia doba, neskôr sa predlžuje (30 - 120 min.).
- Predlžovanie intervalu o 30 minút denne. Pri problémoch s dodržaním intervalu je ďalšie predĺženie možné až po fixácii predošlého intervalu. Cieľ je dosiahnuť interval medzi mikciami 3 – 4 hodiny.
- Preferovanie neprerušeného spánku.
- Užívanie anticholinergík.

Behaviorálne postupy predstavujú nefarmakologickú liečbu inkontinencie. Zahŕňajú kroky smerujúce k úprave životosprávy, nakoľko rozličné faktory životného štýlu sa môžu spolupodieľať na patogenéze a následnej manifestácii inkontinencie (Romančík, 2009). Do behaviorálnych postupov patrí: zníženie telesnej hmotnosti, obmedzenie / vylúčenie fajčenia a kofeínu, pravidelný a veku primeraný pohyb, úprava príjmu tekutín, vhodné stravovanie, pravidelné močenie, ochrana zdravia pred infekciami močových ciest, fytooterapia a pod. (Urbanová 2010; Hagovská, 2014; Romančík 2009; Ďurišová 2004).

Záver

Liečba inkontinencie je zložitý proces, ktorý si vyžaduje interdisciplinárnu spoluprácu odborníkov z lekárskeho i nelekárskeho odboru. Pre úspešnosť si však vyžaduje aj aktívny prístup pacientky. Bendíková (2012) uvádza, že človek v boji za svoje zdravie má v rukách minimálne 50 %, ktoré môže ovplyvniť aktívnym prístupom k životu (Bendíková, 2012). Správnym a cieleným cvičením svalov panvového dna sa na inkontinenciu moču dá úspešne pôsobiť. Objektívne preukázateľná účinnosť posilňovania svalov panvového dna na zníženie inkontinencie moču je udávaná v rozmedzí 60 – 75 % (Hagovská, 2014). Preto by precvičovanie týchto svalov malo byť súčasťou životosprávy žien v klimakteriu. Na podporu účinnosti pohybovej liečby by mala každá žena s inkontinenciou moču uplatňovať aj behaviorálne postupy. Tieto by mali byť súčasťou edukácie žien s inkontinenciou moču a mali by ho poskytovať všetky klinické pracoviská, ktoré ponúkajú liečbu inkontinencie moču.

Článok bol spracovaný v rámci projektu KEGA č. 029KU-4/2016 s názvom Empirická štúdia vplyvu klimaktéria na zdravie žien.

Bibliografické odkazy

1. BENDÍKOVÁ, Elena, 2012. *Oslabený oporný a pohybový systém žien a jeho úprava pohybovým programom*. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici. ISBN: 978-80-8141-019-2.
2. BENDÍKOVÁ, Elena, 2011. *Oporný a pohybový systém, jeho funkcia, diagnostika a prevencia porúch*. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici. ISBN: 978-80-557-0124-0.
3. CUPANÍK, Vladimír, PETROVIČOVÁ, Zuzana, MARCIŠOVÁ, Denisa, 2016. Súčasný pohľad na menopauzu, odporúčania na liečbu. In: *Gynekológia pre prax*. Roč. 14, č. 3, s. 141-146. ISSN 1336-3425.
4. DRIÁK, Daniel, 2012. Klimakterium a hormonální substituční léčba. In: *Gynekolog*. Roč. 21, č. 2, s. 58-59. ISSN: 1210-1133.

5. ĎURIŠOVÁ, Elena, 2008. *Ženské bolesti chrbtice (sterilita, inkontinencia, osteoporóza)*. Hlohovec : AKU-HOMEIO. ISBN: 978-80-89089-74-1.
6. HAGOVSÁ, Magdaléna, 2014. *Fyzioterapia inkontinencie moču*. Košice : Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. 978-80-8152-1331.
7. HUDÁKOVÁ, Zuzana. 2011. *Polohovanie pacientov pomocou pohybu*. Ružomberok : Verbum. ISBN 978-80-8084-657-2.
8. KÓCIOVÁ, Kamila a kol., 2013. *Základy fyzioterapie*. Martin : Osveta. ISBN: 978-80-8063-389-9.
9. KOŠŤANOVÁ, Zina, 2010. In: *Lekárnik*. Roč. 15, č. 11, s 26-30. ISSN 1335-924X.
10. KOPÁČIKOVÁ, Mária, JAVORKA, Karol, MORAUČÍKOVÁ, Eva. 2017. Pilotná štúdia v ženskej populácii Slovenska: Metabolický estrogén deficitný syndróm. In. *Zdravotnícke štúdie*. Roč. 9, č. 2, s. 3 – 6. ISSN: 1337-723X.
11. MARENČÁK, Jozef, 2011. *Inkontinencia moču*. Skalica : Elizabeth. ISBN: 978-80-970567-1-1.
12. MASKÁLOVÁ, Erika, URBANOVÁ, Eva, BAŠKOVÁ, Martina, 2016. Starostlivosť o ženu v klimaktériu. In: *Sestra*. Roč. 15, č. 11-12, s. 23-27. ISSN 1335-9444.
13. OSACKÁ, Petronela, 2007. *Techniky a postupy v ošetrovatel'stve*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav Ošetrovatel'stva. ISBN: 978-80-88866-48-0.
14. PILKA, Radovan, PROHCÁZKA, Martin. a kol. 2012. *Gynekologie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3019-5.
15. ROB, Lukáš, a kol. 2008. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha : Galén. ISBN: 978-80-7262-501-7.
16. ROMANČÍK, Martin, 2009. *Inkontinencia moču u žien – jej súčasné diagnostické a liečebné možnosti*. Bratislava : Herba. ISBN: 978-80-89171-61-3.
17. SIMOČKOVÁ, Viera, 2005. Urologické problémy v klimaktériu. In. *Sestra*. Roč. 4, č. 10, s. 45. ISSN 1335-9444.
18. SIMOČKOVÁ, Viera, 2012. Starostlivosť o ženu v klimaktériu a postmenopauze. In. *Sestra*. Roč. 11, č. 9-10, s. 43-44. ISSN 1335-9444.
19. URBANOVÁ, Eva, a kol., 2010. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovatel'stva a pôrodnej asistencie*. Martin : Osveta. 978-80-806334-3-1.
20. VÉLE, František, 2006. *Kineziologie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-837-9.

Kontaktná adresa autora

Mgr. Marina Kolarová – doktorand
 Katolícka univerzita v Ružomberku
 Fakulta zdravotníctva, Katedra fyzioterapie
 Nám. A. Hlinku, 60, 034 01, Ružomberok, Slovensko
 E-mail: kolarovam@gmail.com

SOCIÁLNA OPORA SENIOROV

Social Support for the Seniors

Mária Novysedláková, Katarína Zrubáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Príspevok je prehľadovou štúdiou. Je zameraný na sociálnu oporu seniorov. V príspevku charakterizujeme obdobie staroby a zmeny v sociálnej oblasti spôsobené starobou. Vysvetľujeme pojem sociálna opora, ktorú podľa uvedených autorov delíme do štyroch hlavných kategórií: emocionálna, inštrumentálna, informačná hodnotiacia opora. Tieto kategórie v príspevku bližšie charakterizujeme. Sociálna opora môže ovplyvňovať zdravie priamo - podporou duševného zdravia, ale i nepriamo - podporou zdravia podporujúceho životný štýl. Výsledkami rôznych štúdií analyzujeme vplyv sociálnej opory na sociálne väzby v starobe, na zdravie a zvládanie stresu.

Kľúčové slová: Sociálna opora. Senior. Sociálne väzby. Zdravie.

Summary

Contribution is a survey study. It is focused on the social support of seniors. In the paper, we characterize the period of old age and changes in the social sphere caused by old age. We explain the concept of social support, which, according to the authors, is divided into four main categories: emotional, instrumental, information evaluation support. These categories are described in more detail in the paper. Social support can influence health directly - by promoting mental health, but also indirectly - by supporting lifestyle-friendly health. The results of various studies analyze the impact of social support on social ties in old age, health and stress management.

Key words: Social support. Senior. Social ties. Health.

Úvod

Ľudský život ako obdobie, ktoré začína narodením a končí smrťou starého človeka, zahŕňa množstvo sociálnych zručností a kompetencií. Staroba má svoje špecifické potreby, požiadavky aj úlohy. Ak by sme mali charakterizovať seniorov ako skupinu, môžeme tvrdiť, že sa jedná o rôznorodú skupinu ľudí, ktorí sa výrazne odlišujú nielen vekom, alebo

zdravotným stavom, ale aj faktormi, ako sú podmienky života, osobnosťou i životným príbehom. Z individuálnych rozdielov vyplývajú aj odlišné očakávania a potreby. Dôvodom rozdielnosti podľa Mühlpachra (2004), sú výrazné rozdiely vo fyzickej, psychickej i sociálnej zdatnosti, čím je daná aj ich sebestačnosť. Rovnako životné, materiálnej aj sociálnej podmienky majú u rôznych jedincov rozdielnú úroveň.

Staroba môže byť prínosným a plnohodnotným obdobím života, ak človek prijme svoju novú situáciu, nebráni sa zmenám a dokáže akceptovať starosti i radosti, ktoré pribúdajúce roky prinášajú. Starí ľudia sú stále súčasťou spoločnosti a môžu byť pre ňu veľkým prínosom. Naďalej môžu zastávať určité role, byť prospešní a užitoční. Sociálne vzťahy sa považujú za jeden zo základných zdrojov zmysluplnosti života (Baumaister, Finkel 2010).

Vágnerová (2007), hovorí o procese desocializácie, keď jedinec postupne, ale významne stráca sociálne zručnosti. Tento proces je individuálne špecifický a spravidla sa začína prejavovať až v neskorom veku. Dôvodom sú hlavne obmedzenia dané zdravotným stavom a rytmom života po ukončení pracovnej aktivity. Ak je senior izolovaný od spoločenského diania, zákonite nemusí využívať naučené spôsoby konania a správania, komunikácie či sociálnej orientácie. Sociálne kontakty a vzťahy v starobe sa podľa teórie socioemocionálnej selektivity menia. Počas života jedinci prispôbujú svoje sociálne siete tak, aby dosiahli maximálne sociálne a emocionálne zisky. V starobe sa znižujú sociálne interakcie vo vnútri sietí, ale posilňuje sa emocionálna blízkosť s najbližšími príbuznými, s rodinnými príslušníkmi.

Metodika

Príspevok oboznamuje s vplyvom staroby na sociálne väzby. Vysvetľuje pojmy súvisiace so sociálnou oporou seniorov, s vplyvom sociálnej opory na zdravie a na zvládanie stresu. Uvedené poznatky sú doplnené výsledkami štúdií zo zahraničnej literatúry.

Vlastný text

Základným pojmom pre charakteristiku medzosobného kontaktu bol termín interpersonálne vzťahy. Neskôr pojem osobné vzťahy sa stáva podmnožinou interpersonálnych vzťahov s výraznou orientáciou na blízkosť. Ide o súhrnné označenie individuálne významných vzťahov jedinca k jemu najbližším osobám. Sociálna integrácia sa vzťahuje na celkovú úroveň zapojenia sa neformálnych sociálnych vzťahov, ako je napríklad manželský vzťah, so vzťahmi formálnymi. Kvalita vzťahov zahŕňa pozitívne aspekty vzťahov, ako je citová podpora poskytovaná druhými a napäté aspekty vzťahov ako sú konflikty a stres (Výrost, Slaměník 2008).

Sociálnu oporu možno charakterizovať ako súbor vzťahov, ktoré jedinec percipuje v komunikačnej sieti ako subjektívne významné pre zachovanie vlastnej identity a psychickej rovnováhy (Koubeková 2004). Podľa Křivohlavého (2001) „z hľadiska sociálnej opory sú najdôležitejšie práve tie osoby, ktoré sú danému človeku najbližšie a ktoré patria do najvnútornejšieho okruhu jeho priateľov“.

Sociálna sieť, alebo podporné sociálne vzťahy sú dyadické medziľudské putá, z ktorých daný človek môže získať zdroje, ktoré mu môžu byť nápomocné pri zvládaní ťažkých životných situácií. Súbor takýchto vzťahov vytvára podpornú sociálnu sieť daného človeka (Křivohlavý 2001). Sociálna sieť je súbor ľudí okolo danej osoby, s ktorými je, alebo bola táto osoba v sociálnom kontakte a od ktorých je možné očakávať, že by jej v prípade potreby poskytli určitú pomoc napr. rodina, skupina priateľov, spolupracovníkov, členov farnosti, susedov, klubu atď. Prostredníctvom sociálnej siete, sociálnych väzieb je človeku poskytovaná sociálna opora. Sociálna izolácia je extrémny pól dimenzie sociálnej opory, absencia sociálnej opory, opustenosť človeka (Křivohlavý 2001).

Křivohlavý (2001) chápe sociálnu oporu ako: pomoc, ktorá je poskytovaná druhými ľuďmi človeku, ktorý sa nachádza v záťažovej situácii. Táto činnosť by mala človeku v tiesni jeho záťažovú situáciu uľahčovať. Sociálna opora je všeobecne delená do štyroch hlavných kategórií: **emocionálna**, **inštrumentálna**, **informačná** (a niekedy aj **hodnotiaca**) opora. **Emocionálna opora** sa vzťahuje na veci, ktoré ľudia, a vďaka ktorým sa cítime milovaný, akceptovaný a obdarený starostlivosťou, ktorá posilňuje našu sebahodnotu (napr. rozhovor o probléme, poskytnutie povzbudenie/pozitívnej spätnej väzby); táto opora má zvyčajne formu nehmotnej podpory. Naopak, **inštrumentálna opora** sa vzťahuje na rôzne druhy hmotnej pomoci, ktorú iní môžu poskytovať (napr. pomoc pri starostlivosti o deti, chorých, upratovanie, poskytovanie prepravy alebo peňažné dávky). **Informačná opora** predstavuje tretí typ sociálnej pomoci (ktorý je niekedy zahrnutý do inštrumentálnej kategórie pomoci) a odkazuje na pomoc, ktorú iní môžu ponúkať prostredníctvom poskytovania informácií. **Hodnotiaca opora** ako vyjadrenie úcty, rešpektu – napr. spôsob správania sa k osobe v tiesni. Posilňovanie kladného sebahodnotenia, sebaúcty. Podpora samostatnosti, povzbudzovanie alebo zdieľanie ťažkostí, „spolupútnictvo“ pri ťažkých úlohách (Křivohlavý 2001).

Brannon a Feist (2010) naopak uvádzajú, že sociálna podpora odkazuje na rozmanitosť materiálnej i emocionálnej podpory, ktorú prijímame od druhých.

Pri sociálnej opore je potrebné rozlišovať **objektívnu** - zvonku pozorovanú poskytnutú sociálnu oporu a **subjektívnu** - danou osobou vnímanú sociálnu oporu. Vonkajšiemu pozorovateľovi sa môže zdať, že osoba dostáva istý druh sociálnej opory, ale táto osoba ju nemusí vnímať ako sociálnu oporu a naopak niečo, čo pozorovateľ nerozpozná ako sociálnu oporu, môže táto osoba vnímať ako sociálnu oporu. Je rozdiel medzi

očakávanou a skutočne **získanou** sociálnou oporou. Pri očakávanej opore ide o presvedčenie človeka v tiesni, že existujú ľudia, ktorí sú pripravení v prípade potreby pomôcť. Záleží na tom, ako táto osoba vníma svoje sociálne prostredie a vzťahy ľudí k nemu. Nakoľko má pocit, že je svojím sociálnym okolím akceptovaná, nakoľko si ju vážia, majú radi, sú ochotní v prípade potreby pre ňu niečo urobiť. Záleží na sociálnom začlenení osoby v tiesni.

Veľmi blízko má pojem **dosiahnuteľnosť sociálnej opory**, teda subjektívna predstava osoby o tom, aký druh sociálnej opory by jej bol poskytnutý, keby sa dostala do ťažkej situácie. **Interpretácia sociálnej opory** príjemcom závisí v mnohom na predchádzajúcich skúsenostiach, na tom, čo očakávala a čo dostala a pod. Osoba v tiesni si môže byť vedomá toho, že jej niekto chce niečím pomôcť, to ešte neznamená, že má z tejto pomoci úžitok. Zhodnotenie **primeranosti sociálnej opory** je osobnou vecou príjemcu sociálnej opory. **Efekt sociálnej opory**: aký úžitok má ten, komu je sociálna opora poskytovaná (čo z nej dokáže vyťažiť, získať, načerpať) (Křivohlavý 2011).

Nie každá poskytnutá sociálna opora je nápomocná. Príkladom môže byť **nadmerná pomoc**, ktorá zbavuje osobu v núdzi možnosti vysporiadať sa s ťažkou situáciou, samostatnosti, nezávislosti v situácii, keď to nie je nevyhnutné, napr. v starostlivosti o starého človeka môže byť nadmerná pomoc, opora škodlivá, ubližujúca. Znižuje samostatnosť, aktivitu starého človeka. Vyvoláva pocit bezmocnosti, závislosti (Brannon, Feist 2010).

Vplyv staroby na sociálne väzby a podporu

Štúdiá zaoberajúce sa sociálnymi vzťahmi na populácií vo vekom rozpätí 25 až 70 rokov (Lund, Modvig, Due, Holstein 2001) dospela k významným vekovým rozdielom v štruktúre a funkcií sociálnych vzťahov. Signifikantné rozdiely sa v rovnakých kategóriách prejavili i medzi pohlaviami. Najčastejší kontakt s priateľmi majú 25 roční jedinci, zatiaľ čo u 50 ročných mužov má len polovica z nich kontakt s priateľmi každý týždeň. U žien sa s vplyvom veku preukázala U- krivka. Medzi 50 a 60 ročnými ženami má len polovica z nich kontakt s priateľmi každý týždeň. U 25 ročných sú to dve tretiny a takmer polovica 70 ročných žien. Sociálny kontakt prostredníctvom organizácie je medzi mužmi najvyšší v 25 rokoch, zatiaľ čo u žien, je vrchol medzi 70 ročnými. Väčšina ľudí má aspoň jednu dôverne blízku osobu. Viac mužov než žien uvádza, že je to ich partner, zatiaľ čo u žien prevažujú príbuzní a priatelia.

Štúdiá venujúce sa respondentom medzi 70.– 95. rokom života zistila, že v danej vekovej kategórii udržiavajú muži i ženy približne rovnakú frekvenciu aj rozmanitosť kontaktov. Veľké rozdiely medzi pohlaviami sa prejavili v prípade spolužitia, kde takmer 60 % žien žilo samo, zatiaľ čo u mužov to bol skoro presný opak, pretože takmer 70 % žilo s niekým. Vplyv

samoty na úmrtnosť sa líšil medzi jednotlivými vekovými skupinami i pohlaviami. U žien vo veku 70–74 rokov samota zvyšovala pravdepodobnosť úmrtia až takmer trojnásobne, zatiaľ čo u žien vo veku 75–79 rokov sa neprejavil významný rozdiel. Zvýšené riziko sa prejavilo v skupine 80–84ročných. V skupine nad 85 rokov sa naopak mortalita žien s menším počtom i diverzitou kontaktov znížila. U mužov sa vplyv prejavil v kategórii 70–74 rokov a to v prípade menšej frekvencie kontaktov dochádzalo i k nižšej úmrtnosti. vo veku nad 75 rokov, naopak viedlo viac kontaktov k zvýšenej mortalite. Vysvetliť tieto rozdielne a variabilné výsledky v rámci jednotlivých spomenutých období je zložité. Autori pokladajú za možný výklad rozdiel v reálnom množstve sociálnych kontaktov. Medzi skupinou 70–74ročných, ktoré majú viac vzťahov a interakcií s priateľmi i partnermi má aj ich následná strata väčší vplyv na úmrtnosť. U najstarších žien (85+) je sociálne sieť značne obmedzená, nenachádzajú sa v nej vzdialenejšie kontakty a tie najužšie pretrvávajú i naďalej. Najbližšie osoby, aj keď v menšom počte, môžu poskytovať silnejšiu sociálnu oporu a tým i ochranu zdravia (Lund, Modvig, Due, Holstein 2001).

K sociálnym väzbám vo vysokom veku sa viaže i teória socio-emocionálnej selektívnosti (Carstensen, Isaacowitz, Charles 1999). Jej predpokladom je, že pod vplyvom času, kedy nám ho zostáva už len málo, redukuje počet ľudí, s ktorými udržujeme sociálne vzťahy. Jedinci si aktívne vyberajú vzťahy do ktorých chcú investovať a ktoré im zároveň prinášajú najväčšiu radosť. Zanechávajú tak menej dôležité vzťahy a vzťahy spojené s negatívnym prežívaním. Danú teóriu podporujú i výsledky štúdie, v ktorej boli zahrnutí participanti vo veku 69–104 rokov. Najstarší respondenti mali menej sociálnych kontaktov v porovnaní s tými mladšími, no v prípade najbližšieho okruhu ľudí bol počet kontaktov takmer identický (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999).

Na základe obmedzenia vzťahov len na tie naj dôvernejšie môže mať následná strata najbližšieho – partnera, či manžela obrovský vplyv. Štúdie Shaha et al. (2013) preukázali vplyv úmrtia partnera na zvýšenú úmrtnosť druhého z partnerov v priebehu nasledujúceho roku. Náhla strata blízkeho viedla k ešte vyššej miere nárastu úmrtnosti u pozostalých, než strata blízkeho, u ktorého bolo známe ochorenie, či komorbidita ochorení a prípadná zvýšená zdravotná starostlivosť pre jeho smrťou.

Vplyv sociálnej opory na zdravie

S vplyvom sociálnej opory na zdravie sa stretávame v štúdiách zameraných na deti, ich liečbu a hospitalizáciu (Dlouhá, Dlouhý 2012; Mareš 2004). V prípade hospitalizácie dieťaťa, je spoločný pobyt s rodičom zdrojom pomoci pri zmierňovaní nežiaducich vplyvov na hospitalizované dieťa, uľahčuje jeho adaptáciu na nové prostredie. Prítomnosť matky je uspokojujúca pre psychické potreby dieťaťa, napomáha zameraniu energie dieťaťa na sanačné procesy. Spoločný pobyt s rodičom môže viesť k rýchlejšiemu uzdraveniu a autori

uvádzajú v porovnaní s deťmi bez sprievodu rodiča i kratší čas potrebnej hospitalizácie. Pozitívny vplyv samozrejme nie je absolútny a existujú i rodičia, ktorí svojou vlastnou úzkostlivosťou a strachom nervozitu dieťaťa zvyšujú.

Sociálna opora, vrátane emocionálnej, inštrumentálnej, informačnej a hodnotiacej opory môže ovplyvňovať zdravie nezávisle na miere stresu, ktorému je jedinec vystavený. Podľa Kebza (2005) existuje viacero spôsobov ako vybrané typy sociálnej opory môžu chrániť zdravie seniorov. Emocionálna opora môže posilňovať sebaúctu seniora, pocit, že jeho osobnosť a telo sú hodné toho, aby bolo o ne postarané, aby boli chránené. Môžeme preto povzbudzovať starých ľudí, aby chránili svoje zdravie a pohodu rozvíjaním zdravého životného štýlu. Inštrumentálna opora môže podporovať zdravé správanie, tým, že poskytuje praktickú pomoc pri zmene intencií, chcení na konkrétne aktivity. Informačná opora zahŕňa vzdelávanie v oblasti zdravia, poskytovanie vodítok pre zdravé správanie, rozvíjanie štýlu vyhľadávania informácií a ich aplikácie v rozhodovaní týkajúcich sa starostlivosti o zdravie. Hodnotiacia opora môže byť behaviorálnym vedením a môže podporovať motiváciu seniorov chrániť svoje zdravie.

Štúdia Oxmana, Hulla (2001) preukazujú vplyv zvýšenej sociálnej podpory na znižovanie miery depresie u starších ľudí. Najdôležitejšou hodnotou podpory však nie je jej dostupnosť, či frekvencia, ale vnímaná miera pochopenia, ktorá zodpovedá osobným potrebám jednotlivca. Väčšiu váhu má teda emocionálna podpora, než tá hmatateľná, napr. v podobe návštevy priateľa. Rovnako došli k záveru, že u ľudí, ktorí nikdy nemali blízku osobu, dôverníka, budú pravdepodobnejšie depresívnymi ako ľudia, ktorí nikdy neboli v manželskom zväzku. Väčšiu ochrannú funkciu majú dlhodobu dôverne blízke osoby, v porovnaní s tými, ktoré sme získali nedávno. K podobným výsledkom dospela i štúdia, ktorá sa venovala vydatým ženám vo veku 65–75 rokov.

Vzhľadom na zdravie podporujúce správanie, majú ľudia žijúci v izolácii menej kamarátov i známych, ktorí by ich podporovali v ochrane zdravia a naliehali na návšteve doktora v prípade ochorenia (Brannon, Feist 2010). Osamotení ľudia sa uchylujú k nezdravým copingovým reakciám, v podobe fajčenia, či zneužívania alkoholu, ktoré môže negatívne ovplyvňovať zdravie. Na základe spracovania svojich štúdií (Umberson, Crosnoe, Reczek 2010) dospeli k zostaveniu modelu sociálnych väzieb na správanie súvisiace so zdravím. Sociálne vzťahy môžu na správanie súvisiace so zdravím vplývať dvomi spôsobmi – priamym a nepriamym. Nepriamych ciest vplyvu je viacero. Sociálne vzťahy môžu ovplyvňovať normy a symbolické významy pre jedinca. Môžu tak vstúpiť napr. normu zodpovednosti, ktorá v kombinácii so zvyšovaním osobnej kontroly môže viesť k preventívnemu, zdraviu podporujúcemu chovaniu

Sociálna opora ako faktor redukujúci stres

Ďalším možným spôsobom nahliadnutia na sociálnu podporu, je pohľad na podporu ako na faktor, ktorý má vplyv na hodnotenie stresorov. Tento pohľad približuje Vašina(2009), ktorý pripisuje sociálnej podpore možnosť ovplyvnenia hodnotenia stresových podnetov a prípadné prispenie k adaptívnej reakcii. Môže sa prejavíť v procese hodnotenia stresoru i priamo v podpore adaptívneho správania.

Prostredníctvom znižovania stresu a napätia je možné napr. znížiť užívanie návykových látok, ktoré by mohlo mať zástupnú rolu v prípade pokusov o znižovanie napätia. Pomocou znižovania tlaku, srdcovej frekvencie ako i stresových hormónov dochádza i k zlepšeniu mentálneho zdravia, ktoré má opäť vplyv na naše správanie. Na druhej strane, výsledky vplyvu sociálnej podpory nemusia byť len kladné. V prípade neuspokojivej podpory sa môžu spustiť opačné mechanizmy, zvyšujúce napr. mieru prežívania stresu, vedúce k nezdravým spôsobom zvládania napätia formou fajčenia, či požívania alkoholu. K tomu správaniu môže dôjsť i v prípade prejavovania podpory, ktorá môže viesť k opačným výsledkom a to z dôvodu pocitu obmedzovania vlastnej autonómie.

Mareš (2004) opisuje obťažujúcu oporu ako špecifický prípad vnímanej opory. Jedinec v záťažovej situácii dostáva sociálnu oporu, ktorú si sám nevyžiadal, v špecifických sociálnych situáciách, ktoré ohrozujú jeho potrebu autonómie a autodeterminácie, vnímanie vlastnej zdatnosti, jeho sebaobraz, sebaúctu. Takáto sociálna opora je vnímaná jedincem ako opora obťažujúca až devalvujúca, signalizujúca jeho závislosť na druhých. Jedinec s takouto oporou nesúhlasí a okamžite alebo po určitej dobe dáva najavo svoj nesúhlas poskytovateľovi i okoliu.

Pri obťažujúcej sociálnej opore môžeme predpokladať, že sa v oboch prípadoch vytvára skôr pocit vlastnej neschopnosti či závislosti na pomoci iných, než pocit vlastnej kompetentnosti. Výsledkom prípadného pociťovania viny a bezmocnosti je pasivita a rezignácia, čo negatívne ovplyvňuje sebaúctu prijímateľa (Koubeková 2004).

Záver

Sociálna opora je chápaná ako jeden z najdôležitejších pozitívnych faktorov modifikujúci nepriaznivý vplyv rôznych negatívnych životných situácií na psychický i fyzický zdravotný stav človeka, na jeho pohodu (well-being) a na kvalitu jeho života. Potreba sociálnej opory súvisí s existenciou sociálnych potrieb a ich uspokojením, či neuspokojením. Jej miesto v psychológii zdravia je neodmysliteľné a dokázal sa v mnohých výskumoch. Individualizmus preferovaný v súčasnej spoločnosti, sa zameriava na vytváranie osobitých životných štýlov a na plnenie vlastných cieľov. Pochopenie pre ostatných, zvlášť pre seniorov, vytvárať kvalitné medziludské vzťahy sa vďaka mnohým faktorom vytráca. Pre využitie sociálnej opory v intervenciách je potrebné: postupovať po jednotlivých krokoch, implementovať vhodné druhy sociálnej opory v konkrétnej situáciách, stanoviť intenzitu a

postupnosť poskytovania sociálnej opory. Dôležitá je aj spätná väzba, zistenie, či bola poskytnutá opora efektívna.

Literatúra

1. BAUMEISTER, Roy, F., FINKEL, Eli, J. 2010. Advanced social psychology. Oxford University Press, ISBN 978-0-19-538120-7.
2. BRANNON, Linda, Feist, Jess, UPDEGRAFF, John A. 2010. *Health Psychology: An introduction to Behavior and Health*. Belmont: Wadsworth. ISBN-10: 1133593070.
3. CARSTENSEN, Laura, ISAACOWITZ, Derek M, CHARLES, Susan, T., 1999. Taking time seriously: a theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, **ISSN:** 0003-066X. 54 (3), 165–181. DOI:10.1037/0003-066X.54.3.165 Dostupné na: <http://ezproxy.muni.cz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-0033093971&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
4. DLOUHÁ, Jana, DLOUHÝ, Martin. 2012 . *Sociální opora hospitalizovaného dítěte*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-556-0.
5. HALAMA, Peter. 2007 . *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: Slovak Academic Press. ISBN 978-80-8095-023-1.
6. KEBZA, Vladimír. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5
7. KOUBEKOVÁ, Eva. 2004. Sebaúcta – zdroj efektívneho zvládania záťaže adolescentami. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 39, 1, 3-11. ISSN 0555-5574.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaroslav. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2, 280
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaroslav. 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada . ISBN 978-80-247-3604-4
10. LUND, Rikke, MODVIG, J., DUE, Pernille, HOLSTEIN, Bjørn E. 2001. Stability and change in structural social relations as predictor of mortality among elderly women and men. *European Journal of Epidemiology*, 16 (12), 1087–1097. ISSN 1573-7284. Dostupné na: <http://search.proquest.com.ezproxy.muni.cz/docview/214889131?accountid=16531>
11. MAREŠ, Jiří. 2004. Negativní aspekty sociální opory. In. Ruisel, Imrich, Lupták, David, Falat, Marek, (eds.): *Sociálne procesy a osobnosť*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, ISBN 80-88910-16-1.
12. MLČÁK, Zdeněk. 2011. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN: 978-80-7368-951-3
13. MÜHLPACHR, Pavel. 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2
14. OXMAN, Thomas, HULL, Jay, G. 2001. Social Support and Treatment Response in Older Depressed Primary Care Patients In *Journal of Gerontology*: 2001, Vol. 56B,

No. 1, P35–P45 Dostupné na:

<https://pdfs.semanticscholar.org/ab32/fbf63658a42b8314c8ee1024eb2d015f3a44.pdf>

15. SÝKOROVÁ, Dana. 2004. *K sociálním sítím seniorů: senioři v rodině*. Sociální práce, č. 2, s. 74. ISSN: 1213-624.
16. SHAH, Sunil, M., CAREY, Iain, M., HARRIS, Tess et al. 2013. The effect of unexpected bereavement on mortality in older couples. *American Journal of Public Health*, 6. 2013 Jun;103(6):1140-5. doi: 10.2105/AJPH.2012.301050. Dostupné na: <http://ezproxy.muni.cz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=s3h&AN=87070267&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
17. UMBERSON, Debra, CROSNOW, Robert, RECZEK, Corinne. 2010. Social relationships and health behavior across the life course. *Annual Review of Sociology*. 36, 139–157 Dostupné na: <http://www.annualreviews.org.ezproxy.muni.cz/doi/pdf/10.1146/annurev-soc-070308-120011>
18. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-13185
19. VAŠINA, Bohumil. 2009. *Základy psychologie zdraví*. Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. ISBN 9788073687571.
20. VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan. 2008. *Sociální psychologie*, vyd. 2., Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1428

Kontaktná adresa autora

PhDr. Mária Novysedláková, PhD.

Fakulta zdravotníctva KU

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: maria.novysedlakova@ku.sk

tel. : +421918722175

SPOKOJENOST OSOB ZRANĚNÝCH PŘI DOPRAVNÍ NEHODĚ SE ZDRAVOTNÍ A REHABILITAČNÍ PÉČÍ

Satisfaction of Persons Injured During Traffic Accidents with Health and Rehabilitation Care

Monika Másilková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav radiologie, toxikologie a ochrany obyvatelstva, České Budějovice, Česká republika

Souhrn

Příspěvek je zaměřený na problematiku spokojenosti osob po dopravní nehodě na pozemní komunikaci se zdravotní a rehabilitační péčí. Lidé, kteří po dopravní nehodě utrpí zdravotní poškození, které si vyžádá hospitalizaci v nemocničním zařízení, představují v České republice každoročně početně velkou skupinu. Pacient, který stráví následkem úrazu určitý čas v nemocničním a následně rehabilitačním zařízení, očekává nejen výbornou zdravotní péči, ale i kladný a pozitivní přístup veškerého personálu. Výzkum byl realizován metodou řízeného rozhovoru u souboru padesáti pacientů po dopravní nehodě na pozemní komunikaci, a to v různých krajích České republiky. Výsledky ukázaly na zásadní rozdíly v nemocničních a rehabilitačních zařízeních. Jednalo se zejména o přístup personálu k pacientovi, ale také sdělování informací pacientovi, kterých měli pacienti většinou nedostatek. Pacienti, kteří nebyli spokojeni se zdravotní péčí, uváděli v naprosté většině nespokojenost na všech odděleních daného zdravotnického zařízení. Naopak, co se týká rehabilitačních zařízení, kde se tyto osoby připravovaly na opětovný návrat do běžného života, převažovala spíše spokojenost s péčí, která se jim dostávala.

Klíčová slova: Zdravotní péče. Rehabilitační péče. Spokojenost pacientů. Nemocniční zařízení. Rehabilitační zařízení.

Úvod

Ve svém příspěvku se zaměřuji na pacienty v nemocničních a následně rehabilitačních zařízeních, kterým se stal úraz následkem dopravní nehody na pozemní komunikaci. Konkrétně jde o problematiku spokojenosti pacientů v daných zařízeních, od přístupu veškerého personálu po kvalitu poskytované lékařské péče. Tento výzkum vznikl jako dílčí výstup z rozhovorů pro mou disertační práci s názvem Sociálně zdravotní důsledky dopravních nehod. Za pacienta považuji člověka, který vlivem dopravní nehody na pozemní

komunikaci utrpěl poškození zdraví, které si vyžádalo hospitalizaci v nemocničním zařízení, případně i pobyt v rehabilitačním zařízení.

Spokojenost pacientů s péčí je komplexní jev a je považována za jeden z důležitých výstupů zdravotní péče, a proto jako jeden z cílů, o které ve zdravotnictví jde (Janečková, Hnilicová, 2009). Obecně můžeme říci, že míra spokojenosti pacienta je výsledek porovnání jeho očekávání s jeho hodnocením skutečnosti. Výslednou míru spokojenosti pacienta můžeme ovlivňovat tak, že budeme působit na obě tyto veličiny.

Dopravní úrazy jsou jedním z nejvíce diskutovaných problémů traumatologie ve vyspělých zemích a počet těchto úrazů nejen narůstá, ale zvyšuje se také jejich závažnost (Pokorný, 2002). S tím souvisí i nutný, leckdy dlouhodobý, pobyt v nemocničním a následně rehabilitačním zařízení a tím pádem delší pobyt mimo domov a rodinu, což negativně působí na psychiku pacienta v daném zařízení. Někteří autoři uvádějí, že kvalita lékařské péče a dobrá komunikace mezi personálem daného zařízení a pacientem, stejně tak jako důvěra, je pro zotavení pacienta velice důležitá (Raudenská, Javůrková, 2011; Vymětal, 2003).

Přesto, že je při dopravní nehodě v České republice zraněno v průměru 74 osob denně, nejsou tyto osoby předmětem zvýšeného zájmu ani výzkumných studií. Jedním z důvodů, proč tomu tak je, může být fakt, že neexistuje přesná statistika o tom, jak dlouho stráví osoba po dopravní nehodě v dočasné pracovní neschopnosti. Existuje přesné označení diagnózy, Y85 - Následky dopravních nehod, která však označuje pouze vnější příčinu vzniku úrazu, nejde zde o onemocnění. Proto se tato diagnóza užívá pouze jako doplňková k diagnóze konkrétního zranění, které se daného pacienta týká. Dle interních materiálů Česká správa sociálního zabezpečení byla v roce 2014 pod touto diagnózou evidována pouze jedna osoba, v roce 2015 také jedna osoba a v roce 2016 opět pouze jedna osoba (Česká správa sociálního zabezpečení, 2014, 2015, 2016). Toto může vést k zneviditelnování této skupiny a znemožňování intervencí v této oblasti.

Cíl práce

Cílem práce je zjistit, zda lidé, kteří utrpěli úraz při dopravní nehodě na pozemní komunikaci, jsou spokojeni s péčí, která se jim v nemocničním, případně rehabilitačním zařízení, dostala; a pokud spokojeni nebyli, z čeho pramenila jejich nespokojenost.

Soubor, metodika

Výzkumný soubor tvořily osoby po dopravní nehodě na pozemní komunikaci žijící na území České republiky. Při výběru souboru byla využita metoda záměrného výběru, při které dochází k cílenému výběru respondentů s podobnými charakteristikami. Toto znamená, že podle předem stanovených kritérií se vyhledají respondenti, kteří tato kritéria splňují a s výzkumem souhlasí (Patton, 2001).

Hlavními kritérii pro zařazení do výzkumu byly: osoba měla dopravní nehodu na pozemní komunikaci a utrpěla úraz, který si vyžádal hospitalizaci. Další kritérium bylo, aby respondent byl v době dopravní nehody v produktivním věku. Poslední podmínkou pro zařazení do výzkumu byl fakt, že od nehody respondenta uběhl více než rok nebo byl již po absolvování léčení a rehabilitačního pobytu, aby mohl svůj stav a své pocity zhodnotit lépe bez emocí a s odstupem času.

Výzkumný soubor představovalo 50 osob po dopravní nehodě na pozemní komunikaci, z toho 32 mužů a 18 žen. Věkové rozmezí respondentů se pohybovalo od 29 do 50 let (tab. 1). V rámci výzkumu respondenti hodnotili 22 nemocničních zařízení a 7 rehabilitačních zařízení. Počet hodnocení u jednotlivých nemocničních a rehabilitačních zařízení, uvádí tabulka č. 2. Z důvodu zachování anonymity jsou nemocnice a rehabilitační zařízení zařazené dle krajů a označené číslem, které znázorňuje pozici v hierarchii zařízení v daném kraji. Respondenti někdy prošli více než jedním nemocničním zařízením.

Tabulka 1 – Věkové rozložení dotazovaných

věk	N	
	muži	ženy
29-35	11	0
36-45	16	12
45-50	5	6
celkem	32	18

N – počet

Tabulka 2 – Přehled hodnocených zařízení a počet hodnocení

Nemocniční zařízení	N	Rehabilitační zařízení	N
Hlavní město Praha – č. 1	1	Středočeský kraj – č. 1	14
Hlavní město Praha – č. 2	7	Středočeský kraj – č. 2	3
Hlavní město Praha – č. 3	1	Pardubický kraj č. 1	14
Hlavní město Praha – č. 4	1	Královéhradecký kraj – č. 1	1
Jihočeský kraj – č. 1	5	Moravskoslezský kraj – č. 1	1
Jihočeský kraj – č. 2	1	Moravskoslezský kraj – č. 2	5
Jihomoravský kraj – č. 1	15	Moravskoslezský kraj – č. 3	2
Jihomoravský kraj – č. 2	1	Liberecký kraj – č. 1	1
Jihomoravský kraj – č. 3	2	Liberecký kraj – č. 2	5
Kraj Vysočina – č. 1	2	Pardubický kraj – č. 1	1
Kraj Vysočina – č. 2	1	Pardubický kraj – č. 2	1
Kraj Vysočina – č. 3	3	Plzeňský kraj – č. 1	3
Kraj Vysočina – č. 4	1	Ústecký kraj – č. 1	4
Kraj Vysočina – č. 5	1	Zlínský kraj – č. 1	2
Královéhradecký kraj – č. 1	4		

N – počet

Výzkum byl realizován za pomoci kvalitativní výzkumné metody. Tato metoda pracuje s menším množstvím dotazovaných, bez nároku na statistickou reprezentativnost. Ke sběru dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda byla zvolena, protože umožňuje flexibilní vytváření doplňujících otázek, což přináší maximální vyčerpávající rozhovor a rozpracování do hloubky vzhledem ke stanovenému cíli a výzkumným otázkám, přičemž s tímto tvrzením se ztotožňuje i Miovský (Miovský, 2006).

Polostrukturovaný rozhovor byl rozdělen na okruhy dle zaměření. Pro tento článek byla využita část z rozhovoru, která se týkala spokojenosti pacientů po dopravní nehodě se zdravotní a rehabilitační péčí. Pacienti byli po hospitalizaci a rehabilitaci v různých zařízeních v České republice již s nějakým odstupem, proto mohli celou situaci hodnotit reálně, bez prvotního šoku.

Získaná data byla nejdříve zaznamenána na audiozáznam, byla provedena analýza a následně proběhla tzv. transkripce, tedy přepis audiozáznamu do podoby textu. V dalším kroku byly vypuštěny věty, které neměly pro výzkum žádný význam a žádnou důležitou informaci.

Výsledky a interpretace

Zdravotní péče

Na otázku *Byl jste spokojen(a) se zdravotní péčí?*, odpověděla většina dotazovaných (68,3 %), že byla spokojena se zdravotní péčí a 31,7 % odpověděla, že nebyla spokojena.

Důvody nespokojenosti se zdravotní péčí

Nespokojeno se zdravotní péčí bylo 20 dotazovaných. Celková nespokojenost u nemocnic, kterých se to týká, vyjádřená v procentech, uvádí tabulka 3.

Tabulka 3 - Nemocniční zařízení, která zaznamenala nespokojenost dotazovaných

Nemocniční zařízení	N	z toho nespokojených	V %
Jihočeský kraj – č. 1	5	1	20
Jihomoravský kraj – č. 1	15	5	26,7
Liberecký kraj – č. 2	5	2	40
Kraj Vysočina – č. 3	3	3	100
Plzeňský kraj – č. 1	3	3	100
Jihočeský kraj – č. 2	1	1	100
Zlínský kraj – č. 1	2	1	50
Pardubický kraj – č. 1	1	1	100
Kraj Vysočina – č. 5	1	1	100
Jihomoravský kraj – č. 3	2	2	100

N – počet

Důvody nespokojenosti se zdravotní péčí bylo spojeno s nepříjemným ošetřovatelským personálem nebo nedostatkem informací o zdravotním stavu. 14 osob

uvedlo, že měly pocit, jako když ošetrovatelský personál v nemocničním zařízení obtěžují a 6 uvedlo, že jim vadilo, že neměly dostatečné informace o svém zdravotním stavu,

Rehabilitační péče

Na otázku *Byl jste spokojen(a) s rehabilitační péčí?*, odpovědělo 95 % dotazovaných, že bylo spokojeno s rehabilitační péčí a pouze 5 % odpovědělo, že nebylo spokojeno. Mnozí dotazovaní uváděli, že díky rehabilitačním zařízením se vrátili zpět do života. Zde se naučili například žít na invalidním vozíku, získali nové koníčky korespondující s jejich postižením apod.. Nespokojené s rehabilitační péčí byly pouze dvě osoby a obě shodně sdělily, že nebyly spokojeny proto, že měly málo léčebných procedur.

Závěr

Za pomoci nestandardizovaného rozhovoru byla zjišťována spokojenost se zdravotní a rehabilitační péčí u osob po dopravní nehodě na pozemní komunikaci. Zatímco u rehabilitační péče bylo spokojeno 95 % dotazovaných, u zdravotní péče bylo spokojeno 75,9 % dotazovaných. Mezi nejvíce zastoupené faktory nespokojenosti patřil špatný přístup personálu a nedostatečné informace o zdravotním stavu.

Výzkumy, ale i zkušenosti z praxe ukazují, že právě osoby, které mají dostatek informací o svém zdravotním stavu, mají podporu blízkých osob a profesionální přístup zdravotníků má na osoby v nemocničním zařízení kladný vliv, například se lépe rehabilitují a lépe snášejí bolest (Novosad, 2011; Neusarová, 2009). Výsledky mého výzkumu však potvrzují, že v některých případech se pacienti setkali jednak s neochotným personálem, který v nich vyvolával pocit, že je obtěžuje a dále s malým množstvím informací o svém zdravotním stavu, který v nich vyvolával pocit nejistoty.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že všichni dotazovaní, kteří nebyli spokojeni se zdravotní péčí, nastoupili do invalidního důchodu, ať již prvního, druhého či třetího stupně. Někteří z těchto lidí nenastoupili po špatné zkušenosti z nemocničního zařízení do rehabilitačního zařízení. Tím se šance jejich návratu do zaměstnání rapidně snížila. V České republice neexistuje povinnost, na rozdíl například od Spolkové republiky Německo, aby hlavní podmínkou pro přiznání invalidního důchodu byla skutečnost, že daná osoba prošla důkladnou rehabilitací, vyčerpaly se všechny možnosti a není možnost, aby se vrátila do zaměstnání.

Rehabilitační péče dle mého výzkumu obdržela velice pozitivní hodnocení. Lidé se v těchto zařízeních setkávají s příjemným a ochotným personálem, který jim pomáhá se zotavením po úrazu po dopravní nehodě.

Předložený příspěvek se zabývá osobami po dopravní nehodě na pozemní komunikaci, které vlivem této nehody utrpěly úraz a byly hospitalizovány, a to konkrétně s jejich spokojeností se zdravotní a rehabilitační péčí. Osob, které při dopravní nehodě utrpí úraz, na základě kterého jsou hospitalizovány, stále přibývá. Tím vznikají vyšší náklady na

zdravotní a rehabilitační péči. Z tohoto důvodu považuji za vhodné se tímto tématem dále zabývat.

Seznam bibliografických odkazů

1. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. Statistika dlouhodobých pracovních neschopností dle diagnóz 2014. interní materiál. 2014.
2. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. Statistika dlouhodobých pracovních neschopností dle diagnóz 2015. interní materiál. 2015.
3. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. Statistika dlouhodobých pracovních neschopností dle diagnóz 2016. interní materiál. 2016.
4. JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 9788073675929.
5. MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
6. NEUSAROVÁ, Jana. 2009. Dopravní nehodovost a její následky na životy zasažených lidí. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. roč. 5, č. 2, s. 179 – 184. ISSN 1801-0261.
7. NOVOSAD, Libor. 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, ISBN 9788073678739.
8. PATTON, Michael Quinn. 2002. *Qualitative research & evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications. ISBN 0-7619-1971-6.
9. POKORNÝ, Vladimír. 2002. *Traumatologie*. Praha: Triton. ISBN 807254277X.
10. RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena. 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024722238.
11. VYMĚTAL, Jan. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. ISBN 807178740X.

Kontaktná adresa autora

Mgr. Monika Másilková – doktorandka
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav radiologie, toxikologie a ochrany obyvatelstva
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
E-mail: popsy1@seznam.cz

SPOKOJENOST PACIENTŮ S DIALYZAČNÍ LÉČBOU

Patient'S Satisfaction with Dialysis Treatment

Jitka Tamáš Otásková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta,
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, České Budějovice,
Česká republika

Souhrn

Příspěvek je zaměřený na problematiku spokojenosti pacientů s dialyzační léčbou. V dnešní době pacienti se zdravotníky spolupracují i při výběru metody náhrady funkce ledvin. Do nedávné doby byla touto metodou, mimo transplantace ledvin, hemodialýza v nemocničním prostředí středisek hemodialyzační léčby nebo peritoneální dialýza v domácím prostředí. Nově je možné v České republice podstoupit hemodialýzu v domácím prostředí. Pacientů, kteří jsou odkázáni na některou z metod dialýzy každoročně přibývá. Současně s tímto nárůstem pacientů jsou kladeny stále vyšší nároky na zdravotnický personál v centrech dialyzační léčby s ohledem na přání pacienta a jeho spokojenost s terapií. Výzkum byl realizován pomocí hloubkových rozhovorů u souboru osmi pacientů podstupujících hemodialyzační léčbu v nemocnici, peritoneální dialýzu doma nebo hemodialýzu v domácím prostředí. Každá z léčebných metod zasahuje do oblasti fyzické, psychické i sociální, neboť pacienti trpí závažným chronickým onemocněním. Výsledky ovšem ukázaly rozdíl ve spokojenosti i v subjektivním vnímání kvality života.

Klíčová slova: Hemodialýza. Peritoneální dialýza. Domácí hemodialýza. Spokojenost pacientů.

Úvod

Ve svém příspěvku se zaměřuji na pacienty s chronickým onemocněním ledvin, které nezvratně vedlo k selhání funkce ledvin. Z tohoto důvodu jsou pacienti odkázáni na některou z metod dialyzační léčby, pokud není možná transplantace. Pacienti jsou svým zdravotním stavem donuceni přijmout dialýzu jako součást života. Smiřování se s touto situací je velmi individuální, jak jsem mohla pozorovat během více než pětileté praxe sestry v hemodialyzačním středisku. Na optimalizaci léčby se stále více podílí sám nemocný, přihlíží se k subjektivně vnímané kvalitě života, přání nemocného a jeho spokojenosti. Indikátorem kvality zdravotní péče tedy nejsou pouze laboratorní výsledky, jak tomu bylo

dříve. Převážné části dialyzovaných pacientů by v počátcích hemodialyzační léčby tato terapie nebyla umožněna (věk nad 50 let, přidružená onemocnění, apod.). Dnes v podstatě nejsou výběrová kritéria pro zařazení pacienta do pravidelné dialyzační léčby. Stále se zdokonalují dialyzační přístroje a nejen to. Jestliže hemodialýza v nemocnici pro nemocného znamená výrazné záporné ovlivnění spokojenosti s léčbou, potažmo zhoršení jeho zdravotního stavu a snížení kvality života a není-li pacient indikován k peritoneální dialýze, která není pro každého nemocného vhodná, nově může být vhodným pacientům nabídnuta další možnost terapie – domácí hemodialýza. Lékař nemocnému doporučí nejvhodnější metodu terapie s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav a pacient si může zvolit sám způsob léčby. Každá z uvedených metod terapie přináší pro pacienta určité výhody a nevýhody oproti jiné metodě.

Toto šetření vzniklo jako dílčí výstup z rozhovorů pro disertační práci zabývající se kvalitou života dialyzovaných pacientů.

Cíl práce

Cílem práce je zjistit, jak metoda terapie ovlivňuje spokojenost pacientů odkázaných na dialyzační léčbu a v jakých konkrétních oblastech tito pacienti a jejich spokojenost byla ovlivněna, ať už kladně či záporně.

Soubor, metodika

Výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří jsou léčeni v hemodialyzačním centru v České republice. Tři z dotazovaných jsou léčeni hemodialýzou (dále HD) 2-3x v týdnu v centru a tři dotazovaní si zvolili peritoneální dialýzu doma (dále PD). Dva dotazovaní jsou jedni z prvních pacientů v České republice, kterým byla navržena hemodialýza v domácím prostředí (dále DHD). Výběr dotazovaných byl záměrný. Kvalitativní šetření bylo realizováno pomocí hloubkových rozhovorů. Získaná data byla po souhlasu dotazovaných zaznamenána na audiozáznam, pak zpracována a vyhodnocena pomocí programu ATLAS.ti.

Výsledky a interpretace

Z výsledků je patrné, že pacienty především omezuje bolest a únava a tím dochází ke snížení fyzické aktivity. Dotazovaní s HD popisují nejčastěji celotělovou bolest kostí a svalů a chronickou únavu, dotazovaní s PD ovlivňuje tupá bolest v oblasti peritonea, kterou popisují jako „tahání“ a uvádějí ovlivnění fyzických sportů s ohledem na peritoneální katétr. Dále spokojenost pacientů s HD ovlivňuje změna sociálního kontaktu, koníčků a zájmů, oproti tomu u PD a DHD se dle dotazovaných sociální kontakt nezměnil. Všechny tři metody léčby vyžadují, aby pacienti svůj denní program podřídili dialyzační léčbě, v případě HD je navíc spokojenost dotazovaných výrazně zhoršena cestováním do střediska. PD je složitější

ve včasném odhalování a řešení náhlých komplikací a klade vyšší nároky na samostatnost pacienta a úpravu prostředí pro dialýzu oproti HD. DHD je náročnější v komplexní edukaci nemocného včetně nácviku aplikace jehel oproti HD a PD.

Závěr

Každá z metod dialýzy ovlivnila chronicky nemocné pacienty ve všech oblastech jejich života. Dotazování s PD se shodují na těchto změnách, které jim jejich metoda léčby přinesla a ovlivnila jejich spokojenost: časové omezení, ovlivnění sportovních aktivit, zaměstnání, omezení možnosti cestovat, změny ve spánku, bolest v peritoneu, komplikace – peritonitis, úprava prostředí pro velké množství objemných peritoneálních roztoků. Dotazování s HD se shodují na těchto změnách, které ovlivnily jejich spokojenost: časové omezení, dialýza zabere půl dne, únava, snížení aktivity, bolest, poruchy spánku a nekvalitní spánek - chodí brzy spát, časné vstávání ve 3,30h před ranní dialýzou, doprava pacienta na dialýzu a zpět. První šetření pacientů s HDH ukazuje na pozitivní změnu spokojenosti dotazovaných především ve zlepšení spánku, bolesti, časovém plánování DHD dle potřeb samotného pacienta, kulturní a společenský život je nezměněn. Vyšší nároky nemocní shledávají oproti jiným metodám v edukaci včetně nácviku napojení DHD.

Kontaktná adresa autora:

Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

J. Boreckého 1167/27

370 11 České Budějovice

E-mail: otaskova.jitka@seznam.cz, otaskova@zsf.jcu.cz

ČINNOSŤ SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA V NEZISKOVEJ ORGANIZÁCIÍ POSKYTUJÚCEJ STAROSTLIVOSŤ NEVYLIEČITELNE CHORÝM KLIENTOM

The Activity of the Social Worker in the non-Profit Organizations Providing Care
to Terminally Ill Clients

Katarína Kobelová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá neziskovými organizáciami a ich činnosťou pre občanov s nevyliečiteľným ochorením. V príspevku sa venujeme formám hospicovej a paliatívnej starostlivosti a zároveň poukazuje na možnosti starostlivosti o zomierajúcich klientov na území Slovenskej republiky a na území Českej republiky. Cieľom príspevku je poukázať na reálnu náplň práce sociálneho pracovníka, ktorý je súčasťou multidisciplinárneho tímu v neziskovej organizácii na Slovensku v porovnaní so sociálnym pracovníkom pracujúcim v neziskovej organizácii v Českej republike.

Kľúčové slová: Nevyliečiteľné chorý. Nezisková organizácia. Sociálny pracovník. Terminálne štádium.

Abstract

The contribution concerns nonprofit organizations and their activities for citizens with incurable disease. In the contribution we deal with forms of hospice and palliative care and at the same time point out the possibilities of care for mitigating clients on the territory of the Slovak Republic and on the territory of the Czech Republic. The objective of this contribution is to highlight the real content of the work of the social worker who is part of the multidisciplinary team in non-profit organisations in Slovakia compared with social workers working in non-profit organisations in the Czech republic

Key words: Incurable sick. Non-profit organization. Social worker. Terminal stage.

Úvod

„Všetci můžeme být ospravedlneni za to, že nemůžeme pacienta vyléčit, ale nie za to, že sme sa nepokúsili zmierniť bolesť a utrpenie“. H.W.Striebe

Žiadny zdravý človek si nedokáže predstaviť situáciu, že by niekedy vo svojom živote potreboval kvalitnú špecializovanú starostlivosť v prípade ochorenia na nevyliečiteľnú diagnózu. O to horšiu predstavu v nás vyvoláva pocit, či starostlivosť, ktorú si vyžaduje ochorenie nám budú schopní poskytnúť špecializovaní odborníci nielen zo zdravotnej oblasti, ale aj samotný sociálny pracovník, ktorý je súčasťou multidisciplinárneho tímu. Nikto z nás nechce tráviť svoje posledné chvíle života pripútaný na nemocničnom lôžku v nepríjemnom prostredí. Príspevkom preto chceme poukázať na veľký prínos neziskových organizácií, ktoré poskytujú starostlivosť klientom s nevyliečiteľným ochorením za prítomnosti špecializovaných odborníkov. Cieľom príspevku je popísať a analyzovať činnosti neziskových organizácií pre nevyliečiteľne chorých s prepojením na prax, so zameraním na činnosť sociálneho pracovníka a ich fundraising.

Neziskové organizácie vo vzťahu ku nevyliečiteľne chorým

„mimovládne organizácie sú významnou časťou verejného sektora, ktorý formou rozličných činností, najmä produkciou rôznych služieb realizuje plnenie úloh spojených s riešením prejavov trhovej nerovnováhy, pričom jeho úlohou nie je tvorba zisku, ale zabezpečenie spotrebných úloh“ (Oláh a kol., 2009, s. 179). Je nutné uviesť aj doplňujúce tvrdenia od ďalšieho autora, ktorým je Žáry (2013), ktorý tvrdí, že neziskové organizácie „sú významnou zložkou spoločenskej štruktúry demokratickej, pluralitnej spoločnosti.“ Tvrdí, že neziskové organizácie v porovnaní s inými organizáciami, ktoré zaradíme do súkromného sektora sa neusilujú o získanie finančných prostriedkov vo svoj prospech. Zisk ktorý dosiahnu, neprerozdedia medzi vlastníkov organizácie alebo riaditeľov. Všetky financie, ktoré získajú svojou činnosťou v rámci organizácie, sú povinný použiť a minúť výlučne na realizáciu poslania organizácie.

Z dôvodu, že ide o špecializovanú zdravotnú starostlivosť poskytovanú vybranej cieľovej skupine klientov s nevyliečiteľným ochorením, ktorej sa venujeme v našom príspevku, uvádzame zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve, ktorý presne špecifikuje ktoré zariadenia môžu vykonávať zdravotnícku činnosť. V zákone sa uvádza, že je možné prevádzkovať zdravotnícke zariadenia len na základe povolenia, do ktorých zaradíme:

- a) zariadenia poskytujúce ambulantnú starostlivosť mobilný hospic, stacionár,
- b) zariadenia poskytujúce ústavnú starostlivosť hospic.

Z uvedeného sa nazdávame, že je nevyhnutné pracovať s relevantnými informáciami a usmerneniami zo strany Slovenskej republiky v oblasti poskytovania odbornej zdravotnej starostlivosti a s n.o. pôsobiacimi s klientmi v terminálnom štádiu života. Závisí od toho

kvalita a profesionalita poskytovanej starostlivosti smerovanej na klienta, ktorý je na ňu odkázaný.

Starostlivosť o klienta s nevyliciteľným ochorením

Na úvod je dôležité objasniť termín paliatívna starostlivosť. V rámci paliatívnej starostlivosti pracujeme s klientmi v terminálnom štádiu života, kedy im zároveň poskytujeme terminálnu starostlivosť.

Definíciu paliatívnej starostlivosti nájdeme v slovníku sociálnej práce, kde je termín zadefinovaný ako komplexne scelená starostlivosť zameraná na predchádzanie a zmiernovanie všetkých hľadísk utrpenia klienta, ktorý zomiera (Matoušek, 2008). Kalanin (2008, s.9) tvrdí, že „paliatívna starostlivosť je osobitným druhom zdravotnej starostlivosti“. Na základe definície paliatívnej starostlivosti prepájame na pojem terminálna starostlivosť, nakoľko je to typ starostlivosti, ktorý sa odvíja od aktuálnej fázy zdravotného stavu klienta. Termín nám definujú autorky Hudáková, Fialová, Kokoruďová (2008, s. 93) a tvrdia, že terminálna starostlivosť je „súčasťou paliatívnej starostlivosti, ktorá predstavuje starostlivosť o pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta v posledných dňoch a hodinách pred smrťou.“ Predpokladáme, že sociálny pracovník, ktorý je súčasťou multidisciplinárneho tímu zabezpečuje terminálnu starostlivosť klientovi. Spomenutý autor nám špecifikoval terminálne štádium ako „konečné štádium“ života. Na premostenie terminálnej starostlivosti je potrebné identifikovať termín terminálne štádium života, ktoré objasňuje autor Firment (2013), ako štádium ochorenia ktoré „nie je zlučiteľné so životom a nie je naďalej liečebne ovplyvniteľné.“ Je samozrejmosťou že klientovi je poskytovaná zdravotná starostlivosť, ale pokladáme za významné pozdvihnúť starostlivosť zo strany sociálneho pracovníka, nakoľko on je tým činiteľom, ktorý poskytuje iné druhy starostlivosti, ktoré odborný zdravotnícky personál v zariadení neposkytuje. Predovšetkým sprevádza klienta, poskytuje mu posledné služby v rámci sociálnej práce ale aj mnohé iné administratívne úkony, ktoré súvisia s klientom ale aj s rodinou, ktorá potrebuje pomoc zo strany sociálneho pracovníka.

Vestník MZ SR 2006 definuje nasledovné úlohy paliatívnej starostlivosti akými sú:

- zabezpečenie klientovi zdravotnú starostlivosť erudovanými odborníkmi v danej oblasti,
- stabilizovanie a zmiernenie utrpenia klienta,
- v čo najvyššej miere zlepšenie kvality života klienta až pokým nenastane smrť,
- neodďaľovať ani neurýchľovať smrť u klienta,
- poskytovať klientovi možnosti, aby mohol žiť čo najaktívnejšie až do smrti v závislosti od jeho možností a schopností,

- snaženie sa o integráciu sociálnych, spirituálnych a iných aspektov starostlivosti o klienta,
- poskytovanie odbornej pomoci príbuzným v období ochorenia a v období po úmrtí klienta.

Na základe uvedených faktov od jednotlivých autorov sa nazdávame, že je potrebné v rámci multidisciplinárneho tímu v praxi pracovať na uspokojovaní klientových bio-psycho - sociálnych potrieb, nakoľko teoretické poznatky nás formujú tým smerom, aby poskytovaná starostlivosť nebola zameraná len na jednu oblasť potrieb, ale na všetky, ktoré sú súčasťou prirodzeného ľudského života.

Dôležitou úlohou sociálneho pracovníka ako člena multidisciplinárneho tímu je neopustiť klienta a zotrvať s ním do posledných chvíľ jeho života. Našu domnienku o potrebnosti sociálneho pracovníka v hospici utvrdzuje Matoušek a kol., (2010), ktorý pozdvihuje sociálneho pracovníka a považuje ho za rovnako cenného a dôležitého odborníka pri práci s klientom, ako iní špecialisti, ktorý sú v kontakte s klientom v zariadení. Medzi najčastejšie vykonávané činnosti sociálneho pracovníka v hospici sú sprevádzanie klienta v zariadení, z čoho nám vyplývajú úkony na báze praktickej ale aj emocionálnej starostlivosti, ktorú poskytuje sociálny pracovník samotnému klientovi ale aj spomenutým rodinným príslušníkom, ktorí sa ocitli v ťaživej životnej situácii. Poskytuje informácie o aktuálnych dostupných službách, zákonoch ale aj príspevkoch rodine, ktorá nemá možnosť získania informácií. Práve sociálny pracovník v hospici poskytuje aktuálne možnosti riešenia situácie rodine, ktorá to potrebuje a informácie by im mohli výrazne pomôcť v aktuálnej situácii.

Možnosti starostlivosti o zomierajúcich klientov na Slovensku

Poukázaním na niektoré z inštitúcií uvedieme aktuálnu situáciu poskytovateľov hospicovej a paliatívnej starostlivosti na Slovensku v oblasti neziskového sektora, ktoré nám lepšie ozrejmia možnosti, ktorými disponujeme na území Slovenskej republiky, prípadne zistíme strategické rozmiestnenie jednotlivých zariadení.

- Hospic Matky Terezy v Bardejove,
- Hospic Slnečnica v Bratislave,
- Hospic pod vedením Vysokošpecializovaným odborným ústavom geriatrickým sv. Lukáša v Košiciach,
- Tolerancia n.o. Trstice,
- Hospic sv. Martina v Martine,
- Hospic Milosrdných sestier REFUGIUM v Trenčíne,
- Hospic Hestia v Lučenci,

- Hospic sv. Alžbety v Ľubici,
- Detský hospic PLAMIENOK,
- Detský mobilný hospic SVETIELKO POMOCI,
- Mobilný hospic TOLERANCIA v Trsticiach,
- Hospic sv. Františka z Asisi v Palárikove,
- Mobilný hospic sv. Lujza,

Spišská katolícka charita - mobilné hospice (Ministerstvo vnútra SR, 2014).

Mobilné hospice pôsobiace pod Spišskou katolíckou charitou ako CHARITAS, poskytujú svoje služby v nasledujúcich mestách:

- mobilný hospic Charitas Dolný Kubín,
- mobilný hospic Charitas Kežmarok,
- mobilný hospic Charitas Levoča,
- mobilný hospic Charitas Spišské Vlachy,
- mobilný hospic Charitas Liptovský Mikuláš,
- mobilný hospic Charitas Poprad,
- mobilný hospic Charitas Ružomberok,
- mobilný hospic Charitas Námestovo,
- mobilný hospic Charitas Spišská Nová Ves,
- mobilný hospic Spišská Stará Ves,
- mobilný hospic Trstená,
- mobilný hospic Charitas Stará Ľubovňa (www.zzz.sk).



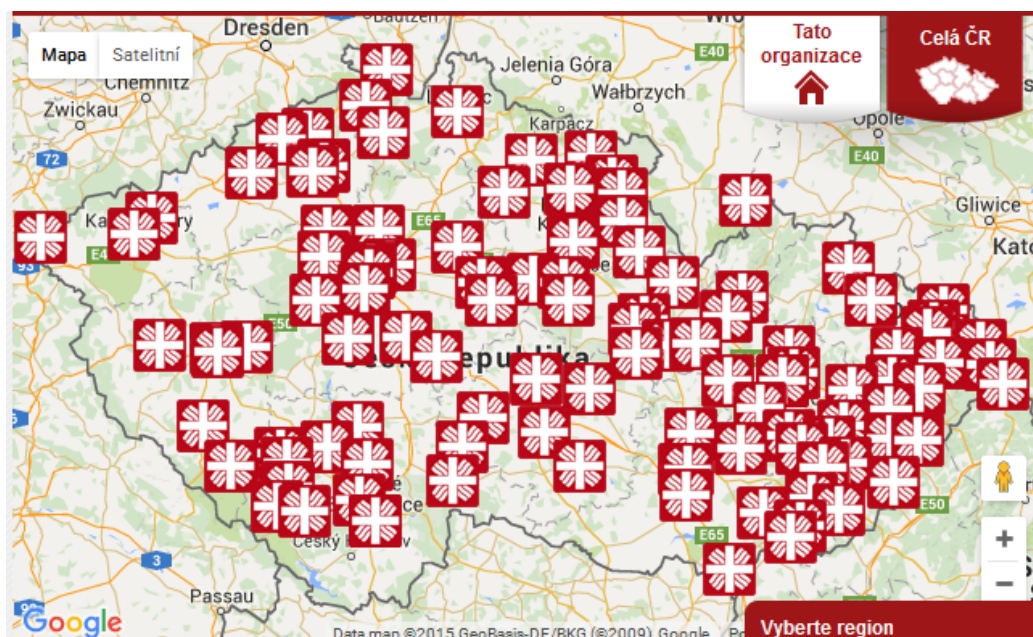
Obrázok 1 Pôsobnosť mobilných hospicov Charita na Slovensku

Zdroj: Vlastné spracovanie

Rovnako, ako sme uviedli možnosti starostlivosti na Slovensku, je nevyhnutné pre potreby nášho príspevku a jeho výskumu uviesť niektoré zariadenia, ktoré poskytujú paliatívnu a hospicovú starostlivosť v rámci neziskového sektora na území Českej republiky.

Poukázaním na zariadenia získame prehľad o možnostiach, rovnako aj získame informácie o strategickom rozmiestnení zariadení na území Českej republiky.

- Hospic svaté Hedviky, o.p.s., v Kladne,
- Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s., v Prachatice,
- Hospic sv. Alžběty o.p.s., v Brně,
- Hospic Dobrého Pastýře, Tři, o.p.s., Čerčany,
- Domáci hospic Vysočina, o.p.s., Nové Město na Moravě,
- Domáci hospic Jordán o.p.s., Tábor,
- Domáci hospic Duha, o.p.s., Hořice,
- RUAH, o.p.s., Benešov,
- SDÍLENÍ o.s., Telč,
- OPORA, Roudnice nad Labem,
- Domáci hospic Athlas Písek, Písek,
- Hospic v MOSTĚ, Most, (Svatošová In www.hospice.cz).



Obrázok 2 Pôsobnosť Charity českej republiky

Zdroj: www.charita.cz

EMPIRICKÁ ČASŤ

Predmet výskumu

Predmetom výskumu je činnosť neziskovej organizácie zameranej na starostlivosť o nevyliciteľne chorých, vrátane spôsobu fundraisingu a činnosti sociálneho pracovníka

Cieľ výskumu

Hlavným cieľom výskumu je zistiť, obsah práce sociálneho pracovníka v neziskovej organizácii v kontexte s klientmi s nevyliečiteľným ochorením, jej celkovú činnosť a spôsob akým sa organizácia podieľa na fundraisingu.

Výskumné otázky

1. Aké činnosti vykonáva sociálny pracovník v neziskovej organizácii ?
2. Ako funguje fundraising v neziskovej organizácii?

Výskumnú vzorku preto tvorili 2 sociálne pracovníčky, ktoré pracujú priamo v neziskových organizáciách, poskytujúce služby občanom s nevyliečiteľným ochorením. Sociálna pracovníčka, ktorá pracuje v neziskovej organizácii na Slovensku, konkrétne v Hospici Milosrdných sestier Trenčín má 26 rokov, prax má v odbore 3 roky z čoho nám vyplývalo, že ide o absolventku vysokej školy, ktorá bez prerušenia pracuje v odbore s nadviazaním na vysokú školu. Druhá sociálna pracovníčka z Českej republiky nám uviedla vek 43 rokov a dĺžku praxe 1 rok dôvodom bolo neskoršie absolvovanie vysokej školy, ktorú potrebovala na výkon povolania.

Metóda výskumu

Pre daný typ výskumu bola použitá výskumná metóda štruktúrovaný interview. Prostredníctvom tejto výskumnej metódy, na základe kladenia otázok sociálnym pracovníckam sme zisťovali presné informácie o ich náplni práce a to konkrétne všetky činnosti, ktoré musia vykonávať počas pracovnej doby. Zisťovali sme ich názory, akým spôsobom pristupujú ku klientom, rovnako sme zisťovali presné informácie ohľadom fundraisingu v zariadení a ako získavajú finančné prostriedky od klientov za starostlivosť, ktorú im poskytujú. Rovnako sme zisťovali názory u samotných sociálnych pracovníčok na prítomnosť sociálneho pracovníka v hospici ako súčasť multidisciplinárneho tímu. Otázky boli presne štruktúrované, čo znamená, že všetci participanti dostali rovnaké otázky a aj v rovnakom poradí.

Interpretácia výsledkov výskumu

1.

1.1 Aká je Vaša náplň práce v zariadení?

Participant A.: kontakt s pacientom, rodinou, kontakt s ÚPSVaR, dokumentácia pre zdravot. Poistovňu, archivácia, objednávanie stravy pre pacientov a personál, štatistiky, rozposielanie upomienok,

Participant B.: kontakt s rodinou, s klientom, sprevádzanie rodiny pred a po úmrtí klienta, poradenstvo, administratíva, registrácia soc. Služieb, práca s dobrovoľníkmi, vytvorenie zmlúv

1.2 Ako dlho prebieha Vaša práca s klientom?

Participant A.: rôznorodo, podľa stavu pacienta

Participant B.: rôznorodo, podľa štádia ochorenia

1.3 Akým spôsobom sa podieľate na vedení agendy klientov ?

Participant A.: informácie o klientovi, dokumentácia jeho aktuálneho stavu, komunikujem so zdravotnými poisťovňami

Participant B.: spisujem a vytváram zmluvy, celá agenda

1.4 Poviete mi prosím, aká je spätná väzba na Vašu prácu?

Participant A.: príjemná, rodiny sa revanšujú ako vďaka za starostlivosť

Participant B.: kladná, rodina je vždy vďačná, sme súčasťou ich rodín

2.

2.1 Akým spôsobom sa podieľate na získavaní financií na chod organizácie?

Participant A.: fundraiser na plný úväzok

Participant B.: píšem žiadosti o granty

2. 2 Ak sa prezentujete ako zariadenie, aby ste získali stále financie?

Participant A.: od septembra do júna verejná zbierka, reklamy: rádio Lumen, internet portál, farnosti, diecézy, plagáty, stály príjem je problém

Participant B.: darcovstvo, úhrady za služby, získanie stálych zdrojov je zložité

2.3 Poviete mi prosím, akým spôsobom zabezpečujete, aby bola zaplatená úhrada za starostlivosť o klienta?

Participant A.: zdravotná poisťovňa 40 € + pacient 18€ + dary a sponzory

Participant B.: platia všetci bez problémov, 2 krát sa stal vznik pohľadávky, ktorá bola vybavená prostredníctvom dedičského konania alebo splátkový kalendár

2.4 Akým spôsobom sa Vám darí vyplácať mzdy zamestnancom za ich vykonávanú prácu?

Participant A.: všetci majú zaplatené

Participant B.: účtovník, psychoterapeut, lekár pracujú ako dobrovoľníci, máme pracovné zmluvy s ÚP Českej republiky ktorý prepláca super hrubú mzdu 15 000 Kč., alebo na dohodu. Vždy majú zaplatené

3.

3.1 Ako dlho v priemere poskytujete služby klientovi, ktorí je u Vás v zariadení? (ako dlho je v priemere klient u Vás v zariadení)

Participant A.: 3 mesiace, niekedy deň, pár hodín

Participant B.: je to rôznorodé, najdlhšie 100 dní najmenej 1 deň

3.2 Služby, ktoré poskytujete sú orientované pre všetkých klientov bez rozdielu na ich aktuálny zdravotný stav? (či ich nejakým spôsobom rozdeľujete podľa diagnóz)

Participant A.: rovnako pre všetkých, avšak pri umierajúcich alebo aktívnych klientoch je to zvýšená starostlivosť

Participant B.: všetkým rovnako

3.3 Odborná literatúra hovorí o rôznych službách, ktoré sú poskytované klientom, stretávate sa popri Vašej práci so špecifickými požiadavkami zo strany klientov?

Participant A.: „modré z neba“ čokoľvek čo si praje klient sa snažíme splniť

Participant B.: áno stretávame, každý je jedinečná bytosť

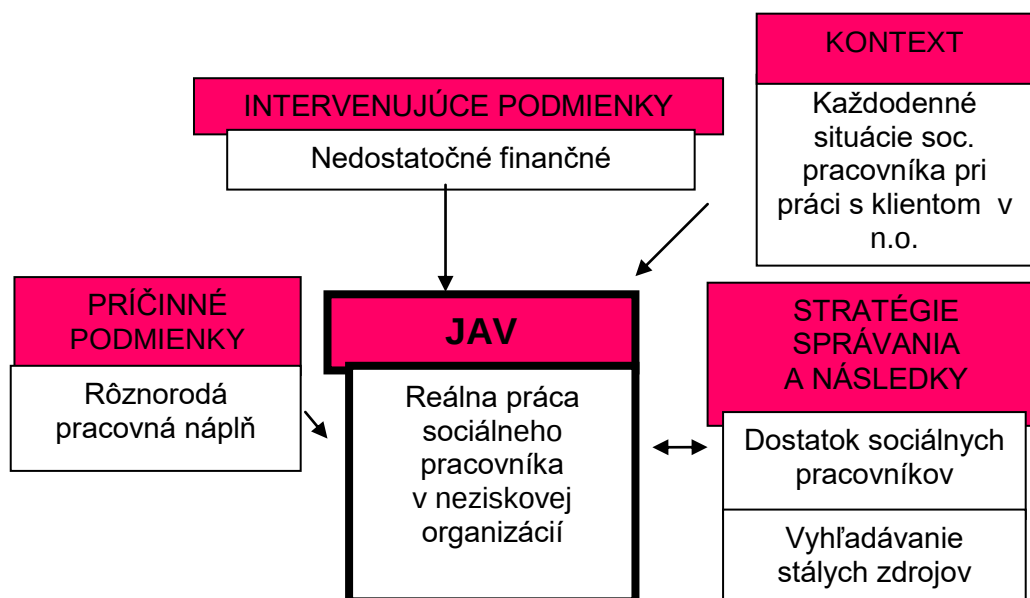
3.4 Na záver mi prosím povedzte, aký je Váš osobný názor na prítomnosť sociálneho pracovníka v neziskovej organizácii, ktorý poskytuje služby zariadení, klientom ale aj ich rodinným príslušníkom?

Participant A.: „sociálny pracovník je veľmi dôležitý, prišla by som si aj kolegu, je to náročná práca, ktorá odľahčí zdravotný personál“

Participant B.: neoddeliteľná súčasť tímu, dôležitá funkcia

Diskusia

V diskusii výskumu opisujeme, ktoré konkrétne činitele ovplyvňujú nami skúmaný jav. Považujeme preto za dôležité hneď v úvode uviesť paradigmatický model, ktorý sme vytvorili a následne konkrétnejšie objasnili a definovali jeho časti.



Obrázok 3 Paradigmatický model

Zdroj: Vlastné spracovanie

Diskusia

Prostredníctvom výskumu sa nám podarilo zistiť reálnu pracovnú náplň sociálneho pracovníka, čo ovplyvňuje jeho prácu a s akými nedostatkami prípadnými skúsenosťami sa stretávajú popri svojej práci. Prioritným stredobodom nášho výskumu bol JAV a to reálna práca sociálneho pracovníka v neziskovej organizácii. Na konkrétny jav, ktorý sme uviedli vplývajú vo veľkej miere viaceré oblasti. Na základe získaných informácií sme preto determinovali jednotlivé odpovede od konkrétnych sociálnych pracovníčok a vytvorili sme kategórie, ktoré daný jav ovplyvňujú. Príčinnými podmienkami, ktoré na daný jav pôsobia a prirodzene ho ovplyvňujú je rôznorodá pracovná náplň. Poukázali sme tu na činnosti, ktoré musia vykonávať sociálni pracovníci a na ich kompetencie, s ktorými môžu disponovať. Samotným kontextom, ktorý ovplyvňuje centrálny jav sú každodenné situácie pri práci sociálneho pracovníka s klientom v neziskovej organizácii. V tejto kategórii sme sa sústredili na prekážky, povinnosti a úlohy, ktoré musí vykonať sociálny pracovník počas jedného dňa na pracovisku ale aj na požiadavky, ktoré sú kladené na sociálneho pracovníka pri každodennej práci zo strany klienta. Intervenujúcimi podmienkami sú v tomto konkrétnom prípade nedostatočné finančné prostriedky, s ktorými musia zariadenia rôznorodo disponovať. V subkategóriách sme si vyčlenili úhrady zo strany klientov a úhrady zo strany zdravotných poisťovní a darcov. Tieto ovplyvňujú stav nedostatočných finančných prostriedkov na chod organizácie. Stratégie správania a následky obsahujú dve subkategórie a to konkrétne dostatok sociálnych pracovníkov a vyhľadávanie finančných zdrojov. Vyhľadávanie stálych zdrojov prináša riešenie nedostatkov financií v organizácii a následne je fundamentom pre vytváranie väčšieho počtu pracovných pozícií v organizácii pre obsadenie sociálnymi pracovníkmi a prerozdelením ich práce medzi sebou.

Reálnu prácu sociálneho pracovníka pracujúceho v neziskovej organizácii poskytujúcej služby klientom s nevyliciteľným ochorením výrazne ovplyvňuje rôznorodá náplň práce, ktorú vykonáva. Od tejto skutočnosti sa ďalej odvíja práca sociálneho pracovníka, jeho profesionálny prístup a kvalita poskytovaných služieb. Z daného výskumu ako sme sa mohli dozvedieť aká je náplň práce sociálnej pracovníčky pracujúcej na Slovensku. Zistili sme že je omnoho náročnejšia a všestrannejšia v porovnaní so sociálnou pracovníčkou v Českej republike. Kým sociálna pracovníčka zastrešuje administratívnu prácu, verejnú komunikáciu s inštitúciami, prácu s klientom a jeho rodinou a realizovanie upomienkových stretnutí, zabezpečuje objednávky zoznamov medikamentov a stravy, v neposlednom rade sprevádzanie. Do oblasti financovania zasahuje len čiastočne a to len výberom financií od klientov za poskytnuté služby. Vyhľadávanie zdrojov je v kompetencií fundraisera, ktorý pracuje v Hospici milosrdných sestier v Trenčíne na plný úväzok. Naopak, v Českej republike je práca sociálneho pracovníka v zariadení Hospic Athelas oveľa jednoduchšia. Sociálna pracovníčka je odbremenená od administratívnej činnosti, ktorú

vykonáva priamo administratívna pracovníčka, jej náplňou práce je len sprevádzanie klientov, poskytovanie odborného sociálneho poradenstva klientom a rodinným príslušníkom a výber poplatkov od klientov za poskytnutú starostlivosť. Všetky tieto úkoly vykonávajú erudované sociálne pracovníčky s potrebnou praxou v odbore.

Tu priamo nadväzujú každodenné situácie sociálneho pracovníka, ktoré sa vyskytujú pri práci s klientom. Sociálne pracovníčky nám zdôrazňovali jedinečné požiadavky zo strany klientov, ich príbehy a požiadavky, ktoré sa snažia naplniť a prekážky, ktoré musia denne prekonávať. Práve tieto okamihy ich naplňajú pri práci a motivujú.

To, čo vo výraznej miere ovplyvňuje ich prácu v neziskových organizáciách sú nedostatočné finančné prostriedky, ktoré ich ovplyvňujú a môžu zmeniť chod organizácie. Ako nám sociálne pracovníčky uviedli, nie každý občan si môže dovoliť takéto služby, a preto musia neustále vyhľadávať nových klientov. Vo svojich odpovediach sa zamerali hlavne na úhrady za poskytnuté služby. Pokým na Slovensku si úhradu za služby platí klient a čiastočne prepláca zdravotná poisťovňa v pomere 18 € + 40 €, v Českej republike si starostlivosť plne hradí klient. Tu nám jasne nadväzujú stratégie riešení akými sú vyhľadávanie donorov, sponzorov, väčšieho počtu klientov a prezentovanie sa dobrým menom na verejnosti. V Českej republike je lepší štátny aparát v porovnaní so Slovenskom, nakoľko prepláca zamestnancom pri trvalom pracovnom pomere Úradu práce superhrubú mzdu vo výške 15 000 Kč. Tím, že by sa navýšili finančné zdroje v organizáciách mohol by sa zvýšiť počet sociálnych pracovníkov v zariadeniach a mohla sa tak prerozdeliť práca medzi dvoch pracovníkov. Efektivita práce by sa tak zvýšila.

Reálnu prácu sociálneho pracovníka v neziskovej organizácii ovplyvňuje dostatok finančných zdrojov, ktoré získa organizácia a motivácia k obsadzovaniu dostatočného počtu sociálnych pracovníkov zariadení. Tieto determinanty priamo ovplyvňujú výkonnosť jedného pracovníka a motivujú k efektívnemu vyhľadávaní zdrojov, pretože práca sociálneho pracovníka je nenahraditeľná a je rovnako významná ako práca ostatných odborníkov v zariadení. Je preto úlohou Slovenského štátu motivovať zariadenia, aby zamestnávali sociálnych pracovníkov, ktorí sú veľkým prínosom pre organizáciu nakoľko Česká republika je v tomto smere oveľa popredu.

Odporúčania pre prax

Naším odporúčaním pre prax je, aby v neziskových z organizáciách zameraných na nevyliciteľne chorých klientov bol povinnou súčasťou multidisciplinárny tím, ktorého nezanedbateľným členom je sociálny pracovník. Náš názor je, že takýmto spôsobom prichádzajú organizácie o kvalifikovanú pomoc, ktorú im môže poskytnúť sociálny pracovník. Považujeme preto za prínosné, aby v neziskovej organizácii poskytujúcej starostlivosť klientom s nevyliciteľným ochorením bol minimálne jeden sociálny pracovník. Vo výskume

sme zistili, že neziskové organizácie pôsobiace v oblasti starostlivosti o umierajúcich klientov s ktorými sme pracovali sa zhodovali v názore, že niektoré zariadenia nevyčleňujú finančné prostriedky na vytvorenie pracovnej pozície sociálneho pracovníka preto, že to považujú to za nie potrebné. Pritom ide o špecializovaného odborníka, ktorý poskytuje odborné poradenstvo a služby a zároveň zastávame názor, že túto funkciu nedokáže plnohodnotne vykonávať iný pracovník, ktorý pracuje v organizácii. Navrhujeme, aby prostredníctvom asociácie hospicovej a paliatívnej starostlivosti bolo zrealizované stretnutie, na ktoré by boli prizvaní všetci predstavitelia z neziskových organizácií poskytujúcich starostlivosť nevyliciteľne chorým klientom, ktorým by sa dopodrobna ozrejmila náplň práce sociálneho pracovníka, determinovali by sa jeho kompetencie a vyzdvihol by sa prínos pre organizáciu, ktorá by zamestnávala sociálneho pracovníka. Následne navrhujeme, aby asociácia hospicovej a paliatívnej starostlivosti kontaktovala komoru sociálnych pracovníkov o žiadosť spolupráce pri vytvorení metodických rámcov usmerňujúcich zamestnávanie sociálnych pracovníkov v multidisciplinárnom tíme. Rovnako navrhujeme osvetovú činnosť prostredníctvom študentov sociálnej práce po všetkých neziskových zariadeniach, ktoré poskytujú starostlivosť klientom s nevyliciteľným ochorením.

Záver

Neziskové organizácie sú veľmi prospešné a dôležité v oblasti poskytovania starostlivosti pre klientov ovplyvnených nevyliciteľným ochorením. Ako uvádzame, je veľmi veľa zariadení na Slovensku, ktoré patria do neziskového sektora, no ako sme uviedli, takéto inštitúcie sa musia riadiť veľkým množstvom legislatívnych predpisov. Na svoju činnosť musia neustále získavať finančné prostriedky z rôznych zdrojov, ale aj svojou vlastnou činnosťou. V hospicoch, ktoré pôsobia v neziskovom sektore vykonávajú odbornú činnosť špecializovaní odborníci, ktorých súčasťou sú aj sociálni pracovníci. Tí však nie sú súčasťou každého zariadenia a na Slovensku je ich nedostatok. Niektorí tvrdia, že pozícia sociálneho pracovníka v zariadení je nepotrebná a môže ju nahradiť niekto iný. V príspevku sme preto uviedli kompetencie a činnosť, ktorú vykonáva sociálny pracovník a vyzdvihli sme jeho dôležitosť a nutnú prítomnosť v zariadení. Nakoľko práca s klientmi v zariadení je náročná, o to náročnejšia je práca s rodinou klienta a práve túto funkciu by mal plnohodnotne zabezpečovať sociálny pracovník v každom zariadení, čo však nie je možné vynútiť a zabezpečiť. Príspevkom sme sa snažili poukázať na významnosť neziskových organizácií v oblasti paliatívnej starostlivosti a zároveň aká je náročnosť udržateľnosti na trhu poskytovateľov odbornej starostlivosti. Zároveň sme zistili prostredníctvom vizualizácie na mapkách, ako sú systematicky rozmiestnení poskytovatelia starostlivosti na území Slovenskej republiky v porovnaní s Českou republikou.

Na základe zrealizovaného výskumu sme dospeli k tvrdeniam, že na Slovensku je menej ohodnotená a žiadaná prítomnosť sociálneho pracovníka, nakoľko neziskové zariadenia musia čeliť nedostatku finančných prostriedkov a nezvyšujú financie na zamestnanie sociálneho pracovníka v porovnaní s Českou republikou. Nakoľko nami oslovené sociálne pracovníčky uviedli množstvo práce, ktorú musia vykonávať počas jedného dňa sa iba potvrdzuje naša domnienka, že ide veľký prínos pre organizáciu, ktorá zamestnáva sociálneho pracovníka. Činnosti, ktoré vykonáva sociálny pracovník odbremeňujú zdravotnícky personál, ktorý sa môže plnohodnotne venovať klientom. Jeho úlohou je zabezpečovať chod organizácie. Pomocou informácií získaných od sociálnych pracovníčok konštatujeme, že neziskové organizácie musia neustále pracovať na zviditeľňovaní sa a musia neustále vyhľadávať sponzorov a darcov. Obidve sociálne pracovníčky sa zhodli na názore, že by im moc pomohol ešte jeden kolega z odboru sociálna práca, nakoľko ich práca je všestranná a náročná.

Bibliografia

1. FIRMENT. J., 2014. Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia. In www.ssaim.sk [online]. 2014, [cit. 2015-11-03]. Dostupné na internete: http://www.ssaim.sk/documents/EoL-AIM_2014.pdf.
2. HUDÁKOVÁ, Z., - FIALOVÁ, A., - KOKORUĐOVÁ, J., a kol. 2008. *Onkologické ošetrovateľstvo*. Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2008. 146 s. ISBN 978-80-8084-363-2.
3. KALANIN, P. 2008. *Základy paliatívnej starostlivosti v geriatrii*. Ružomberok : Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2008. 103 s. ISBN 978-80-8084-283-3.
4. MATOUŠEK, O. - KOLÁČKOVÁ, J. - KODYMOVÁ, P., (eds.). 2010. *Sociální práce v praxi : Špecifikace různých cílových skupín a práce s nimi*. 2. vyd. Praha : Portál, s.r.o., 2010. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
5. MATOUŠEK, O. a kol. 1. vyd. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha : Portál, s.r.o., Praha 2013. 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
6. MINISTERSTVO VNÚTRA SR., 2014. Neziskové organizácie poskytujúce všeobecne prospešné služby. In www.minv.sk [online]. 2014, [cit. 2015-09-11]. Dostupné na internete: <http://www.minv.sk/?neziskove-organizacie-poskytujuce-vseobecne-prospesne-sluzby>.
7. OLÁH, M. - SCHAVEL, M. - ONDRUŠOVÁ, Z. - NAVRÁTIL, P. 2009. *Sociálna práca: vybrané kapitoly z dejín, teórie a metód sociálnej práce*. 1. vyd. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2009. 228 s. ISBN 80-969449-6-7.

8. SVATOŠOVÁ. M., 2011. Adresář hospiců. In www.hospice.cz [online]. 2011, [cit. 2015-11-26]. Dostupné na internete: <http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/>.
9. ZÁKON NR SR č. 578/2004 O poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách a o zmene a doplnení niektorých zákonov. In www.zbierka.sk [online]. 2004, [cit. 2015-10-08]. Dostupné na internete: http://www.zbierka.sk/sk/predpisy/zakon-578-2004-z-z.p-8186.html?aspi_hash=NTc4LzlwMDQgWi56Lg.
10. ŽÁRY. I., 2013. Tretí sektor. In www.zary.sk [online]. 2013, [cit. 2015-09-06]. Dostupné na internete: http://www.zary.sk/virtualna_kniha/k10-3sektor.html.

Kontaktná adresa autora

Mgr. Katarína Kobelová
Katolícka univerzita v Ružomberku
Pedagogická fakulta
Katedra sociálnej práce
Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok
E-mail: katarinakelcikova@gmail.com

FAJČENIE A PRÁCA SESTRY

Marcela Ižová¹, Oľga Kelčíková²

¹Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

²Ústredná vojenská nemocnica Ružomberok SNP– FN, Ružomberok

Súhrn

V našej spoločnosti k jednej z najviac diskutovaných tém, ktoré sa vedú zároveň na pôde zdravotníckych inštitúcií a v rovine laickej verejnosti, patrí fajčenie. Závažné zdravotné dôsledky fajčenia sú zreteľne dokázané a tabaková pandémia je vážny celospoločenský problém. Cieľom príspevku je informovať o rizikách vzniku závislosti na nikotíne a preventívne opatrenia vzniku nikotinizmu u sestier. Jednou zo stratégií, ktoré vedú k zníženiu počtu ochorení a úmrtí v dôsledku fajčenia, je zvýšiť pôsobenie zdravotníckych pracovníkov v prevencii a liečbe fajčiarskej závislosti. Dôležitú úlohu ako vzor správania pre svoje sociálne okolie a pre pacientov, majú sestry. Ich fajčenie môže laikom falošne naznačovať, že argumenty proti fajčeniu sú len propagácia a skutočné riziko nie je až tak vážne.

Kľúčové slová: Fajčenie. Závislosť. Rizikové faktory. Zdravie. Sestry.

Jednou z priorít programu Zdravie 21 je zlepšenie životného štýlu populácie a zníženie škôd na zdraví spôsobených alkoholom, drogami a tabakom. Máloktorá profesia je zainteresovaná do tohto programu tak, ako profesia zdravotníckych pracovníkov. Ich úloha a zodpovednosť je stále posúvaná do oblasti primárnej prevencie. Svojimi aktivitami, edukačnou činnosťou a osobným príkladom majú ovplyvňovať postoje a správanie ľudí v starostlivosti o zdravie, posilňovať ich osobnú zodpovednosť za svoje zdravie a zdravie svojich blízkych. Lekári a sestry musia prijať zodpovednosť za dôsledky svojho vlastného životného štýlu na zdravie pacientov (Drozdová, 2002). Linda Sarna konštatuje že „*fajčenie u sestier obmedzuje ich schopnosť byť silnými zástankyňami boja proti fajčeniu, vrátane ich účasti na odvykacích kúrach so svojimi pacientmi*“ (Tobacco Free Nurses, 2008). Skutočnosť, či zdravotnícky pracovník fajčí alebo nie má veľký vplyv na to, ako je schopný aktívne a účinne radiť pacientom, aby prestali fajčiť.

Faktory ovplyvňujúce vznik nikotinizmu

Pugnerová (2006) definuje **pracovné prostredie** ako „súbor činiteľov a podmienok pôsobiacich na činnosť človeka v určitom priestore“ (Pugnerová, 2006, s.15). Podľa SZO, by sa mali prevenciou a liečbou nikotinizmu zaoberať predovšetkým zdravotnícki pracovníci, pretože sú s pacientom najčastejšie v kontakte. Pracovným prostredím zdravotníckych pracovníkov, čiže aj sestier, sú väčšinou nemocnice. Prioritou zdravotníckeho manažmentu by mal byť nielen spokojný pacient, ale aj spokojný personál. Zavádzanie nefajčiarskych pracovísk zlepšuje imidž zdravotníckeho zariadenia a ukazuje, že zamestnávateľovi nie je starostlivosť o zdravie zamestnancov ľahostajná. V neposlednom rade sú to aj dôvody ekonomické. Zamestnávanie fajčiara je spojené so zníženou produktivitou práce, ktorá súvisí so zníženou koncentráciou pri práci, zhoršenými pracovnými vzťahmi a zníženou pracovnou pohodou. Zavedenie nefajčiarskeho pracoviska je pre fajčiara silnou motiváciou uvažovať o zmene svojho správania a zvyšuje pravdepodobnosť zanechania fajčenia. Väčšina ľudí strávi na pracovisku tretinu dňa, päť dní v týždni, čiže prítomnosť tabakového dymu na pracovisku je podstatná. Saadouni (2010) uvádza, že v Českej republike nemocnicou sa „nefajčiarskou nemocnicou“ chce stať pražská Všeobecná fakultná nemocnica (ďalej len VFN), kde už v roku 2005 pri 3.internej klinike 1.LF UK a VFN vzniklo Centrum liečby závislosti na tabaku. Jeho služby môžu využiť pacienti aj personál nemocnice. Zámerom nemocnice je dosiahnuť, aby nefajčili pacienti ako aj zdravotnícky personál, ktorý im môže ísť príkladom (Saadouni, 2010).

V pozitívnych **pracovných vzťahoch** je človek schopný uvoľnene komunikovať, adekvátne reagovať, nie je viazaný predsudkami a strachom zo zlyhania. Pracovné vzťahy medzi sestrami sú tvorené sociálnou a profesionálnou komunikáciou (Bártlová, Trešlová, 2010). K produktívnym interpersonálnym interakciám prispieva aktívne počúvanie, úprimná pochvala, konštruktívna kritika a primeraná reakcia na ňu, priznanie si vlastných chýb a tolerovanie omylov druhých, konštruktívne riešenie konfliktov a ústretovosť. Sestry pracujú prevažne v ženskom kolektíve, kde riešenie konfliktných situácií trvá dlhšie. Ženy sú emotívnejšie, majú sklon dramatizovať situáciu, horšie znášajú kritiku, berú ju osobne, dlho sa zaoberajú výčitkami. Zdrojom konfliktov môže byť spolupráca pracovne mladších a starších kolegyň. Mladšie sú na svoju prácu pripravené lepšie teoreticky, staršie ju ovládajú po praktickej stránke, niekedy im však chýba objektivita pri hodnotení svojej práce. Zabúdajú na permanentné vzdelávanie a seba výchovu, čo je ich nevýhoda oproti mladším kolegyniam. Pri spolupráci s lekármi sa sestry sťažujú na časté zmeny v liečebných postupoch, vyžadovanie splnenia viacerých ordinácií súčasne, nadriadený až arogantný prístup k sestram. Ani vysokoškolsky vzdelané sestry nebývajú lekármi považované za rovnocenných členov tímu (Balogová, 2009). Vizitkou zlých interpersonálnych vzťahov býva častá fluktuácia sestier na oddelení, strata motivácie a bežnou súčasťou dňa sa stávajú hádky, ktoré majú

viac menej osobný charakter. Vzájomná neúprimnosť, nedbanlivosť so zámerom ublížiť kolegyni, naruší dôveru a spoluprácu na oddelení, čo sa odrazí aj v celkovej starostlivosti o pacientov (Škrľa, Škrlová, 2003). Fajčenie sestier v môže spôsobovať vážne vzťahové problémy na pracovisku a to nielen medzi sestrami a pacientmi, ale taktiež medzi samotnými zamestnancami. Touto problematikou sa zoberali americkí vedci z Jonsson Cancer Center, ktorí sa zamerali na fajčenie zdravotníckeho personálu v Kalifornii a zverejnili výsledky výskumu v časopise *Research in Nursing and Health*. Hlavnou autorkou výskumu bola Linda Sarna, ktorá odhalila profesijný nedostatok a hlavne veľké riziko u fajčiacich sestier, ktoré majú oveľa menej času na svojich pacientov ako ich kolegyně nefajčiarky. Tieto sestry majú v priebehu dňa fajčiarske prestávky a tohto dôvodu sestry, ktoré nefajčia môžu mať pocit, že robia oveľa viacej ako sestry fajčiarky. Môže sa stať, že musia ošetriť pacienta za sestru, ktorá má fajčiarsku prestávku. Prestávky môžu taktiež znamenať väčšiu príležitosť k nadväzovaniu bližších kontaktov s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi, preto sa sestry nefajčiarky môžu cítiť na okraji kolektívu. Niektoré sestry vo výskume Sarnaovej uviedli, že fajčenie je jedna zo spoločenských činností a fajčiť začali len preto, aby sa podieľali na neformálnych diskusiách so svojimi kolegynami. Abstinenčné prejavy – podráždenosť, úzkosť, depresia, zlosť, netrpezlivosť, sťažená koncentrácia môžu byť vážnou prekážkou pri vykonávaní náročnej práce sestier. Tento stav sa môže odzrkadliť na kvalite poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti (Bláhová, Havlová, 2005).

Podľa Ďordovičovej (2006) neexistuje jednotná príčina vzniku **pracovného stresu**, je to výsledok kombinácie stresujúcich faktorov, ktoré sa postupne akumulujú. Pracovný stres je spojený s manažmentom práce sestier, vzťahmi na pracovisku, organizačnou štruktúrou, možnosťou ovplyvňovania a kontroly vlastnej práce. Pôsobenie negatívnych pracovných stresorov podporujú individuálne charakteristiky ako je osobnosť sestry, aktivita, psychický a fyzický zdravotný stav, charakteristika sociálnej štruktúry a rodinný život (Ďordovičová, 2006). Čas je stresorom pri nedostatočnom počte sestier na oddelení, keď sestra musí zvládnuť starostlivosť o viacerých pacientov (Balogová, 2009). Časovým stresorom je aj nepravidelný pracovný čas s vysokým podielom nočnej práce. Striedanie pracovných zmien vedie k narušeniu biorytmu ľudského organizmu. Spánková deprivácia sestier sa prejavuje na zníženej kvalite spánku, vo zvýšenej únavnosti a pociť únavy aj 24 hodín po odpracovaní nočnej zmeny. Sestry majú stres z nedostatočného ocenenia, pretože nedostatočné finančné ohodnotenie im neumožňuje kvalitnú regeneráciu svojej pracovnej sily. Vzhľadom na súčasný reformný stav v zdravotníctve, ktorý charakterizujú obmedzené ekonomické zdroje a nevyhovujúci mzdový systém je potrebné sa zamerať aj na nefinančné a zároveň motivačné aspekty povolania, ku ktorým patrí napr. organizačná kultúra, podpora zvyšovania kvalifikácie a odbornosti, monitoring spokojnosti sestier, motivačná stratégia, ktorá zahŕňa verejné uznanie, zamestnanecké výhody, vernostné odmeny a pod. (Hadašová, Rusnáková,

2007). Stresovými situáciami sa komplikuje prípadná snaha sestier zbaviť sa závislosti na cigaretách, kedy po náročnej práci už nemajú silu zapojiť sa do rôznych protifajčiarskych programov. Fajčenie je nevhodným spôsobom zvládania stresu. Obľúbenosť prestávky pri káve a cigarete v úzkom kolektíve, predstavuje jednu z foriem sociálnej opory, ktorý pôsobí ako tlmiaci systém, chrániaci pred potencionálnymi škodlivými stresovými udalosťami v práci sestier. V prestávke sa sestry vyrozprávajú, podelia sa o svoje pocity a uvoľňujú tak napätie, ktoré vzniká pri práci s pacientmi alebo náročnej spolupráci v kolektíve (Drozdová, Kebza, 2009). Pri dlhodobom pôsobení sa stresovými stávajú nielen mimoriadne udalosti, ale aj bežné situácie. Patrí k nim chaotická organizácia práce, nezmyselnosť požiadaviek, prenášanie zodpovednosti presahujúce sesterské kompetencie (Balogová, 2009).

Neuropsychické zaťaženie vyplýva z náročnosti samotnej práce a z **emocionálneho vypätia**, ktoré súvisí so zodpovednosťou sestier za zdravie a život pacientov a môže viesť až k depresívnej dekompenzácii či emočnému vyčerpaniu. V situáciách, keď dôjde k psychickému stresu, sú práve spolupracovníci najdôležitejším zdrojom sociálnej opory (Balogová, 2009). Psychická záťaž a stres, ktoré sprevádzajú prácu sestier pri výkone ich povolania môže často vyústiť do vzniku syndrómu vyhorenia. Mlýnková (2010) definuje syndróm vyhorenia ako „stav psychického, emocionálneho, fyzického a sociálneho vyčerpania.“ (Mlýnková, 2010, s.44). Syndróm vyhorenia nenasleduje za akútnym stresom, ale završuje niekoľko mesačné obdobie stresov, preťaženia, nedostatočného spánku a konfliktov (Mlýnková, 2010). Rozpoznanie príznakov vyhorenia je niekedy veľmi ťažké, lebo často ide o pomalý a dlhodobý proces. Spolupracovníci neraz postrehnú určité zmeny v správaní, postojoch a majú snahu porozprávať sa o problémoch. Stáva sa, že sestra ktorej sa to týka, popiera akékoľvek problémy. Nie je neobvyklé, že sa utieka k alkoholu, káve, cigaretám, liekom alebo rôznym metódam samoliečby. Prílišnú emocionálnu záťaž v rámci interakcie pacient – sestra, ktorá je príčinou vzniku syndrómu vyhorenia vyvolávajú viaceré faktory ako napr. stály kontakt s ľudským utrpením, so smrťou, vedomie bezmocnosti, nutnosť rozhodovať v kritických situáciách, práca pod časovým stresom, veľké množstvo pacientov, rastúca hrozba sťažností a žalôb. Závažným problémom je tiež mobbing a šikanovanie, ktoré je medzi sestrami rovnako časté ako kdekoľvek inde (Mlýnková, 2010).

Prevenencia vzniku nikotinizmu

V **prevencii fajčenia** u sestier je potrebné venovať pozornosť faktorom, ktoré majú vplyv na vznik tejto závislosti respektíve s ňou súvisia. **Primárna prevencia závislosti** je zameraná na udržanie a podporu zdravia jedinca. V zdravej populácii môžeme výrazne ovplyvniť mechanizmy vzniku a vývoja závislosti. **Sekundárnu prevenciu** chápeme ako snahu rozpoznať symptómy závislosti a obmedzenie následných škôd v osobnej a sociálnej oblasti. Cieľom je zmeniť získané systémy závislosti a dosiahnuť stav zdravia vlastným

pričinením. **Terciárna prevencia** zahŕňa aktivity zabráňujúce návratu závislosti, podporuje výsledky liečby a postupne odstraňuje následky závislosti (Úrad verejného zdravotníctva, 2009). Sestry by mali pôsobiť v oblasti podpory zdravia ako kladné vzory. V skutočnosti sú však často skupinou, ktorej treba pomôcť so zvládaním stresu a odvykaním fajčenia (Drozdová, Kebza, 2009).

Jedným z hlavných faktorov, ktorý pomáha predchádzať syndrómu vyhorenia je žiť **zmysluplným životom**. Druhým momentom v prevencii je trvalý záujem o rovnováhu medzi tým, čo nás zaťažuje a tým, čo nám dodáva silu. V prevencii profesionálneho stresu sa doporučuje prehĺbenie uvedomenia si seba samého na telesnej a duševnej úrovni. Schopnosť sebauvedomenia umožňuje včas reagovať na príznaky stresu, vyčerpanie alebo včasné príznaky ochorenia. Kvalitné medziľudské vzťahy, vrátane fungujúcej rodiny a dobrej komunikácie so spolupracovníkmi zvyšujú odolnosť proti profesionálnemu stresu (Nešpor, 2005). Minimalizáciu nepríjemných účinkov stresu podporujú aktivity, medzi ktoré patrí relax, únik, cvičenie, vyvážená strava bez alkoholu a kofeínu, smiech (Račková, 2010).

Zdravotnícka profesia má svoje špecifiká, ktoré môžu byť zdrojom konfliktov. Najčastejšie sa ako zdroj konfliktov uvádza **spolupráca lekára a sestry, organizácia a podmienky práce, finančné ohodnotenie alebo možnosť pracovného postupu, pacient a jeho príbuzní**. Niekedy nie je možné vyhnúť sa konfliktu. Vtedy je dôležitejšie, ako ho budeme riešiť, ako sa budeme správať, keď sa doň dostaneme. V literatúre sa opisujú spôsoby riešenia konfliktov pomocou dvoch dimenzií – orientácia na seba a orientácia na druhých, na vzťah. Pri riešení konfliktu volíme nielen medzi alternatívami, ale nachádzame aj nové riešenia – vytvárame kompromisy, ktoré prinesú síce menej celkového uspokojenia, ale umožňujú vyriešiť situáciu a dosiahnuť viacero cieľov. Medzi niektoré zásady prístupu ku konfliktu a jeho riešenia patrí napr. zamerať sa na problém, nie na osobu, dať najavo ochotu ku kompromisu, sústrediť sa na hľadanie spoločných záujmov, nepoužívať iróniu, sarkazmus a urážky, neuchyľovať sa k hodnoteniu, neporovnávať, nezveličovať (Bubeníková, 2008).

Životný štýl predstavuje súhrn životných foriem, ktoré jednotlivec aktívne presadzuje. Zlé stravovacie návyky, nedostatok pohybu, vysoká expozícia stresu, nedostatok spánku a fajčenie sú rizikové faktory, pri kumulácii ktorých dochádza k vytvoreniu rôznych vzorcov nesprávnej životosprávy (Vlková, 2010). Povolanie sestry je zamestnanie s mimoriadnymi nárokmi na psychiku a telesný stav. Za tieto pracovné nároky sestry platia svojim zdravím, lebo sú potláčané ich základné fyziologické potreby – nemôžu pravidelne jesť, dostatočne spať, v pravý čas odpočívať (Chudobová, 2007). Chudobová (2007) uvádza že, *„len človek, ktorý dokáže spraviť šťastným sám seba, môže urobiť šťastným aj tých druhých“* (Chudobová, 2007, s.44). Svoje povolanie sestry nemôžu a ani väčšina nechce zmeniť, ale existujú spôsoby, ktorými môžu zmeniť svoj životný štýl ako komunikácia s pacientmi, spolupracovníkmi, hospodáriť s časom, zdravo a vyvážené sa stravovať,

dodržiavať pitný režim, starať sa o telesné zdravie, chodiť pravidelne na preventívne prehliadky, dať seba na prvé miesto. Človek, ktorý má oporu v dobrom zamestnaní, v aktívnej rodine a sám v sebe, lepšie znáša životné zmeny a krízové situácie v živote (Chudobová, 2007).

Nefarmakologická terapia v **odvykaní fajčenia** zahŕňa okrem odporúčaní lekára – terapeuta spolu s krátkymi intervenciami, odhodlanie, presvedčenie, pevnú vôľu a motiváciu. Sestry fajčiarky si musia uvedomiť všetky dôvody, ktoré im môžu pomôcť pri ich rozhodnutí skončiť so svojím návykom. Môžu to byť dôvody zdravotné, psychické, estetické, rodinné, finančné, pracovné a pod. Je potrebné, aby mali čo najširšie spektrum informácií o problematike nikotínovej závislosti (letáky, príručky, internet), ako aj predstavenie všetkých pozitív, ktoré im zanechanie fajčenia prinesie napr. zlepšenie ich zdravotného stavu ako aj členov rodiny, šetrenie financií, zníženie obmedzovania fajčiarov na pracovisku a na verejných priestranstvách (Redhammer, 2007). Vo všeobecnosti môžeme odvykanie rozdeliť na tri časti: plánovanie, zanechanie fajčenia a udržanie nefajčenia. V plánovaní môže sestra zhodnotiť, pri ktorých situáciách a okolnostiach siaha po cigarete. Fajčí v strese, rozčúlení, pri spoločenských stretnutiach, počas relaxácie? Fajčí sama resp. s určitými ľuďmi? Čo bolo v minulosti príčinou zlyhania? Abstinénčné príznaky, strach zo zvýšenej hmotnosti, spoločenský tlak okolia? Na základe predchádzajúcich hodnotení si premyslieť ako bude čeliť situáciám, keď zvyčajne siaha po cigarete – vyhne sa im, prekoná ich alebo zmení vžitý stereotyp? Ako zareaguje, keď ju kolegyne cez prestávku budú volať na cigaretu, ako bude riešiť rozčúlenie? Je dobré a motivujúce, keď je zapojené do jej úsilia aj okolie a keď verejne oznámi, že plánuje prestať fajčiť. Zanechanie fajčenia je najdôležitejšie a najzraniteľnejšie obdobie. Ide zároveň o obdobie najintenzívnejších abstinénčných príznakov, ktoré postupne slabnú a strácajú sa v priebehu niekoľkých mesiacov, avšak túžba po cigarete sa môže objavovať niekoľko rokov. Počas tohto obdobia je dôležité, aby sa sestra napr. venovala aktívnemu životu, upravila si jedálny lístok, vyhýbala sa situáciám, ktoré vedú k fajčeniu, snažila sa vyhnúť pitíu alkoholu. V období udržania nefajčenia je dôležité pokračovať v zmenenom životnom štýle. Každým dňom sa znižuje hrozba zlyhania a po roku sa môže fajčiar považovať už za bývalého fajčiara (Baška, 2007).

Fajčiari neohrozujú len seba, ale najmä nefajčiarov, ktorí sú proti svojej vôli často vystavovaní škodlivému dymu z cigariet. Ochrana nefajčiarov má za cieľ týmto prípadom predchádzať a to aj pod hrozbou pokuty za priestupky. Ochrana sa uskutočňuje formou poskytovania informácií, varovných označení na tabakových výrobkoch, obmedzeniami pri predaji cigariet a zákazom fajčenia na verejných priestranstvách. Zamestnávateľ je povinný vydať zákaz fajčenia na pracoviskách (**dodržiavanie legislatívnych noriem**), na ktorých pracujú aj nefajčiari a zabezpečiť dodržiavanie tohto zákazu. V priestoroch, kde je zákaz fajčenia musí byť na viditeľnom mieste umiestnený oznam s informáciou, kde a na ktorých kontrolných orgánoch je možné podať oznámenie o porušovaní zákona. Porušenie zákazu

fajčenia na určených miestach sa berie ako priestupok, za ktorý možno uložiť pokutu až do 331 eur, resp. v niektorých prípadoch až do 497 eur . Medzi povinnosti zamestnanca v oblasti **ochrany práce** patrí zúčastňovať sa na vzdelávaní v záujme bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, absolvovať preventívne prehliadky vo vzťahu k práci, nepoužívať na pracovisku a v priestoroch zamestnávateľa alkoholické nápoje, omamné a psychotropné látky, dodržiavať zákaz fajčenia, používať určeným spôsobom pridelené osobné ochranné pracovné prostriedky (Nemec, 2009).

Pozitívne zmeny v prevalencii fajčenia môžeme očakávať v prípade spoločného pôsobenia tých, ktorí môžu ovplyvniť postoje a správanie fajčiarov v rámci svojich kompetencií, vrátane ovplyvnenia postoja médiami, vzdelávacími a spoločenskými programami spolu so súčasným pôsobením reštriktívnych zákonných spoločenských opatrení v oblasti prevencie fajčenia. Je dôležité vytvoriť nefajčiarsku normu správania.

Zoznam bibliografických údajov

1. BALOGOVÁ, Elena. 2009. Ošetrovateľstvo ako prirodzene stresujúce povolanie. In *Sestra a lekár v praxi*. roč.8, č.7-8, s.46-47. ISSN 1335-9444.
2. BAŠKA, Tibor. 2007. Podpora odvykania od fajčenia. [online]. [cit.2018-02-20]. Dostupné na internete: <http://www.jfmed.uniba.sk/index.php?id=3140>.
3. BÁRTLOVÁ, Sylvie, TREŠLOVÁ, Marie. 2010. Jak nahlízejí sestry na pracovní vztahy s lékaři. In *Kontakt*. [online]. 2010, roč.12, č.1 [cit.2018-02-20]. Dostupné na internete: <http://www.zsf.jcu.cz/cs/zsf/journals/kontakt-old/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt-2010/1-2010/jak-nahlizeji-sestry-na-pracovni-vztahy-s-lekari-full/view>. ISSN 1212-4117.
4. BLÁHOVÁ, Iva, HAVLOVÁ, Květa. 2005. Kouření sester může způsobit problémy na pracovišti. In *Zdravotnické noviny*, roč.54, č.10, s.22-23. ISSN 0044-1996.
5. BUBENÍKOVÁ, Milena. 2008. Ste korytnačka, alebo žralok?. In *Sestra a lekár v praxi*. roč.7, č.5-6, s.46-47. ISSN 1335-9444.
6. DROZDOVÁ, Radomila. 2002. Kouření sester jako problém. In *Vita nostra revue*. [online]. 2002, roč.11, č.4, [cit.2018-02-20]. <https://fl3.cuni.cz/svi/3LF%20-%20DOKUMENTY/VNR/VNR%202002-2004/vnr-2002-04.pdf> ISSN 1212-5083.
7. ĎORĐOVIČOVÁ, Slávka. 2006. K problematike emočných nárokov práce sestier. In *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík*. roč.12, č.2, s.85-87. ISSN 1335-5090.
8. DROZDOVÁ, Radomila, KEBZA, Vladimír. 2009. Psychologické a sociální souvislosti kouření zdravotních sester. In *Československá psychologie*. roč.53, č.5, s.505-521. ISSN 0009-062X.
9. HADAŠOVÁ, Livia, RUSNÁKOVÁ, Renáta. 2007. Podpora motivačnej stratégie v ošetrovateľstve. In *Sestra a lekár v praxi*. roč.6, č.7-8, s.20-21. ISSN 1335-9444.
10. CHUDOBOVÁ, Nikola. 2007. Sestra a její životní styl. In *Sestra a lekár v praxi*. roč.6, č.5-6, s.44. ISSN 1335-9444.

11. MLÝNKOVÁ, Jana. 2010. Jak nevyhořet v ošetrovateľskej profesii?. In *Sestra a lekár v praxi.*, roč.9, č.1-2, s.44-45. ISSN 1335-9444.
12. NEMEC, Andrej. 2009. Bezpečnosť pri práci. In *Sestra a lekár v praxi.* roč.8, č.1-2, s.49 ISSN 1335-9444.
13. NEŠPOR, Karel. 2005. Profesionální stres u zdravotnických pracovníků. In *Zdravotnické noviny.* roč.54, č.23, s.14-15. ISSN 0044-1996.
14. PUGNEROVÁ, Michaela. 2006. *Kapitoly z psychologie práce.* Olomouc: Univerzita Palackého, ISBN 80-244-1421-X.
15. REDHAMMER, Rafael. 2007. *Fajčenie a zdravie.* Bratislava: Slovak Academic Press. ISBN 978-80-8095-017-0.
16. SAADOUNI, Štěpánka. 2010. Nekuřácké nemocnice – mají u nás šanci?. In *Zdravotnické noviny*, roč.59, č.12, s.17-19. ISSN 0044-1996
17. ŠKRLA, Petr, ŠKROVÁ, Magda. 2003. *Kreativní ošetrovateľský management.* Praha: Orion, ISBN 80-7172-841-1
18. TOBACCO FREE NURSES. 2008. *UCLA Nursing School Professor Launches National Campaign to Help Nurses Quit Smoking.* [online]. [cit.2018-02-20]. Dostupné na internete: <http://www.tobaccofreenurses.org/about.php>.
19. ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY. 2009. *Otázky a odpovede na tému fajčenie.* [online]. [cit.2018-02-20]. Dostupné na internete: http://www.uvzs.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=338:otazky-a-odpovede-na-temu-fajenie&catid=61:problematika-fajenia-a-alkoholu&Itemid=68.
20. VLKOVÁ, Eva. 2010. Životný štýl ako faktor rozvoja ľudského potenciálu. In GRENČÍKOVÁ, Adriana, GRENČÍK, Milan. *Zdravie ako základný predpoklad rozvoja ľudského potenciálu: Zborník príspevkov medzinárodného seminára.* Podhájska: Východoeurópska agentúra pre rozvoj. s.165-169. ISBN 978-80-970277-1-1.
21. ZVALOVÁ, Dana a kol. 2007. Niektoré aspekty sesterského povolania. In *Sestra a lekár v praxi.* roč.6, č.9-10, s.6-8. ISSN 1335-9444.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Ižová Marcela, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01

QUO VADIS, SOCIÁLNY PODNIK?

Martina Špániková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta

Súhrn

Sociálne podnikanie znamená relatívne novú a najmä pre obce a mestá zaujímavú oblasť ekonomických aktivít, pre ktoré je charakteristické prepájanie ekonomických a sociálnych cieľov. Sociálny podnik je sociálne zodpovedná ekonomická spoločnosť s výraznými sociálnymi cieľmi a zámermi. Sociálne podnikanie by sa po počiatkoch viac ako 15-ročnom období príliš pozvoľného vývoja spojeného s niekoľkými obdobiami zneužívania jeho princípov vybranými mocenskými skupinami a s ním spojenou nedôverou obyvateľstva malo prijatím pripravovaného zákona o sociálnom podnikaní vytvoriť ucelené legislatívne prostredie, podmienky pre fungovanie a podporu sociálneho podnikania. Príspevok sa zaoberá vymedzením sociálneho podnikania a vývojom vnímania jeho poslania v slovenskej spoločnosti, vývojom legislatívy v oblasti sociálneho podnikania až po pripravovanú novú koncepciu. Pre lepšie pochopenie potenciálu tohto druhu podnikania a faktorov, ktoré priamo či nepriamo pôsobia na jeho fungovanie, je súčasťou príspevku aj analýza činnosti troch existujúcich sociálnych podnikov z krajín Vyšehradskej štvorky.

Kľúčové slová: Sociálne podnikanie. Sociálny podnik. Zamestnávateľ. Znevýhodnený uchádzač o zamestnanie.

Úvod

V súčasnosti sa sociálne podnikanie na Slovensku nachádza vo fáze pozvoľného rozvoja. Záujem o zakladanie sociálnych podnikov na Slovensku je veľký, najmä zo strany obcí a miest, nakoľko jeho nosným cieľom je podpora tvorby pracovných miest práve v miestach, kde je vyššia miera nezamestnanosti.

Podpora zo strany štátu je zameraná na podporu tohto druhu osobitných podnikov, pretože sa zameriavajú na znovuzískanie pracovných a sociálnych návykov u dlhodobo nezamestnaných s cieľom ľahšieho zaradenia na trh práce. Na podporu je vytvorená návratná finančná pomoc formou pôžičiek, garancií za bankové pôžičky, alebo vo forme priameho majetkového vstupu do vznikajúcich sociálnych podnikov. Okrem toho sú vyčlenené finančné prostriedky, ktoré prostredníctvom dopytovo-orientovaných projektov podporujú začínajúce sociálne podniky v podobe grantov. Ide teda o systém, ktorý kombinuje návratnú a nenávratnú formu finančnej pomoci. Sociálne podnikanie by zároveň malo

nadobudnúť svoju legislatívnu podobu v pripravovanom zákone o sociálnom podnikaní. Historicky prvýkrát by sa takto malo vytvoriť ucelené legislatívne prostredie, podmienky pre fungovanie a podporu sociálneho podnikania.

1 Sociálne podnikanie

Sociálna ekonomika predstavuje formovanie podnikateľských aktivít a podnikateľských subjektov, ktoré sú aktívne v trhovom priestore, ktorých právna a organizačná forma je garanciou solidarity a demokratického riadenia, a ktorých zisk je redistribuovaný na dosahovanie sociálnych cieľov. Znamená tretí pilier ekonomiky, komplementárny k trhovej a verejnej ekonomike (základom je demokratizácia ekonomiky, založená na pracovnom zapojení a sociálnom začlenení sociálne ohrozených). Sociálne podnikanie je osobitný druh podnikania prioritne založený na neziskovom princípe netrhových alebo polotrhových vzťahov pluralitných poskytovateľov, ktorí pôsobia v oblasti verejného záujmu (Korimová, 2007).

Sociálne podnikanie znamená novú oblasť ekonomických aktivít, pre ktoré je charakteristické prepájanie ekonomických a sociálnych cieľov. Sociálny podnik je sociálne zodpovedná ekonomická spoločnosť s výraznými sociálnymi cieľmi a zámermi. Jeho činnosť je ekonomická (s podnikateľským zámerom), špecifickou črtou je však reinvestovanie zisku (príjmov) do svojich sociálnych cieľov a na prospech lokálnej komunity, v ktorej pôsobí (Dohnalová, 2009).

Register sociálnych podnikov vedie Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny, ktorý zverejňuje na svojej internetovej stránke. V súčasnosti je v evidencii len 11 aktívnych sociálnych podnikov (stav k 1.1.2018), ich počet sa však v minulosti menil. Prehľad poskytuje graf 1.



Graf 1 Vývoj počtu sociálnych podnikov pracovnej integrácie v SR

Zdroj: spracované podľa Sociálne podniky pracovnej integrácie, 2018

2 Sociálne podnikanie v legislatíve

Sociálne podnikanie na Slovensku bolo doposiaľ čiastočne definované len zákonom č. 5/2004 Z. Z. o službách zamestnanosti v rámci aktívnych opatrení na trhu práce.

V zmysle spomenutého zákona je sociálny podnik pracovnej integrácie definovaný ako právnická alebo fyzická osoba, ktorá:

- a) zamestnáva zamestnancov, ktorí pred prijatím do pracovného pomeru boli znevýhodnenými uchádzačmi o zamestnanie v zmysle zákona o službách zamestnanosti v počte, ktorý predstavuje najmenej 30 % z celkového počtu jeho zamestnancov;
- b) poskytuje podporu a pomoc zamestnancom, ktorí pred prijatím do pracovného pomeru boli znevýhodnenými uchádzačmi o zamestnanie, nájsť zamestnanie na otvorenom trhu práce;
- c) najmenej 30 % z finančných prostriedkov získaných z príjmu z predmetu činnosti, ktoré zostanú po úhrade všetkých výdavkov na predmet činnosti za príslušné zdaňovacie obdobie podľa daňového priznania, každoročne použije na vytváranie nových pracovných miest alebo na zlepšovanie pracovných podmienok;
- d) je zapísaná v registri sociálnych podnikov.

Žiadateľom o priznanie statusu sociálneho podniku môže byť právnická osoba alebo fyzická osoba, obec, samosprávny kraj, združenie obcí, združenie samosprávnych krajov.

Na účely poskytovania podpory a pomoci zamestnancom nájsť zamestnanie na otvorenom trhu práce, sociálny podnik pracovnej integrácie spolupracuje s úradom, právnickými osobami alebo fyzickými osobami, ktoré podporujú alebo vykonávajú integráciu znevýhodnených uchádzačov o zamestnanie na trhu práce.

S účinnosťou od 15.12.2015 sa do slovenského právneho poriadku zaviedol pojem „subjekt sociálnej ekonomiky“. V zmysle odôvodnenia Výboru Národnej rady Slovenskej republiky pre hospodárske záležitosti, definíciu subjektu sociálnej ekonomiky je potrebné chápať v najvšeobecnejšom význame, tzn. ako „strešný pojem“. Preto k subjektom sociálnej ekonomiky môžu patriť najmä sociálne podniky pracovnej integrácie, družstvá, chránené dielne alebo chránené pracoviská, občianske združenia, neziskové organizácie, nadácie ako aj spoločnosti s ručením obmedzeným či akciové spoločnosti v prípade, že napĺňajú znaky subjektu sociálnej ekonomiky vymedzené v Zákone o službách zamestnanosti.

Nová právna norma

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny pripravilo v roku 2017 návrh zákona o sociálnej ekonomike a sociálnych podnikoch, ktorý je v súčasnosti v pripomienkovom konaní. Cieľom návrhu zákona je vytvoriť na Slovensku priaznivé prostredie pre rozvoj

sociálnej ekonomiky, teda produktívnych, distributívnych a spotrebiteľských aktivít, organizovaných nezávisle od štátnych orgánov, ktorých hlavným cieľom je prinášať spoločenský prospech (či už prostredníctvom netrhovej činnosti, alebo prostredníctvom sociálneho podnikania). Právna forma má viesť do tejto oblasti poriadok v zmysle ustálenia pojmov a regulácie, odstrániť prekážky, ktoré rozvoju sociálnej ekonomiky bránia, ako aj vytvoriť systém podpory pre podniky sociálnej ekonomiky, ktorý bude spoločensky prijateľný a bude plne dodržiavať pravidlá štátnej pomoci. Prijatím zákona by sa na Slovensku vytvorili vhodné podmienky na to, aby sa sociálna ekonomika rozvíjala a bola prínosom nielen pre zvyšovanie zamestnanosti, ale aj pre ďalšie spoločensky prospešné ciele.

Zákon o sociálnej ekonomike a sociálnom podnikaní pojmovo vymedzuje sektor sociálnej ekonomiky, definuje subjekty sociálnej ekonomiky, sociálny podnik a sociálne podnikanie, znevýhodnené a zraniteľné osoby. Definície vychádzajú z európskeho vnímania problematiky sociálnej ekonomiky tak, ako bolo zadefinované do Nariadení EÚ, pričom však zohľadňujú slovenské podmienky a potreby. Zákonom budú presne vymedzené podmienky, ktoré musí právnická alebo fyzická osoba spĺňať, aby jej mohol byť priznaný štatút podniku sociálnej ekonomiky. Registrované podniky sociálnej ekonomiky sa budú môcť uchádzať o opatrenia z navrhovaného systému podpory. Hlavným princípom tohto systému je zásada, že podpora musí za každých okolností obsahovať výrazný prvok návratnej pomoci. Akýkoľvek typ podpory je zároveň podrobený pravidlám štátnej pomoci a nenarušovania hospodárskej súťaže. Vzhľadom na citlivé spoločenské vnímanie tejto problematiky je systém zároveň naviazaný na súbor prísnych podmienok, ktorých cieľom je zamedziť zneužívaniu a poškodzovaniu dobrého mena sociálnej ekonomiky. Okrem týchto ex ante podmienok, zákon zároveň popisuje kontrolné mechanizmy ich dodržiavania ex post.

Zákon predpokladá reguláciu sektora sociálnej ekonomiky zo strany štátu prostredníctvom novovytvoreného orgánu pre sociálnu ekonomiku, ktorého partnerom by sa mali stať strešné organizácie sektora, pre ktoré zákon tiež vytvára priestor.

3 Príklady dobrej praxe

Sociálne podnikanie ako špecifická forma realizácie ekonomických aktivít v rôznych krajinách s rôznou úrovňou kvality života plní rovnaké ciele - ekonomické aj sociálne. V nasledujúcej kapitole si preto predstavíme činnosť troch sociálnych podnikov, ktoré do určitej miery okrem nie úplne identických podmienok realizácie sociálneho podnikania v troch krajinách z Vyšehradskej štvorky - Slovenska, Českej republiky a Poľska umožňuje čitateľovi posúdiť aj prípadnú prenositeľnosť daných aktivít do našich slovesných pomerov. Všetky prípadové štúdie majú spoločnú cieľovú skupinu – odsúdených vo výkone trestu odňatia slobody a po prepustení na slobodu.

3.1 Sociálny podnik: Agentúra podporovaného zamestnávania Somotor, n.o., Slovensko

Sociálny podnik sa nachádza na východe Slovenska v okrese Trebišov. Do prevádzky ho uviedla nezisková organizácia, založená v roku 2004. Jej poslaním je riešiť problematiku zaradenia znevýhodnených, nezamestnaných občanov a občanov so zdravotným postihnutím do pracovného a teda aj spoločenského prostredia, vytvárať podmienky pre poskytovanie všeobecne prospešných služieb v oblasti starostlivosti o týchto ľudí. Organizácia poskytuje celoročnú a nepretržitú starostlivosť, sociálne poradenstvo a sociálne služby. Snaží sa im vytvárať podmienky pre plnohodnotný a kvalitný život, individuálny rozvoj, analyzovať ich zručnosti a možnosti, vyhľadávať možnosti pracovných aktivít a kontaktovať zamestnávateľov s cieľom prezentovať im potenciál klientov.

Dôležitým prvkom činnosti sociálneho podniku je znovuzískanie a rozvoj požadovaných pracovných a sociálnych návykov znevýhodnených občanov, aj odsúdených po odpykaní trestu odňatia slobody s cieľom ľahšieho zaradenia na miestnom trhu práce. Dôležitá je podpora tvorby pracovných miest v miestach trvalého bydliska odsúdeného s vyššou mierou nezamestnanosti a znižovanie nedôvery zamestnávateľov pri nábore dlhodobo nezamestnaných a odsúdených po odpykaní trestu odňatia slobody. To vyžaduje úzku spoluprácu sociálneho podniku s úradom práce, sociálnych vecí a rodiny, obcami a tiež vybudovanie vzťahov s podnikmi ako zamestnávateľmi a partnermi projektu.

Nosným pilierom sociálneho podniku je realizácia ekonomických aktivít a technických služieb, predovšetkým údržbárskych, záhradníckych, lesníckych činností, ktoré sú ponúkané štátnej správe, samospráve, neziskovým organizáciám, tiež fyzickým a právnickým osobám v regióne. Pracovné podmienky sú rovnako ako v prípade zamestnávania v štandardnej organizácii stanovené zákonníkom práce. V prípade zamestnanca so zdravotným znevýhodnením sa riadi aj predpismi o chránenom pracovisku. Každý zamestnanec má počas pracovného pomeru prideleného tútora, ktorý je zodpovedný aj za verifikáciu dodržiavania primeraných pracovných podmienok (Mészáros, 2017).

3.2 Sociálny podnik v RUBIKON Centrum, Česká republika

Rubikon Centrum Servis, s.r.o. (RCS) vzniklo v polovici roku 2015 z podnetu neštátnej neziskovej organizácie RUBIKON Centrum, z.s. (RC), ktorá pôsobí v Českej republike už viac než 20 rokov a vytvára programy smerujúce k zníženiu recidívy. RUBIKON Centrum je dlhoročným zamestnávateľom osôb s trestnou minulosťou a rovnako prevádzkuje nekomerčnú pracovnú agentúru a zamestnávateľom ponúka overených kandidátov, ktorým zaisťuje podporu pri pracovnej adaptácii a riešení zadĺženosti.

Princípy sociálneho podnikania v Rubikon Centrum Servisu:

RCS vzniklo predovšetkým z dôvodu vytvárať tréningové pracovné miesta pre osoby dlhodobo nezamestnané po výkone trestu. Osobám s trestnou minulosťou ponúkajú legálne pracovné skúsenosti a ďalšie služby zamerané na sociálnu integráciu a prípravu pre vstup na bežný trh práce. Týmto zameraním na oblasť pracovnej a sociálnej integrácie osôb s trestnou minulosťou naplňa princíp sociálneho podniku. RCS má v súčasnosti okolo 45 pracovníkov, z toho 43 patrí do cieľovej skupiny osôb s trestnou minulosťou.

Ekonomický princíp svojho pôsobenia naplňa RCS využívaním zisku do rozvoja sociálneho podniku a pre naplnenie jeho spoločensky prospešných cieľov. Poradenstvo spočíva v podpore k sociálnej stabilizácii, riešeniu zadlženosti a podpore pri transfere na bežný trh práce a podporu pri prepustení a zvládnutí prvých krokov na slobode. Špecificky je upravený systém výplaty mzdy (týždenné zálohy) spojený s podporou schopnosti hospodárenia s peniazmi a posilňovanie finančnej gramotnosti a dlhového poradenstva.

Environmentálne a miestne princípy RCS uplatňuje vo svojej činnosti predovšetkým pri realizácii predmetu činnosti upratovania obce – pracovné príležitosti ponúka miestnym občanom, svojou činnosťou uspokojuje záujmy miestnej komunity, využíva miestne zdroje, upratovanie realizuje bez použitia techniky a chemických prostriedkov, ktoré znečisťujú okolie, spolupracuje s miestnymi aktérmi, hlavne zástupcami vedenia mesta, vedenia a pracovníkmi miestnych technických služieb a ďalšími – napr. s úradom práce, sociálnych vecí a rodiny, o svojej činnosti informuje miestnych obyvateľov a rozvíja tak miestnu sociálnu súdržnosť.

Spoločnosť Rubikon Centrum Servis realizuje tri základné činnosti:

1. Upratovacie činnosti, ktoré uskutočňuje v meste Úvaly. Sú zamerané na upratovanie a údržbu verejných priestorov. Projekt je založený na úzkej spolupráci s radnicou mesta, pracovné miesta majú charakter tréningových miest na dobu určitú s cieľom transferu „osvedčených“ pracovníkov na bežný trh práce (darí sa u cca 30 % zamestnancov).
2. Šijacia dielňa vo Vážnici Vlnáre, kde sú realizované zakázky pre automobilový priemysel.
3. Najnovšou oblasťou je umývanie povrchov a odstraňovanie graffiti. Táto oblasť činnosti prináša pôsobenie v špecializovanej oblasti odborných služieb, o ktorú má záujem široká škála zákazníkov, zamestnancom ponúkne odbornejšiu pracovnú pozíciu s potenciálom pre dosiahnutie vyššieho zárobku, tým lepšej ekonomickej stability a sebestačnosti.

Zásadným dôvodom pre rozbehnutie sociálneho podniku bola potreba znížiť závislosť organizácie na dotáciách a vytvárať nástroje pracovnej integrácie s potenciálom finančnej udržateľnosti. Inspiráciu a podporu získalo RC zo Švajčiarska, kde fungujú sociálne

programy, ktoré vytvárajú pracovné príležitosti pre ľudí s trestnou minulosťou a zároveň sú previazané s dlhovým poradenstvom, s pomocou s hľadaním bydliska a celkovým začlenením späť do života na slobode (Mészáros, 2017).

3.3 Sociálny podnik Goji Land, Poľsko

Zakladateľom a prevádzkovateľom sociálneho podniku Goji Land je nadácia Slawek, ktorá sa zameriava na pestovanie goji. Ako nadácia získala špeciálne povolenie na vykonávanie podnikateľskej činnosti, ktoré v sebe zahŕňa podmienky sociálnej ekonomiky. Pre vytvorenie ucelenej predstavy sa pokúsime o stručný prierez od poslania nadácie a postupné etapy, ktoré viedli k založeniu sociálneho podniku a jeho etablovaniu na trhu.

Nadácia Slawek je poľská nezisková organizácia, ktorá si za svoje poslanie zvolila pomoc odsúdeným vo výkone trestu odňatia slobody a bývalým väzňom, mladistvým a ich rodinám. Od samého začiatku v roku 1998 sa organizácia zameriava na individuálny prístup a komplexnú podporu pre klientov. V priebehu 20 rokov realizovala množstvo programov a podporných modelov, ktoré umožňujú účinnú sôciálnu a pracovnú rehabilitáciu páchatel'ov trestných činov.

Ich hlavnými programami sú najmä: program "Svedectvá" - bývalí väzni, ktorí zmenili svoj život na slobode, podávajú svedectvá vo väzniciach o tom, ako kedysi žili a prostredníctvom čoho sa im podarilo zmeniť svoj život; program "Strážny anjel" - bývalí väzni pomáhajú ľuďom, ktorí sú v súčasnosti vo výkone trestu odňatia slobody; program "Rodinné poradenstvo" - program na pomoc bývalým väzňom a ich rodinám, ktorí poskytujú prostredníctvom prístupu k psychologickému poradenstvu, vzdelaniu, občianskej angažovanosti, profesionálnej príprave a mediácii; program "Čítaj mi ..." – je určený pre deti odsúdených rodičov vo výkone trestu odňatia slobody, ktorí čítajú príbehy o svojich deťoch a poskytujú im slová lásky a podpory. Rozprávky sa zaznamenávajú na CD a posielajú ich rodinám; program "Pútnik" - väzni a bývalí väzni chodia na púť na sväté miesto - Jasná Gora a starajú sa o ľudí so zdravotným postihnutím. Organizácia spolupracuje s väzenskou službou, ministerstvom spravodlivosti, probačnou službou a ďalšími mimovládnyimi organizáciami, aby nepretržite vyhľadávala, rozvíjala a implementovala účinné metódy rehabilitácie a sociálnej reintegrácie odsúdených a vytvorila systém poľskej postpenitenciárnej pomoci. Organizácia tiež prevádzkuje Centrum pre rehabilitáciu a sociálnu reintegráciu, v ktorom je ubytovanie, stravovanie a podporné programy poskytované ľuďom, ktorí opúšťajú väzenia. Všetky tieto činnosti je však potrebné financovať. V súčasnosti pochádza hlavný zdroj financovania z projektov. Ďalším sú darcovia a sponzori, programy podporované z EÚ, vládne programy určené pre rozvoj komunit a pod. Zdá sa však, že je ťažké počítať s finančnými prostriedkami, ktoré nie sú udržateľné a predvídateľné.

Skúsenosti organizácie s pôsobením v sociálnej ekonomike

Od svojho založenia organizácia venovala pozornosť aj hospodárskym aktivitám, ktoré spĺňali kritériá pre sociálnu ekonomiku. Až do roku 2014 prevádzkovali autoservis "Fun Service", v ktorom mohli väzni a bývalí väzni nájsť zamestnanie a rozvíjali svoje pracovné zručnosti. Títo zamestnanci v súčasnosti úspešne vedú workshopy. Rovnako sa etablovala na stavebnom trhu – poskytovala zmluvne dohodnuté stavebné práce vlastnými stavebnými skupinami. V súčasnosti je veľkým snom a cieľom tímu Nadácie Slawek dosiahnuť finančnú nezávislosť prostredníctvom vytvorenia a udržiavania prvej poľskej plantáže Goji (a jednej z mála v Európe).

Založenie sociálneho podniku

Nadácie Slawek od začiatkov existencie hľadala správny model na realizáciu sociálneho podnikania, zameraného na zamestnávanie a sociálnu reintegráciu vylúčených osôb, najmä väzňov, bývalých väzňov, mladých páchatel'ov, ľudí so zdravotným postihnutím a ich rodín. Prielom prišiel v roku 2014, keď Nadácia Slawek po rozhovoroch s obchodníkom s poľnohospodárskymi produktami spracovala koncept prvej plantáže na pestovanie goji (*Lycium barbarum*) v Poľsku.

Goji alebo kustovnica čínska je niekoľko storočí využívaná v čínskej medicíne. Je považovaná za rastlinu dlhého veku, jej plody spomaľujú starnutie, obsahujú veľké množstvo vitamínu A, B, C, aminokyselín, betakaroténu, polysacharidov a radu stopových prvkov. Obsahuje látky, ktoré pôsobia antibakteriálne, znižuje riziko rakoviny, lieči kašeľ, podporuje zdravú funkciu pečene a obličiek, pomáha pri cukrovke a bolestiach kĺbov. Spevňuje šľachy, znižuje nevoľnosť, šumenie v ušiach a má silné antioxidačné účinky. Stimuluje tvorbu bielych a červených krviniek, má vplyv na mužskú potenciu a pôsobí ako afrodiziakum. Zvlhčuje pľúca pôsobí proti astme a niektorým alergiám.

Z vyššie uvedených dôvodov záujem európskych spotrebiteľov o tento druh ovocia má vzostupný trend. V súčasnosti si v Európe môžu spotrebitelia kúpiť len sušené ovocie Goji 95 % čínskeho pôvodu. Na celkom 5 európskych plantážach sa goji pestuje na rozlohe 9 hektárov. Na poľskom trhu Goji ako čerstvé ovocie nie je širokej verejnosti k dispozícii. Jediným dostupným zdrojom, ktorý teda v súčasnosti umožňuje záujemcom dostupnosť čerstvých plodov, je pestovanie tejto rastliny v domácej záhrade.

Realizácia celého projektu začala v marci 2017, keď Nadácia Slawek začala založením plantáže vďaka úspechu v súťaži Ashoka Social Startup, ktorú vyhlásila nadácie Ashoka Poland. investovať do založenia plantáže. Uvedená dotácia postačovala na kúpiť prvých 1 600 rastlín.

Nadácia Slawek spustila ako prvá formou plantáže produkciu goji v Poľsku, pričom ako prvá v Európe využila podnikateľský zámer založený na princípoch sociálnej ekonomiky,

s unikátnym zámerom sociálnej a profesijnej integrácie príjemcov podpory systému postpenitenciárnej pomoci. Nadácia Slawek má v Mienia (okres Mińska Mazowiecki) sociálne centrum spolu s poľnohospodárskou plochou s celkovou rozlohou 1,5 hektára. Špecifikované plodiny (zakúpené Nadáciou Slawek) na 1 hektár plochy - cca 7 tisíc rastlín. Na výmeru 1,5 ha je potrebný nákup cca. 10 tisíc rastlín.

Štruktúra zamestnancov a pracovné podmienky

V súčasnosti sú v rámci sociálneho podniku zamestnaní 3 pracovníci na plný úväzok. K dispozícii je manažér rehabilitačného strediska, ktorý má na starosti každodenné činnosti a 2 väzni, ktorí v súčasnosti vykonávajú trest odňatia slobody v zariadení Bemowo a každý deň dochádzajú. V budúcnosti budú zamestnávať 4 osoby mimo obdobia zberu a približne 20 osôb v sezóne zberu plodov. Väčšina zamestnancov budú predovšetkým odsúdení a vyškolené osoby, pri ktorých sa v rámci uplatňovania princípov spoločensky zodpovednej organizácie uprednostňujú obyvatelia obce, v ktorej sociálny podnik pôsobí resp. odsúdení po výkone trestu odňatia slobody, ktorí majú trvalé bydlisko v Dome na pol ceste, resp. v najbližšom okolí obce a sú vhodní pre dlhodobé pôsobenie v sociálnom podniku.

K jedným zo základných problémov odsúdených po prepustení z výkonu trestu odňatia slobody je čo najrýchlejšie získanie práce a zabezpečenie stabilného príjmu. Goji Land vďaka dlhodobej spolupráci s väzenskou službou dokáže zabezpečiť pre dobu nevyhnutne potrebnú pre klienta ihneď po jeho prepustení z väzenia. V rámci štandardného sociálneho programu organizácie je ďalšou pridanou hodnotou je bezplatná účasť zamestnancov na štandardných službách Nadácie Slavek, ako sú napr.: rodinné, psychologické a pracovné poradenstvo, bývanie na pol ceste, dobrovoľníctvo a iné spoločensky užitočné činnosti v oblasti reintegrácie. Podporný sociálny program (cieľový rozvoj aktivít zamestnancov) je zameraný na prepracovaný mentorský systém a systém individuálnych a skupinových tréningov. Všetci pracovníci sa zúčastnia na základe zmluvy reintegračných činností Nadácie Slavek. Tieto činnosti zabezpečujú najmä právnik, psychológ alebo terapeut pre liečenie závislostí, ktorých činnosť koordinuje profesionálny poradca.

Udržateľnosť sociálneho podniku (organizačné, profesionálne, ekonomické faktory)

Sociálny podnik je založený s cieľom dlhodobej udržateľnosti – z pohľadu nielen ekonomického, ale aj sociálneho a spoločenského. Teda dlhodobá efektívnosť sociálneho podniku založená na úspešnom napĺňaní poslania organizácie ako súčasti života obce a sociálna reintegrácia klientov po ich prepustení z výkonu trestu odňatia slobody. Podnikateľský plán ráta nielen s krátkodobou návratnosťou investícií a dlhodobým samofinancovaním rozvoja sociálneho podniku. Ďalším cieľom je aj stať sa stabilnou

súčasťou naplnenia poslania Nadácie Slawek v oblasti resocializácie a významným zdrojom samofinancovania činností nadácie. Životnosť stromov goji je približne 40 rokov a to je dostatočne dlhé obdobie na rozvoj činnosti organizácie, keď už v priebehu nasledujúcich dvoch rokov je plánovaný nárast počtu rastlín zo súčasných 1 600 kusov na približne 10 000 kusov. Ďalšie plány sú závislé najmä od strednodobého vývoja na trhu s goji a štátnou podporou sociálneho podnikania¹. Jednou z plánovaných investícií je odkúpenie ďalšej ornej pôdy a vytvorenie ďalších plantáží. Okrem možnosti rastu zamestnanosti cieľovej skupiny² by to znamenalo napr. efektívnejšie využívanie vlastných technológií či možnosť ďalšieho prehĺbenia spolupráce so samosprávou ako organická súčasť života obce³. Rovnako reálnym krokom je zdieľanie technológií či vlastného know-how s inými finančne nezávislými mimovládnyimi organizáciami – napr. vo forme spolupráce pri rozvoji produkcie iných druhov plodov a/alebo budovaní spoločných distribučných kanálov v prípade dopytu po dodávke viacerých plodov. Najvyššou možnou formou spolupráce je možnosť založenia spoločného sociálneho podniku. Zo strednodobého hľadiska je pravdepodobné, že v prípade úspešného rozvoja základnej produkčnej činnosti a priaznivých legislatívnych podmienok v budúcnosti vznikne samostatná obchodná spoločnosť s ručením obmedzeným - Goji Land Ltd. Co. Nadácia Slawek by stále vystupovala len ako zakladateľ a prevádzkovateľ spoločnosti. Zisk spoločnosti by tvoril jeden zo stabilných zdrojov na podporu činnosti Nadácie Slawek.

Záver

Naplnenie osobných potrieb a zachovania sociálnych väzieb v komunite u občana, ktorý sa dostal z pohľadu sociálnej práce do „kolonky“ riziková cieľová skupina je často náročné nielen ekonomicky, ale aj na formy realizácie tohto dlhodobého procesu. V prípade, ak ide o jedinca v produktívnom veku, je tento doplnený aj o proces opätovného zaradenia do pracovného procesu. Z pohľadu nákladov príležitosti si to vždy vyžaduje najšť vhodnú a pre členov danej komunity prijateľnú kombináciu vlastných a komunitných (obecných) zdrojov. Pri riešení pritom môžeme vychádzať aj z príkladov dobrej praxe, ktoré môžu byť primárne riešené inými prostriedkami, majú ale rovnaký cieľ vedúci k naplneniu potrieb. Ako jeden z prijateľných a spoločnosťou podporovaných spôsobov je tzv. sociálne podnikanie. Jeho výhodou je, že na jeho úspešnú a pre spoločnosť efektívnu aplikáciu je potrebné

¹ V súčasnosti sa v Poľsku pripravuje nový zákon o sociálnom podnikaní. Mimovládne organizácie ale nie sú vnímané ako sociálni partneri, ktorí by mohli prispieť a teda aj participovať na tvorbe tohto zákona. V súčasnosti existuje niekoľko súkromných iniciatív, ako napríklad súťaž o najlepší sociálny start up projekt, ktorá pomáha pri prvých etapách činnosti podnikateľom v tejto oblasti. Ďalším v súčasnosti legislatívne ošetreným zdrojom finančnej podpory je Európska únia, ide však iba o obmedzenú formu podpory. Mimovládne organizácie ich získajú iba na základe spolupráce so štátom zriadenými Centrami na podporu sociálnej ekonomiky. Tieto môžu poskytnúť maximálne 20 tisíc € pre jednu organizáciu a podmienky na ich splnenie sú dosť prísne.

² S tým priamo úmerne narastie aj rozsah ďalších programov zameraných na úspešnú resocializáciu zamestnancov

³ Vnímanie sociálneho podniku miestnou komunitou: Miestna komunita sa už 15 rokov podieľa na našich aktivitách. Počiatočné skeptické začiatky sa postupne zmenilo na obojstrannú aktívnu a užitočnú spoluprácu. Napr. v rámci podpory projektu sociálny podnik dostal dlhodobú bezplatnú pomoc od miestnych poľnohospodárov, ktorí poskytujú pomoc s poľnohospodárskymi nástrojmi, strojmi a personálnou výpomocou. Významné sú napr. poznatky o lokálnych pestovateľských a meteorologických podmienkach.

zosúladienie celospoločenského záujmu s potrebami a možnosťami štatnej správy a samosprávy až po úroveň obcí a miest. Pre Slovensko by tento prístup mohol byť jeden z prirodzených spôsobov, ako skvalitniť život viacerých cieľových skupín v obci/komunite. História rozvoja sociálnych podnikov na Slovensku vyvoláva napriek viacerým vynikajúcim projektom skôr rozpaky a nízku úroveň dôvery, lebo je poznamenaná opakovaným a organizovaným zneužívaním tejto formy podnikania tolerované vládnu mocou. Takže je na mieste položiť si otázku: „*Quo vadis, sociálny podnik?*“ Zostáva nám len nádej, že vytvorenie uceleného legislatívneho prostredia umožní naštartovanie funkčného prostredia pre sociálne podnikanie.

Zoznam bibliografických odkazov

1. DOHNALOVÁ, M. a kol. 2009. *Sociální ekonomika-vybrané otázky*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 92 s. ISBN 978-80-7416-052-3.
2. KORIMOVÁ, G. 2007. *Predpoklady rozvoja sociálnej ekonomiky*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Ekonomická fakulta v spolupráci s OZ Ekonómia, ISBN 978-80-8083-399-2.
3. MÉSZAROS, M. a kol. 2017. *PRE-project (project summary) (studies)*. Výstupy nadnárodného projektu PRE (prison, reintegration, education) - Výcviky na podporu sociálnej a pracovnej reintegrácie osôb počas a po výkone trestu odňatia slobody. 2017.
4. Návrh zákona o sociálnej ekonomike a sociálnych podnikoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov, 2018. [online]. [cit. 2018-04-05]. Dostupné na internete: <<http://www.nrsr.sk/web//Page.aspx?sid=zakony/cpt&ZakZborID=13&CisObdobia=7&ID=817>>.
5. PRE projekt. PrePrison, Reintegration, Education. Trainings to support social and labour market (re)integration of people in or after detention. 2016. [online]. [cit. 2018-04-05]. Dostupné na internete: < <http://www.preproject.hu/index.html#>>.
6. Sociálne podniky pracovnej integrácie. Internetová stránka ÚPSVaR. 2018. [online]. [cit. 2018-04-05]. Dostupné na internete:
7. <http://www.upsvar.sk/buxus/generate_page.php?page_id=12977>.
8. Zákon NR SR č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontaktná adresa autora

Mgr. Ing. Martina Španíková, PhD.
Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta
Katolícka univerzita v Ružomberku
Hrabovská cesta 1, 024 01 Ružomberok
e-mail: martina.spanikova@ku.sk

VPLYV ZMENY PROSTREDIA NA PROGRESIU ALZHEIMEROVEJ CHOROBY

Mária Lehotská

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Úvod: Práca sa zaoberá problematikou vplyvu zmeny prostredia na progresiu Alzheimerovej choroby.

Cieľ: Cieľom štúdie je zistiť vplyv zmeny prostredia na celkový zdravotný stav, kognitívne a somatické funkcie pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Materiál a metódy: Na základe detailnej analýzy dvoch prípadov spracovaných formou kazuistiky a s využitím štandardizovaných meracích a hodnotiacich nástrojov sme sa snažili objektivizovať a kvantifikovať kognitívne a somatické zmeny u pacientov. Výber pacientov bol zámerný.

Výsledky: Potvrdil sa nám vplyv zmeny prostredia na zhoršovanie somatických a kognitívnych funkcií u ľudí trpiaci Alzheimerovou chorobou.

Záver: Získané výsledky sa do značnej miery zhodujú s viacerými súčasne publikovanými prácami.

Kľúčové slová: Alzheimerova choroba. Kognitívne funkcie. Prostredie.

Abstract

Introduction: The study deals with the influence of environmental change for a patient with Alzheimer's disease.

Objectives: The aim of this study is to show how environmental changes determine the cognitive and somatic functions and finally the general health condition of the patient with Alzheimer's disease.

Research file and methods: Based on a detailed analysis of two case study, using standardized measurement and evaluation tools, we tried to objectify and quantify cognitive and somatic changes in patients. Selection of case was deliberate.

Results: We have confirmed the impact of changing the environment on the deterioration of somatic and cognitive functions in people suffering from Alzheimer's disease.

Conclusion: Obtained results largely agree with the current last published works.

Key words: Alzheimer's disease. Cognitive function. Environment.

Úvod

Alzheimerova choroba (ACH) je progresívne a fatálne neurodegeneratívne ochorenie spojené so starnutím. U malého percenta prípadov (3-5 %) označovaných ako presenilná forma sa zaznamenal nástup choroby pred dosiahnutím 60 rokov. Včasný začiatok ochorenia sa pripisuje genetickým mutáciám amyloidového metabolizmu.

Klinické prejavy ACH zahŕňajú predovšetkým progresívnu poruchu pamäti a postupné ťažkosti s vykonávaním denných činností (Bertram, 2009, Berlnt, 2007).

Porucha pamäti je zväčša prvým príznakom ochorenia, reč a úsudok bývajú postihnuté neskôr. Poruchy pamäti sa vo všeobecnosti prejavujú ľahkou stratou schopnosti spomenúť si na nedávne udalosti alebo skutočnosti. Tie sa postupne zvyrazňujú a neskôr sa k nim pridružia zmeny osobnosti a pokles kognitívnych funkcií, apatia, strata záujmu o okolie a izolácia. Často je prítomná depresia, strach, podozrievavosť, pocity opustenosti a poruchy spánku. V ďalšej fáze ochorenia prestáva chorý chápať nové informácie, nezriedka sa stratí v známom prostredí. Má porušenú dlhodobú pamäť, aj keď ju ešte úplne nestratil. Je ohrozený pádmi, žiada pomoc pri bežných činnostiach (jedenie, umývanie...). Sám sa však pohybuje a väčšinou i stravuje. Neskôr nastupujú skraty v správaní a celková časopriestorová dezorientácia. V pokročilom štádiu sa chorý stáva imobilný, neschopný vykonávať bežné denné činnosti, je inkontinentný a môže sa pridružiť mutizmus. Zhoršuje sa prehĺtanie, často je indikovaná umelá výživa a zvyšuje sa riziko komplikácií, ako sú podvýživa, dehydratácia, infekčné ochorenia najmä pneumónia a časté bývajú dekubity (Miklášová, 2005, Pfeiffer, 2007).

ACH má rozličný priebeh aj dobu trvania. Prežívanie sa popisuje od dvoch do dvadsať rokov, v priemere prežíva chorý od diagnostikovania päť až osem rokov (Miklášová, 2005, Juklová, Skorunková, 2009, Dušek, Večeřová – Prochádzková, 2010).

V starostlivosti o pacienta s Alzheimerovou chorobou je dôležitá včasná diagnostika, adekvátne farmakologická a nefarmakologická liečba a sledovanie progresie ochorenia.

V rámci diagnostiky, diferenciálnej diagnostiky, skríningu a sledovania vývoja ochorenia sa okrem štandardných zobrazovacích metód a psychoneurologických vyšetrení uplatňujú aj meracie a hodnotiace nástroje.

Hodnotenie kognitívnych funkcií prostredníctvom meracích nástrojov sa stalo súčasťou klinickej praxe nielen v geriatrickej, gerontopsychiatrickej, ale aj v oblasti ošetrovateľského výskumu a praxe (Tomagová, 2010).

Tak, ako sa v klinickom obraze každej demencie stretávame s kognitívnymi poruchami, nekognitívnymi symptómami a poruchami funkčnej schopnosti pacienta, tak aj hodnotiace škály využívané pri demenciách posudzujú predovšetkým úroveň kognície, funkčnej schopnosti a behaviorálne prejavy (Králová, 2017).

Pidman a Kolibáš, 2005 označujú demenciu pri Alzheimerovej chorobe ako ABC demenciu. Označenie vychádza z prvých písmen porúch, ktoré sú spojené s týmto ochorením (**A**ctivities of daily living, **B**ehavioral disorders, **C**ognitive deficits).

Literatúra odporúča množstvo meracích nástrojov vhodných v úvodnom a priebežnom posúdení stavu pri demencii. Vo vzťahu k limitovanému rozsahu príspevku a k vytýčeným cieľom využívame v našich prípadových štúdiách opakovane tie isté vybrané škály na sledovanie vývoja kognitívnych funkcií ako aj na posúdenie aktivít denného života. Vybrané nekognitívne behaviorálne prejavy sme identifikovali na základe pozorovania a zápisov z dokumentácie.

Napriek tomu, že priebeh ACH je plynulo progredientný možno ho do istej miery modulovať farmakoterapiou, kognitívnou rehabilitáciou a správnu úpravou prostredia. Práve prostredie ako liečebný činiteľ sa často podceňuje a nevyužíva, napriek tomu že práve nevhodné prostredie môže byť spúšťačom mnohých porúch.

Cieľ

Cieľom práce je zistiť vplyv zmeny prostredia na kognitívne funkcie, funkčnú schopnosť v aktivitách denného života, správanie a celkový zdravotný stav pacienta s ACH.

Materiál a metódy

Výber pacientov pre potreby oboch prípadových štúdií bol zámerný. Cieľom výberu bolo získať pacientov s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou u ktorých došlo z rozličných dôvodov ku zmene stabilného prostredia. Medzi ďalšie zaraďujúce kritériá patrili: súhlas pacienta, resp. opatrovníka, neprítomnosť zrakových alebo sluchových porúch, absencia motorických deficitov v dôsledku iného ochorenia, používané štandardné postupy liečby s dôrazom na nefarmakologické riešenie psycho-patologickej symptomatológie.

Informácie potrebné pre spracovanie kazuistík sme získali pozorovaním (so zameraním predovšetkým na výskyt atypických motorických prejavov, porúch správania, spánku a stravovania), rozhovorom s príbuznými a personálom, štúdiom dokumentácie a na objektívne zhodnotenie mentálneho stavu a ne/závislosti v aktivitách denného života sme opakovane využili meracie a hodnotiace techniky (SMMSE – Severe Mini-Mental State Examination, ADL – Activities of Daily Living).

1. Opis prípadu

75 ročná, pred tým aktívna pacientka (ako bývalá sestra sa starala o odkázaných a chorých vo svojom okolí) po smrti manžela stratila záujem o okolie, odmietala akýkoľvek sociálny kontakt. Žila sama v dvojizbovom byte. Pri návštevách príbuzných reagovala podráždene a podozrievavo. Bola plačlivá, málo komunikatívna, verbálny prejav chudobný

s využitím stereotypných vyjadrení. Spočiatku, asi rok, stav hodnotený príbuznými ako reakcia na stratu manžela, respektíve depresia. Po opakovaní situácií kedy sa pani XY nevedela dostať do bytu preto, že si nepamätala kde dala kľúče, prečo odišla z bytu a pod. bola pacientke po neuropsychiatrickom vyšetrení v súlade s diagnostickými kritériami MKCH stanovená diagnóza Demencia pri Alzheimerovej chorobe s neskorým začiatkom. Podľa údajov z dokumentácie pri stanovení diagnózy: „*CT – prítomná ľahká difúzna mozgová atrofia, SMMSE – 20/30 ľahká – stredne ťažká kognitívna porucha, dominujú poruchy novopamäti a konštruktívnej praxe*“.

Po nasadení štandardnej farmakoterapie bola pani XY schopná ešte asi rok samostatne sa (a s pomocou sestry z ADOS, ktorá ju denne navštevovala z dôvodu ošetrovania vredov predkolenia) o seba postarať, bývala sama. Výsledky SMMSE sa opakovane pohybujú na úrovni dolnej hranice ľahkej poruchy (21-20/30). Postupne čoraz častejšie prítomné epizódy časo-priestorovej dezorientácie. Z uvedeného dôvodu sa na starostlivosti o pani XY začali podieľať striedavo dcéry.

Po príchode pani XY k dcére do susedného mesta sa jej stav výrazne zhoršil. Podľa výpovede dcéry: „*Mama neustále plakala, vyčítala nám, že ju chceme pripraviť o byt, pýtala sa domov, v noci blúdila, bola nekludná, odmietala jesť, nevedela trafiť na WC ani do svojej izby. Po dvoch týždňoch sa jej podarilo v noci odomknúť, pobalila si pár vnukových tričiek a žehličku a odišla akože do svojho bytu. Nevedeli sme ju nájsť, až s pomocou polície, keď sa dobýjala do cudzieho dva kilometre vzdialeného bytu, mysliac si, že prišla domov.*“

Pri návšteve v domácnosti pozorujeme výrazný motorický nepokoj až agitovanosť, dožaduje sa návratu domov, žiada o pomoc pri obliekaní, jedení, je však schopná samostatne sa pohybovať aj sa najesť. Pri vykonávaní denných činností podľa ADL testu prítomná mierna závislosť na pomoci inej osoby (75/100). Pani XY potrebuje pomoc predovšetkým pri kúpaní, umývaní a dozor pri obliekaní. Pri SMMSE opakovane nesústredená, nespupracuje, dožaduje sa návratu domov. Počas 2 mesačného pobytu u dcéry SMMSE opakovane zodpovedá dolnej hranici stredne ťažkej poruchy (10/30), okrem porúch novopamäti a konštruktívnej praxe, prítomné poruchy pozornosti, časo-priestorovej orientácie a porozumenia.

Vzhľadom na zhoršujúci stav pani XY vyžadujúci celodenný dohľad sa dcéra rozhodla zanechať prácu a požiadať o peňažný príspevok na opatrovanie ťažko zdravotne postihnutej osoby, ktorý jej bol priznaný. Táto skutočnosť jej umožnila presťahovať sa spolu s matkou naspäť do jej bytu a realizovať odporúčané úpravy prostredia a venovať sa matke v zmysle odporúčaných postupov.

Po návrate bol stav pani XY spočiatku nemenný, avšak asi po týždni dochádza k výraznému upokojeniu, reaguje pokojne, je sústredenejšia, snaží sa spolupracovať. Zlepšila sa priestorová orientácia, dokáže nájsť WC, svoju izbu, posteľ... Počas sledovaného

obdobia dvoch rokov sa pacientka nevrátila v úrovni sebestačnosti na pôvodnú úroveň, ale podľa testu ADL sa jej funkčná schopnosť ani výrazne nezhoršila (ADL 65/100), stále zostáva v rovine miernej závislosti. Podľa testu SMMSE sa už pani XY nikdy nevrátila na úroveň miernej poruchy (čo je zrejme dané aj progresívnym charakterom ochorenia), ale v pásme stredne ťažkej kognitívnej poruchy sa po cca 2 týždňoch pobytu v známom prostredí posunula smerom ku hornej hranici (15/30), pričom skóre 15 – 12 bolo udržané počas obdobia dvoch rokov. Blúdenie sa vyskytovalo sporadicky, predovšetkým v nočných hodinách. Celkový zdravotný stav sa výraznejšie nemení, vred pravého predkolenia po vlhkej terapii zhojený, na ľavom predkolení prítomný chronický ulcerus rozsahu 3 X 4 X 3 cm, mierne povlečený avšak bez celkových prejavov zápalu.

Zhruba po dvoch rokoch potrebovala dcéra absolvovať gynekologickú operáciu, tak pani XY musela opäť opustiť svoj byt a načas (cca 3 mesiace) sa presťahovať k mladšej dcére.

Po príchode do nového prostredia sa opätovne stáva nepokojná až agresívna. Zvýrazňuje sa nočné blúdenie. Stáva sa inkontinentou, pravdepodobne z dôvodu, že nedokáže nájsť WC, odmieta jesť, piť, nedokáže sa obliecť ani s pomocou. Neustále si balí veci, slovná produkcia je obmedzená len na 2-3 vety, ktoré neustále opakuje. Prítomná úplná časo-priestorová dezorientácia. ADL test (40/100 – ťažká závislosť) SMMSE (3/30 – ťažká kognitívna porucha). Vzhľadom na potrebu zabezpečenia alternatívnej výživy a febrilný stav hospitalizovaná na internom oddelení.

2. Opis prípadu

Pred dvoma rokmi bola v súčasnosti 60 ročnému pánovi XX diagnostikovaná demencia Alzheimerovho typu so skorým začiatkom. Dnes invalidný dôchodca, ktorý pracoval ako letecký inžinier žije v jednej domácnosti spolu s manželkou. Manželka uvádza: *„Manžel začal byť istú dobu zvláštny, s každým sa hádal, strácal veci, nevedel kde čo nechal. Obviňoval ma a keď tu boli deti, tak aj ich a vnúcatá, že sa mu staráme do jeho vecí. Vedela som, že niečo nie je v poriadku.“* Diagnóza sa potvrdila na základe CT nálezu a neuropsychiatrického vyšetrenia. Napriek zahájeniu farmakoterapie stav pomerne rýchlo progreduje a v priebehu dvoch rokov pán XX potrebuje celodenný dohľad a pomoc pri denných činnostiach. Podľa údajov z dokumentácie je zrejma progresia aj na CT náleze (kým pri stanovení diagnózy bola prítomná predovšetkým hipokampálna atrofia, v súčasnosti už difúzna). V priebehu dvoch rokov došlo k poklesu bodového skóre v SMMSE z 23/30 (mierna porucha) na 9/30 (ťažká porucha). Podľa udania manželky sa niekoľko krát objavili epizódy nepokoja a verbálnej agresie, predovšetkým keď nevedel niečo nájsť alebo urobiť (napr. obuť sa), dal sa však usmerniť. Pri návšteve v domácnosti zhodnotený stav sebestačnosti prostredníctvom ADL škály (70/100 – mierna závislosť). Pán XX potrebuje

pomoc predovšetkým pri kúpaní, umývaní, obliekaní a prítomná je aj občasná inkontinencia moču. Pod dohľadom sa dokáže samostatne najesť. Pri hodnotení SMMSE diagnostikovaná ťažká kognitívna porucha (9/30). Pacient neudrží pozornosť, odpovedá nepriliehavo, odbieha, pri dôraznejšej výzve reaguje podráždene, slovná produkcia obmedzená. Priestorová orientácia v známom prostredí sčasti zachovaná, dokáže nájsť WC, posteľ, svoju izbu...

Manželka sa už vzhľadom na vek a polymorbiditu nedokáže o manžela starať a preto požiadala o jeho umiestnenie do DD (domov dôchodcov).

Po umiestnení do DD pacient agresívny, dezorientovaný priestorom a časom, prítomné poruchy spánku. Podľa výpovede personálu: *“Pán XX je veľmi nepokojný, neustále blúdi, zrejme hľadá WC, svoju izbu alebo posteľ, keď ich nevie nájsť správa sa agresívne: kričí, fyzicky napáda personál aj pacientov. Niekedy býva až nezvládnuteľný”*.

V sebestačnosti meranej ADL škálou nastal len mierny (60/100) posun smerom k hornej hranici strednej závislosti, spôsobený predovšetkým prehĺbením inkontinencie, pravdepodobne z dôvodu, že včas nenájde WC. Posúdenie pomocou SMMSE nerealizované z dôvodu psychickej agitácie pacienta. Po tom čo v noci fyzicky zaútočil na obyvateľku DD z dôvodu, že si myslel, že leží v jeho posteli (v noci zablúdil do rovnako situovanej a rovnako zariadenej izby o poschodie nižšie) bol hospitalizovaný na psychiatrickom oddelení pre potrebu farmakologického zvládnutia agresie. SMMSE hodnotená dva dni po nástupe na hospitalizáciu, zaznamenaný ďalší pokles skóre (3/30). Pán XX sa stáva aj podľa ADL škály plne závislý na pomoci personálu. V čase hospitalizácie je už však potrebné zohľadniť aj vplyv psychofarmák na celkový stav.

Analýza a diskusia

Na základe údajov interpretovaných v opisoch prípadu môžeme konštatovať, že u oboch sledovaných pacientov došlo pri zmene prostredia k zhoršeniu klinického obrazu ACH.

Podobne Callahan et al (2006) uvádza, že dodržiavanie štandardov v domácej starostlivosti u pacientov s Alzheimerovou viedlo k výraznejšiemu zlepšeniu behaviorálnych a psychických symptómov demencie. Tieto zlepšenia prevyšujú hodnoty namerané v štúdiách zameraných len na efekt farmakologickej liečby (Callahan, Boustani, Unverzgat, 2006).

V súlade s akronymom ABC (**A**ctivities of daily living, **B**ehavioral disorders, **C**ognitive deficits), popisujúcim podstatné zmeny pri ACH sme sa zamerali na ich výskyt a súvis so zmenou prostredia.

U oboch sledovaných pacientov sme zaznamenali pri presune do nového prostredia pokles sebestačnosti meraný prostredníctvom ADL škály. Pri prvej zmene prostredia nebol

v oboch sledovaných prípadoch pokles dramatický, ale jednoznačný (cca -10 bodov). V oboch prípadoch nastal problém s kontinenciou, čo pravdepodobne do veľkej miery súvisí s priestorovou dezorientáciou v novom prostredí (hľadanie WC).

Výrazný pokles bol zaznamenaný u oboch pacientov pri hospitalizácii (pani XY febrilný stav, pán XX vystupňované stavy agresie). Tu je však potrebné zohľadniť, že na funkčnú schopnosť pacientov okrem zmeny prostredia vplýval celkovo zhoršený zdravotný stav a v druhom prípade je nezanedbateľný aj vplyv psychofarmák.

K podobnému záveru dospel aj Volicer (2003), ktorý uvádza, že v 63 – 83 % prípadov pacientov s demenciou sa ich funkčný stav po zmene prostredia zhorší.

Hirsh a kol. (1990) konštatujú, že u každého staršieho pacienta, osobitne dementného, dochádza hospitalizáciou k zhoršeniu funkčnej schopnosti, ktorá sa nezlepší ani po prepustení z nemocnice.

V oboch sledovaných prípadoch došlo v novom prostredí k vystupňovaniu porúch správania. Zvýraznilo sa predovšetkým blúdenie, poruchy spánku a v neznámom prostredí boli pacienti nepokojní až agresívni.

Viacerí autori (Snopková, Gembická, 2007, Piderman, 2009, Ressler, 2004) poukazujú na skutočnosť, že vplyvom zmeny prostredia dochádza k poruchám spánku, prehĺbeniu dezorientácie, ktorá sa najčastejšie prejaví blúdením a následne vedie k apatii alebo agresii.

Vývoj v oblasti kognitívnych funkcií sme sledovali prostredníctvom SMMSE, kde bolo v novom prostredí zaznamenané pomerne významné zníženie dosiahnutého skóre. Napriek tomu, že SMMSE neposudzuje celú oblasť kognície, možno tento nástroj predovšetkým pri vážnejšom kognitívnom deficite považovať za vysoko senzitívny a špecifický.

Test psychických funkcií je hodnotený ako validný a reliabilný (0,68 – 0,99), pri senzitivite 0,76 – 0,87 a špecificite 0,82 – 0,89 (Gallo, 2005, Maruish, 2000, McDowell, 2006).

Podobne Fong et al (2012) zistili kognitívny pokles po náhlej zmene prostredia u 23 % prípadov (škálované na Blessed Information Memory Concentration Test Score).

Vhodnosť využitia SMMSE pri ťažších demenciách s poruchami správania demonštruje aj Kráľová (2017), ktorá poukazuje na skutočnosť, že MMSE neodráža zlepšenie alebo zhoršenie klinického stavu, najmä v oblasti motorických funkcií a reči do takej miery ako SMMSE.

Mnohé prístupy a koncepty (napr. bazálna stimulácia, zmyslová stimulácia) poukazujú na dôležitosť stability prostredia pre využívanie existujúcich pamäťových stôp v mozgu, vychádzajúc z faktu, že pri ACH je najskôr poškodená novopamäť a až neskôr staršie (stabilnejšie) obsahy.

Záver

Získané výsledky vzhľadom na obmedzený počet pacientov a využitie len vybraných meracích a hodnotiacich škál bez podrobnejšej triangulácie môžeme považovať skôr za orientačné a platné len pre sledovaných pacientov, do istej miery však odrážajú kognitívne, behaviorálne zmeny a zmeny vo vykonávaní denných činností u pacientov s ACH v neznámom prostredí.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BERTRAM L. Alzheimer's disease genetics current status and future perspectives. International Review of Neurobiology 2009; 84:167–84.
2. BERLINT P. Memorix neurologie. Grada Publishing, Praha 2007; 447.
3. MIKLÁŠOVÁ A. Alzheimerova choroba. Ako žiť ďalej? Slovenská Alzheimerova spoločnosť, Bratislava 2005; 31 Preložené z talianskeho originálu: Zanetti O, Trabucchi M, Boschi G, Tonini G. Conoscere viverela la malattia di Alzheimer a le altre demenze.
4. PFEIFFER J. Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi. Grada Publishing, Praha 2007; 352
5. JUKLOVÁ K, SKORUNKOVÁ R. Základy psychopatológie. Gaudeamus, Hradec Králové 2009; 115
6. DUŠEK K, VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ A. Diagnostika a terapie duševných porúch. Grada Publishing, Praha 2010; 632
7. TOMAGOVÁ M. Benefity meracích nástrojov v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s demenciou. Ošetrovatelství a porodní asistence 2010; 1: 132-138
8. KRÁLOVÁ M. Demencie. Univerzita Komenského, Bratislava, 2017; 87
9. PIDRMAN V, KOLIBÁŠ, E. Zmeny jednání seniorů. Galén, Praha 2005; 189
10. CALLAHAN CH. M, BOUSTANI M. A, UNVERZGAT, F. W. Effectiveness of Collaborative Care for Older Adults With Alzheimer Disease in Primary Care. JAMA 2006; 18: 2148–2157
11. VOLICER L. Paliativní přístupy k pacientům s demencií. Česká geriatrická revue 2003; 2: 16-19
12. HIRSH CH, SOMMERS L, OLSEN, A MULLEN, L WINOGRAD, CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. JAGS 1990; 38, 1293-1303
13. PIDERMAN V. Poruchy chování ve stáří. Zdravotnictví a medicína 2009; 18
14. SNOPOKOVÁ I, GEMBICKÁ, I. Alzheimerova demence. Sestra 2007; 17: 28-30
15. RESSNER P. Alzheimerova nemoc – diagnostika a léčba. Neurologie pro prax 2004; 1: 11-16

16. GALLO J. J. et al. Handbook of Geriatric Assessment. Jones & Barlett Publishers, Massachusetts 2005; 473
17. MARUISH M. E. et al. Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Setting. Routledge, New York 2000; 848
18. McDOWELL I. Measuring Health a Guide to Rating Scales and Questionnaires. Oxford University Press, New York 2006; 748
19. FONG T. G et al. Adverse outcomes after hospitalization and delirium in persons with Alzheimer disease. Ann. Intern. Med. 2012; 19: 156 – 168

Kontaktná adresa autora

PhDr. Mária Lehotská, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

03401 Ružomberok

e-mail: maria.lehotska@ku.sk

VÝZNAM ORGANIZOVANIA ČINNOSTÍ V DENNOM CENTRE PRE SENIOROV V RUŽOMBERKU

Katarína Sisiková

Katolícka univerzita v Ružomberku

Súhrn

Príspevok sa zaoberá organizovaním činností v dennom centre pre seniorov v Ružomberku. Kladie dôraz na význam tohto nástroja v manažmente sociálnej práce z pohľadu dobrovoľných členov organizačného výboru denného centra. Príspevok podáva ucelený obraz o aktivitách a poslaní denného centra pre seniorov v meste Ružomberok.

Kľúčové slová: Denné centrum. Riadenie. Organizovanie.

1 Úvod

Podstatou dobrého fungovania akejkoľvek organizácie je jej správne riadenie. Potreba riadenia ľudí, pracovných postupov a procesov je stará ako prvé civilizácie. Už pri stavbe prvých starovekých miest a hradieb bolo nutné využiť ľudské myslenie, správanie a konanie. Funkcie plánovania, organizovania, vedenia ľudí, či kontroly boli prítomné a potrebné pre zdravé fungovanie ktorejkoľvek skupiny či rodu. Je nesporné, že v dávnych dobách len tá skupina, ktorá mala schopného vodcu a ľudí, ktorí boli ochotní ho nasledovať, vyhrávali boj o prežitie (Mikuš, Droppa, 2008, s.11).

Začiatky moderného manažmentu (z angl. management od to manage – riadiť) súvisia s rozvojom industrializácie. Tradičné riadenie založené na skúsenostiach a zvykoch, už nedokázali zabezpečiť potrebné zvyšovanie a zefektívňovanie produkcie. Priemyselná revolúcia priniesla rozmach produkcie a dopravy. Hlavným cieľom bolo produkovať veľké množstvo produktov pre uspokojenie potrieb zákazníkov. Z uvedeného nám vyplýva, že manažment bol chápaný ako „umenie riadiť podnikovú činnosť prostredníctvom ľudí“ (Mary Parker Follett). Bol vnímaný ako proces začínajúci predvídaním, pokračujúci organizovaním, prikazovaním a koordinovaním, končiaci kontrolou. Neskôr bol vnímaný ako „umenie dosiahnuť vytýčené ciele podniku“. (Mikuš, Droppa, 2008, s.12).

Peter Drucker (In www.euroekonom.sk). definoval manažment ako „proces koordinovania činností skupiny pracovníkov, je vykonávaný jednotlivcom alebo skupinou ľudí za účelom dosahovania určitých výsledkov. Tieto výsledky sa dosahujú výlučne stanovením konkrétnych cieľov, ktoré chce podnik resp, aj nezisková organizácia dosiahnuť. Cieľ je sériou konkrétnych výstupov, ktoré spolu v konečnom dôsledku plnia zámer podniku.

Každý projekt, činnosť, ktorý daný subjekt vykonáva musí mať zadaný jeden hlavný a niekoľko merateľných čiastkových cieľov, ktoré ho podporujú. Cieľ projektu formuluje globálny účel, ku ktorému smerujú všetky podciele, aktivity a úlohy podniku či organizácie. Formulácia cieľa by mala obsahovať iba slová s jednoznačnou interpretáciou, má byť stručná, jednoduchá, zrozumiteľná a orientovaná na akciu“

Považujeme za potrebné uvažovať o manažmente v oblasti sociálnej práce ako o procese tvorby a udržiavania prostredia, v ktorom jednotlivci pracujú spoločne a usilujú sa dosiahnuť stanovené ciele. Taktiež manažment v sociálnej oblasti vnímame ako proces optimalizácie využitia ľudských, materiálnych a finančných zdrojov na dosiahnutie cieľov (Pearse, Robinson in Matoušek, 2008, s.327).

Sociálny manažment koordinuje činnosti ľudí pracujúcich v organizáciách so zameraním na sociálnu pomoc, služby, prevenciu a poradenstvo a kladie predovšetkým dôraz na ľudské zdroje. Podstatou dosahovania zisku, nie je hlavnou náplňou sociálnej práce, ale predovšetkým zabránenie nepriaznivej životnej situácie a dosiahnutie pozitívnej zmeny v živote človeka – klienta. (Matoušek, 2008, s. 328-329).

Predmetom záujmu sociálnej práce je v prvom rade človek v nepriaznivej životnej situácii, a na dosiahnutie pozitívnej zmeny musí byť presne tak isto orientovaný aj manažment v sociálnej práci. V našom príspevku sa budeme zaoberať funkciou organizovania a pokúsime sa bližšie priblížiť hlavný význam tejto funkcie v dennom centre pre seniorov v meste Ružomberok. Teoretické informácie sme zbierali analýzou údajov z internetových a knižných zdrojov, ktoré sa venujú všeobecne riadeniu, funkcii organizovania, ale aj konkrétne manažmentu v sociálnej práci. Informácie o aktívnej činnosti denného centra pre seniorov v Ružomberku sme zbierali z domovskej stránky denného centra a osobnou komunikáciou s vedúcimi tohto centra pani Alenou Vinžíkovou a jej zástupkyňou pani Máriou Grafovou. Zozbierané fakty sme použili na zastavenie tohto príspevku. V závere príspevku spracúvame swot analýzu silných, slabých stránok, príležitostí a ohrození denného centra pre seniorov v Ružomberku.

2 Organizovanie ako nástroj manažmentu

Funkcia organizovania je jednou z kľúčových funkcií manažmentu. Dôkazom tohto tvrdenia sú aj niektoré knižné diela popredných odborníkov na komerčné riadenie ako napr. dielo od Adama Smitha⁴ z roku 1776 *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*, v ktorom spísal svoje úvahy o delbe práce ako nástroju na zvyšovanie jej produktivity a efektivity v dôsledku zvyšovania efektívnosti a produktivity v niekdajších manufaktúrach. V diele *The Principles of Scientific Management* v roku 1911 Frederick

⁴ Adam Smith je považovaný za zakladateľa modernej ekonómie ako samostatnej vednej disciplíny.

Winslow Taylor⁵ podáva praktické odporúčania k organizácii práce prostredníctvom optimalizácie, normalizácie a ergonómie (In www.euroekonom.sk).

Zmyslom organizovania je vytvoriť podmienky pre zosúladenie úsilia pomocou vytvárania štruktúr procesov a vzťahov medzi právomocami, upraviť vzťahy medzi úlohami, ľuďmi, vecnými prostriedkami a informáciami tak, aby boli splnené ciele organizácie.

Organizovanie sa môže týkať celého podniku, jeho jednotlivých častí, alebo jednotlivých činností (Mihalčová, 2009, s. 111).

Funkcia organizovania člení hlavné pracovné úlohy na čiastkové úlohy, deleguje právomoci, vytvára špecifické organizačné jednotky a určuje ich veľkosť. Výsledkom procesu organizovania je organizačná štruktúra.

Organizačná štruktúra je akýmsi skeletom organizácie, ktorá rozčleňuje úlohy na jednotlivé pracoviská, alebo ich zjednocuje a vzájomne koordinuje (Mydlíková, 2004, s.66). Organizačnú štruktúru chápeme ako formu usporiadania procesu deľby práce pre zabezpečenie určitých riadiacich a výkonných činností – t.j. stanovenie a usporiadanie činností, zaistenie deľby práce podľa špecializovaných činností, preskupenie činností s cieľom zladenosti a efektívnosti, stanovenie úloh a povinností, právomoci a zodpovednosti vedúcim a zamestnancom, koordinovanie činností ľudí, úloh a formálnych vzťahov, zabezpečenie efektívneho informačného systému. Organizačná štruktúra umožňuje a určuje:

- úlohy a zodpovednosť za ich plnenie, t.j. pracovné povinnosti
- umožňuje vymedziť formálne pracovné vzťahy (horizontálne a vertikálne)
- štruktúru informačného systému, komunikačné kanály.

Organizačná štruktúra vytvára optimálne podmienky pre plánovanie, organizovanie, usmerňovanie a kontrolu plnenia úloh, tak aby bol dosiahnutý stanovený cieľ organizácie (In www.fsi.uniza.sk).

3 Denné centrum pre seniorov v meste Ružomberok

Poskytovanie sociálnej služby v dennom centre je podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách podpornou sociálnou službou. Podľa § 56, ods. 2, písm. b), „sa v dennom centre poskytuje sociálna služba počas dňa fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek, fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím alebo nepriaznivým zdravotným stavom, rodičovi s dieťaťom alebo starému rodičovi s vnukom alebo vnučkou. V dennom centre sa poskytuje najmä sociálne poradenstvo a zabezpečuje sa záujmová činnosť.“

⁵ Medzi Taylorove zásady riadenia patria : Jasne vymedzená dĺžka dennej normy práce, Normalizácia podmienok, vzájomná kolegiálna spolupráca, vzájomné zdieľanie najlepších pracovných postupov a podmienok, Previazanie výkonu a odmeny, Systematické vzdelávanie pracovníkov.

Denné centrum pre seniorov v Ružomberku (DC) ako ešte bývalý klub dôchodcov, bolo založené 16.mája 1982, po vzore iných miest Slovenska, za aktívnej pomoci Mestského národného výboru, jeho funkcionárov a pracovníkov. Prví členovia klubu začínali v priestoroch bývalého robotníckeho domu. Od založenia klubu sa za 36 rokov veľa zmenilo, vystriedalo sa viacero predsedov resp. vedúcich centra, ktorí svojimi dobrými organizačnými schopnosťami, čoraz viac spetrovali kultúrny a spoločenský život ružomerských dôchodcov.

V roku 1997 sa na podnet vtedajšieho primátora mesta JUDr. Juraja Čecha, klub presťahoval do väčších priestorov mesta Ružomberok na ul. Majere 13, v ktorých sídli doteraz.

Za činnosť centra v súčasnosti zodpovedá vedúca DC pani Alena Vinžíková, ktorá bola zvolená členmi v roku 2012 v období 30. výročia založenia Klubu dôchodcov KD – Denného centra v Ružomberku. Dnes má DC vyše 500 členov (In www.kdcentrum2016.wordpress.com)

3.1 Poslanie a ciele denného centra v Ružomberku

Hlavnou náplňou DC je podnecovať aktivitu seniorov, začleňovať ich do života spoločnosti a tak ich zbavovať pocitu osamelosti, uspokojovať ich kultúrne a spoločenské potreby a podporovať ich osobné záujmy a záľuby. Celá činnosť denného centra má povzbudzovať svojich členov k aktivite, seberealizácii, spájať ich naďalej so životom mesta, prispievať k nadväzovaniu kontaktov medzi ľuďmi, vytváraniu pocitu spolupatričnosti, a to najmä:

- organizovaním podujatí a akcií pre členov klubu v rôznych časových intervaloch a s rôznym tematickým zameraním
- spoluprácou členov klubu na príprave podujatí a akcií organizovaných mestom.

Ako nám osobne povedala zástupkyňa vedúcej klubu pani Grafová svojou rozmanitou činnosťou denné centrum naplňa svoje poslanie: „Zabudnúť na roky, trápenie, choroby a veľaokrát i na samotu.“

Klub dôchodcov nie je organizácia, ktorá funguje za účelom dosahovania zisku. Jej hlavným cieľom je zabráňovať sociálnej exklúzii seniorov mesta Ružomberok.

Vedenie klubu nestanovuje účelovo čiastkové ciele, ktoré sú základom pre dosiahnutie hlavného cieľa, ale v tomto prípade môžeme povedať, že čiastkovými cieľmi je spestrenie života seniorov prostredníctvom organizovania rôznych kultúrno- spoločenských aktivít, zájazdov, stretnutí a pod.

3.2 Organizovanie činností a organizačná štruktúra denného centra

Organizačne je DC začlenené pod odbor sociálnych vecí, oddelenie sociálnych služieb a zdravotníctva, funguje však ako samosprávna jednotka a od roku 2002 je v zmysle zákona o združovaní občanov 83/1990 Z.z. zaregistrované aj ako záujmové združenie - Združenie senior Ružomberok, a preto budeme ďalej denné centrum označovať aj ako združenie resp. klub (Stanovy záujmového združenia – Združenie senior Ružomberok).

Podľa stanov je najvyšším orgánom združenia zhromaždenie členov združenia. Výkonným orgánom je 9 členný výbor a kontrolu činnosti centra zabezpečuje trojčlenná revízna komisia. Výbor spolu s predsedom združenia zodpovedá za činnosť a hospodárenie s finančnými prostriedkami (finančné prostriedky získava z príspevkov mesta, nadácie Supra, darcov a členských poplatkov). Predseda združenia je štatutárnym orgánom, ktorý reprezentuje združenie navonok s právomocou uzatvárať a podpisovať dohody v mene združenia. Riadi prácu výkonného výboru a zvoláva zhromaždenie združenia min. 2x za rok. Predkladá vypracované projekty mestu Ružomberok a konzultuje potrebné požiadavky so zástupcami MsÚ Ružomberok. Podpredseda združenia zastupuje predsedu v jeho neprítomnosti.

Zhromaždenie členov združenia volí výkonný výbor, predsedu a podpredsedu združenia. Schvaľuje plán akcií, rozpočet príjmov a výdavkov na každý rok. Prerokúva správy o činnosti združenia, výsledky hospodárenia a plnenia uzavretých dohôd s inými organizáciami. Prijíma nových členov a ruší členstvo členov na základe vlastnej žiadosti alebo pri neplnení si povinnosti členstva. Má právo zrušiť združenie, prijať nové stanovy resp. rozhoduje o zmenách v stanovách združenia.

Organizačný výbor v združení pracuje na zveľaďovaní a organizovaní aktivít pre členov klubu výlučne na báze dobrovoľnosti. Odmenou za ich prácu je predovšetkým dobrý pocit zo sebarealizácie a usmiate tváre seniorov. V takomto zariadení sa nedá hovoriť o zamestnancoch, ale napriek tomu sa využívajú ich schopnosti a zručnosti z predchádzajúcich profesií, ktorým sa venovali počas svojho produktívneho života. Vedenie DC nedelí právomoci medzi jednotlivé úseky, nerozdeľuje deľbu práce striktne medzi členov organizačného výboru, ale tým že chce naplňovať hlavné poslanie v prospech všetkých členov, riadi sa základnými princípmi manažmentu - plánovaním, organizovaním, deľbou práce, vedením, a kontrolou.

Činnosť denného centra sa riadi ročným plánom činnosti, ktorý vypracúva výbor DC a schvaľujú ho členovia na výročnej členskej schôdzi, ktorá sa koná v mesiaci január. Zasadnutie výboru sa koná pravidelne raz do mesiaca, kde sa rokuje o aktuálnych blížiacich sa aktivitách, ktoré sú organizované na základe ročného plánu, dohaduje sa materiálne a personálne zabezpečenie daného podujatia, prerozdeľujú sa konkrétne úlohy a povinnosti, tak aby bolo podujatie organizačne dobre zabezpečené a zvládnuté.

DC je aktívna organizácia s bohatou a rozmanitou činnosťou, ktorá sa snaží zlepšovať svoje klubové prostredie, ale aj rozširovať činnosti, o ktoré členovia javia záujem. DC má vo svojej činnosti veľkú oporu aj vo vedení mesta, s ktorým aktívne spolupracuje, a ktoré im pomáha riešiť problémy po stránke odbornej i materiálnej. Členovia organizačného výboru chcú i naďalej svoje prostredie zveľaďovať, tak aby sa tam všetci cítili dobre. Usporiadávajú rôzne spoločné posedenia (MDŽ, 1.máj, Anna bál, čajové popoludnia pri hudbe) zdravotné besedy, posedenie pri guláši, batôžkové stretnutia, ale aj posedenie pri vianočnom stromčeku s kapustnicou. Niektorých stretnutí sa zúčastňujú aj členovia vedenia mesta (Deň matiek, Mesiac úcty k starším, stretnutia s jubilantmi, Mikuláš, Vianoce, výročné schôdze). DC úspešne reprezentuje ženská tanečná skupina Elišky, ktorá spestruje spoločenské podujatia organizované DC.

Klub dôchodcov nadväzuje partnerské vzťahy s podobnými zariadeniami v iných mestách, ako napr. s partnerským mestom v Čechách Kroměříž, kde sa zúčastnilo súťaží na obohatenie zážitkov.

Pri zabezpečovaní svojho poslania a činnosti DC spolupracuje s jednotlivými odbormi Mestského úradu Ružomberok, s mestskými výbormi MsZ, školami, s kultúrnym domom A. Hlinku a.s. Ružomberok, alebo inými hospodárskymi a spoločenskými organizáciami, podnikateľmi a fyzickými osobami (www.kdcentrum.wordpress.com, osobná komunikácia s pani Grafovou – zástupkyňou vedúcej DC).

Za najväčšie riziko spojené s organizovaním činností DC označila pani zástupkyňa vedúcej DC prácu so starými ľuďmi, kde vníma výraznejšie umocňovanie negatívnych ľudských vlastností, ktoré sa prejavujú ohováraním, nepravdou či závisťou. Ako už bolo spomínané DC sídli v mestských priestoroch, ktoré sú s narastajúcim počtom členov čoraz viac kapacitne nevyhovujúce. Na usporiadanie rôznych spoločenských akcií si musí centrum prenajímať väčšie priestory, čím je finančné zaťaženie centra vyššie. Keby DC sídlilo vo väčších priestoroch, ušetrené peniaze za prenájom by mohli byť investované do ďalších aktivít, čím by zrástla atraktivita DC. Výdavky na prenájom väčších priestorov sa snažia redukovať aj tým, že niektoré posedenia ako napr. toho roku MDŽ organizujú na dva razy, aby sa mohol zúčastniť každý člen, čo je pre organizačný výbor pomerne nepraktické. DC je vo veľkej miere závislé od vedenia mesta Ružomberok a opakovane predkladá žiadosť o nové a väčšie priestory, zatiaľ neúspešne. V týchto mestských priestoroch prevádzkujú svoju činnosť aj ďalšie záujmové združenia, čím je frekvencia stretnutí v klube pre seniorov obmedzená len na dva dni v týždni po dobu 1,5 hodiny.

SWOT analýza organizovania činnosti denného centra pre seniorov v Ružomberku

V závere nášho príspevku sme spracovali analýzu silných, slabých stránok, príležitostí a ohrození organizovania činnosti DC.

SILNÉ STRÁNKY	SLABÉ STRÁNKY
-organizovanie spoločenských podujatí akcií pre členov klubu v rôznych časových intervaloch a s rôznym tematickým zameraním (plesy, kapustnice, posedenia pri hudbe, fašiangy, MĎŽ,) - výročná schôdza - organizovanie výletov v tuzemsku a v zahraničí (výlety do prírody, návštevy kultúrnych a prírodných pamiatok, hradov, zámkov, divadiel, aquaparkov) -spoločné pobyty v kúpeľoch s využitím štátnej dotácie, -udržiavanie partnerských vzťahov s partnerským mestom Kroměříž -spoločné stretnutia v klube -1x/ mesiac schôdza výboru a rozdelenie organizačných úloh pripravovanej akcie - aktívna činnosť tanečnej skupiny Elišky -sprostredkovanie rôznych vzdelávacích kurzov, besied a prednášok - vlastná propagácia života klubu cez internet, bulletin členovia klubu svojimi pôvodnými profesiami prispievajú k rozmanitosti činnosti klubu	- nedostatočná kapacita priestorov DC - vzťahy medzi členmi klubu ohrozujúce rôzne organizované činnosti

PRÍLEŽITOSTI	OHROZENIA
- pribúdajúci počet členov zvyšuje potenciál v organizovaní rôznych aktivít - podpora mesta Ružomberok - financovanie z 2% daní - pôsobnosť mnohých vzdelávacích a kultúrnych inštitúcií, ktoré poskytujú svoje služby pre DC - medzigeneračné prepájanie vzájomných vzťahov a kontaktov - aktivity spracovávať v rámci spolupráce komunitného plánovania sociálnych a súvisiacich služieb mesta Ružomberok	-s prirodzeným starnutím dôchodcov sa komplikujú interpersonálne vzťahy medzi členmi klubu - náročná práca so staršími ľuďmi - prenajaté priestory, s ktorými sa DC delí s inými záujmovými združeniami, čím je obmedzené stretávanie sa v klube len na 2x/týždeň po dobu 1,5 hod. - závislosť od financií mesta Ružomberok - malé priestory obmedzujú aktívny výbor v organizovaní viacerých akcií a podujatí - nedostatok financií a závislosť na podpore mesta a donorov

4 Záver

Cieľom príspevku bolo poukázať na význam riadiacej funkcie organizovania v záujmovom združení v dennom centre pre seniorov v meste Ružomberok. Analyzovaním rôznych prístupných dokumentov na internete, bulletin, stanov, zákona o sociálnych službách, ale hlavne osobným rozhovorom s predstavenstvom centra sme naplnili cieľ a priblížili sme organizovanie činnosti a organizačnú štruktúru tohto zariadenia.

Na živote a fungovaní centra sa podieľa malý zástup dobrovoľníkov- aktívnych členov, ktorým záleží na pozitívnom rozvoji klubu. Chcú jednoducho tráviť svoju starobu aktívne v centre pozornosti svojich priateľov a tak zažívať dobrý pocit z dobre vykonanej práce. Činorodé fungovanie tohto zariadenia je zabezpečené vďaka schopnosti organizačného výboru, stanoviť úlohy, dobre pripraviť, materiálne zabezpečiť a zorganizovať mnohé podujatia počas celého roka aj napriek nepriaznivej finančnej a priestorovej situácie.

Organizačný výbor je dobrým zohratým tímom, ktorý stanovením úloh ich vykonávaním a delegovaním či del'bou práce naplňajú primárny cieľ denného centra zabudnúť na roky, choroby a trápenie.

Zoznam bibliografických odkazov

1. Euroekonom: Ciele projektu a ich definícia pomocou techniky smart. [online].
2. Euroekonom: [cit. 01.03.2018]. Dostupné z [http:// www.euroekonom.sk/ciele-projektu-a-ich-definicia-pomocou-techniky-smart/](http://www.euroekonom.sk/ciele-projektu-a-ich-definicia-pomocou-techniky-smart/)

3. *Euroekonom: Manažment*. [online]. Euroekonom: [cit. 01.03.2018]. Dostupné z <http://www.euroekonom.sk/manazment/>
4. *Fsi.uniza: Publikácie*. [online]. Fsi.uniza: [cit. 28.02.2018]. Dostupné z http://fsi.uniza.sk/kkm/old/publikacie/ma/ma_08.pdf
5. *KDcentrum2016: O nás*. [online]. KDcentrum2016: [cit. 04.03.2018]. Dostupné z <http://kdcentrum2016.wordpress.com/o-nas/>
6. *KDcentrum2016: Výročná správa*. [online]. KDcentrum2016: [cit. 07.03.2018]. Dostupné z <https://kdcentrum2016.files.wordpress.com/2018/02/vyrocna-sprava-2017.pdf> MIHALČOVÁ, B. 2009. Manažment v sociálnej sfére: Katolícka univerzita: Edičné stredisko Pedagogickej fakulty, Ružomberok, 258 s. ISBN 978-80-8084-434-9.
7. MIKUŠ, P., DROPPA, M. 2008. Základy manažmentu : Katolícka univerzita: Edičné stredisko Pedagogickej fakulty, Ružomberok,
8. MÝDLÍKOVÁ, E. 2004. Manažment v sociálnej práci : OZ Sociálna práca, Bratislava, 108 s. ISBN 80-89185-04-5.
9. *Symbia: Zákon o sociálnych službách* [online]. Symbia : [cit. 02.3.2018]. Dostupné z : <http://www.symbia.sk/files/zakon-c-448-2008-zz-o-socialnych-sluzbach-platny-od-112013.pdf>

INFORMÁTORKY

Osobná komunikácia:

Vedúca centra: Alena Vinžíková

Zástupkyňa vedúcej centra : Mária Grafová

Kontaktná adresa autora

Mgr. Katarína Sisiková

Katolícka univerzita v Ružomberku

Hrabovská cesta 1

034 01 Ružomberok

Slovenská republika

Tel. +421918811569

e-mail: sisikovakatarina@gmail.com

PŘEDMĚTY A PLOCHY PODÍLEJÍCÍ SE NA PŘENOSU INFEKČÍ SPOJENÝCH SE ZDRAVOTNÍ PÉČÍ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Martin Krause, František Dolák

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Souhrn

Infekce spojené se zdravotní péčí představují jednu z nejčastějších nežádoucích událostí, se kterou se lze setkat při poskytování zdravotních služeb (WHO, 2011, s. 3). Infekční agens způsobující infekce spojené se zdravotní péčí jsou přítomny na kůži pacienta, sliznicích, v tělních tekutinách, ale také na površích předmětů a ploch v bezprostředním okolí pacienta. Přenos infekcí spojených se zdravotní péčí může probíhat přímým či nepřímým kontaktem (Jindrák et al., 2014, s. 564). Ke kontaminaci a následnému přenosu mikroorganismů dochází zejména pomocí kontaminovaných rukou, ale též při přímém vyloučení mikroorganismů pacientem z bezprostředního okolí jeho lůžka (Russotto et al., 2015, s. 1). Nepřímý přenos prostřednictvím kontaminovaných předmětů či ploch je velmi častý (Yang et al., 2017, s. 169). V ošetrovatelské praxi se vyskytuje celá řada předmětů a ploch, které jsou rizikovou oblastí pro přenos infekcí spojených se zdravotní péčí. Právě z tohoto důvodu se kvalitativní výzkumné šetření s využitím techniky pozorování zaměřovalo na zjištění rizikových předmětů a ploch v ošetrovatelské praxi. Mezi rizikové předměty a plochy v ošetrovatelské praxi, které nepřichází do přímého kontaktu s pacientem, patří zejména administrativní předměty, dávkovače, zásobníky, nádoby na přenášení a ukládání předmětů, obaly a aplikátory, dále pracovní podnosy, úložné plochy a povrchy převazových vozíků.

Klíčová slova: Infekce spojené se zdravotní péčí. Kontaminace. Ošetrovatelství. Zdravotnický prostředek.

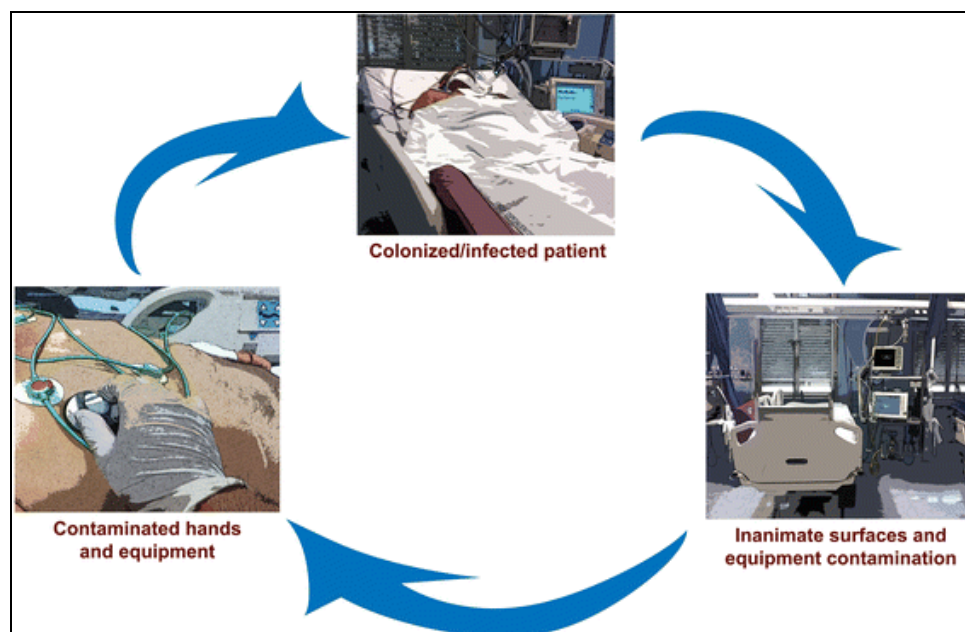
Úvod

Evropská komise uvádí, že infekci spojenou se zdravotní péčí získá každoročně v Evropské unii přibližně 4,1 milionů pacientů (Evropská komise, 2014, s. 8). World Health Organization (dále jen WHO) a European Centre for Disease Prevention and Control (dále jen ECDC) kontinuálně zdůrazňují význam globálního problému šíření infekcí spojených se zdravotní péčí se vzestupným trendem antimikrobiální rezistence (Weist a Högberg, 2016, s. 1). ECDC dále uvádí, že pokud se stávající trendy u infekcí a související rezistence nepodaří zastavit, tak v roce 2050 by počet úmrtí pacientů na celém světě mohl dosáhnout až počtu

10 milionů za rok (ECDC, 2017, s. 2). Z tohoto důvodu je důležité dodržovat jednotlivá preventivní opatření, včetně provádění dezinfekce předmětů a ploch. Efektivita provedení dezinfekce používaných předmětů a ploch ovlivňuje jejich následnou bakteriální kontaminaci. V případě, že dezinfekce není adekvátně provedena či provedena vůbec, mohou na těchto předmětech a plochách perzistovat mikroorganismy několik dní až několik měsíců. V průběhu této doby mohou být mikroorganismy přenášeny nejen zdravotnickým personálem (Russotto et al., 2015, s. 1). Ke kategorizaci zdravotnických prostředků určených k opakovanému použití, vzhledem k úrovni jejich reprocessingu a pro další bezpečné použití, lze využít tzv. Spauldingovu klasifikaci. Pomocí této klasifikace se mohou zdravotnické prostředky rozdělit na kritické, semikritické a nekritické (WHO, 2016, s. 22). Mezi kritické zdravotnické prostředky se zahrnují veškeré prostředky, kterými se porušuje kůže nebo sliznice či se pomocí nich vstupuje do sterilních tělesných dutin. K těmto prostředkům patří chirurgické nástroje, implantáty či protézy, rigidní endoskopy, injekční stříkačky či injekční jehly. Kritické zdravotnické prostředky by se měly sterilizovat. Mezi semikritické zdravotnické prostředky se řadí takové prostředky, které přichází do kontaktu se sliznicemi či tělesnými tekutinami pacienta. K těmto prostředkům patří dýchací přístroje, neinvazivní flexibilní endoskopy, močové lahve či podložní mísy. Semikritické zdravotnické prostředky by se měly dezinfikovat pomocí chemických dezinfekčních prostředků s vyšším spektrem účinnosti. Mezi nekritické zdravotnické prostředky se zahrnují veškeré prostředky, které přichází do kontaktu s neporušenou kůží pacienta. K těmto prostředkům patří tonometry či fonendoskopy. Nekritické zdravotnické prostředky by se měly dezinfikovat (WHO, 2016, s. 22). Yang uvádí, že nekritické zdravotnické prostředky představují významný vliv na přenos těchto infekcí (Yang et al., 2017, s. 169). Toto také tvrdí Langšádl a uvádí, že by se měly přehodnotit nekritické předměty a plochy, které se podílejí na přenosu infekcí spojených se zdravotní péčí. Nekritické předměty a plochy lze rozdělit na minimálně, středně a vysoce rizikové. Mezi minimálně rizikové předměty a plochy patří povrchy a předměty s minimální účastí na přenosu původců infekcí spojených se zdravotní péčí. Příkladem mohou být podlahy či operační obuv. Mezi středně rizikové nemocniční předměty a plochy patří povrchy a předměty, které jsou v častém kontaktu s rukama pacientů či personálu. Příkladem mohou být telefony, klávesnice počítačů, ovládače přístrojů, kliky dveří, vodovodní baterie, zdravotnické dokumentace apod. Mezi vysoce rizikové předměty a plochy patří povrchy a předměty, které jsou v přímém kontaktu s kůží pacienta. Příkladem mohou být manžety tonometrů, elektrody elektrokardiografu, oxymetry, fonendoskopy či teploměry (Langšádl, 2011, s. 10). Kontaminace povrchů a ploch je významným problémem a rizikem pro přenos infekcí spojených se zdravotní péčí.

Ve Spojených státech amerických přibližně 1 pacient z 24 hospitalizovaných pacientů získá infekci spojenou se zdravotní péčí právě z důvodu kontaminovaných zdravotnických

prostředků (Hassan et al., 2016, s. 646). Důležitým aspektem v postupech kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí je aktivní vyhledávání míst, které jsou často kontaminovány mikroorganismy. Hlavním vektorem pro křížový přenos mikroorganismů v nemocničním prostředí jsou ruce zdravotnických pracovníků, kdy tento přenos nastává ve 20–40 % ze všech možných přenosů infekcí spojených se zdravotní péčí. Tuto problematiku šíření infekcí spojených se zdravotní péčí vystihuje obrázek, viz Obr. 1 (Russotto et al., 2015, s. 2).



Obr. 1 Proces kontaminace okolí pacienta a pacienta samotného (Russotto et al., 2015, s. 3)

Cíl práce

Zjistit nekritické rizikové předměty a plochy při poskytování ošetrovatelské péče z hlediska přenosu infekcí spojených se zdravotní péčí.

Soubor, metodika

Výzkum byl realizován kvalitativní metodou s využitím techniky nestrukturovaného pozorování. Výzkumný soubor tvořily předměty a plochy, které patří k rizikovým oblastem pro přenos infekcí spojených se zdravotní péčí a nepřichází do přímého kontaktu s pacientem. Výběr oblastí předmětů a ploch, které nepřichází do přímého kontaktu s pacientem, byl záměrný, jelikož se jedná o dílčí výzkum, na který bude navazovat další. Pozorování bylo ukončeno po dosažení teoretické saturace. Data byla analyzována otevřeným kódováním s využitím programu Microsoft Office a Atlas.ti 8. Pozorování proběhlo v klinické praxi na standardním chirurgickém oddělení nemocnice.

Výsledky a interpretace

V ošetrovatelské praxi byly zjištěny různé rizikové předměty a plochy, které byly rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií. Kategorie rizikových předmětů zahrnovala

dílčí podkategorie, kde mezi zjištěné rizikové předměty patří administrativní předměty (např. klávesnice k počítači, myš k počítači), dávkovače (např. dávkovače na mýdlo a dezinfekci), zásobníky (např. zásobníky na nesterilní buničitou vatou, zásobníky na papírové ručníky), nádoby k přenášení či ukládání předmětů a zdravotnického materiálu (např. boxy na nesterilní a sterilní zdravotnický materiál), obaly (např. obaly na léčivé přípravky, dezinfekční prostředky), aplikátory dezinfekčních prostředků a pomůcky k podávání léků, viz Schéma 1. Uneke také uvádí, že rizikové předměty a plochy jsou pera, nůžky a dále předměty a plochy, které přichází do kontaktu s pacientem, a to fonendoskopy, ultrazvuky, turnikety, teploměry, dermatoskopy a nástroje na vyšetřování uší (Uneke, 2014, s. 13). Russotto ještě doplňuje, že mezi nekritické předměty a plochy dále patří dřezy, kravaty, jednotlivé visačky na krku a další (Russotto et al., 2015, s. 4–8). Ovšem je nutné zmínit, že některé výše uvedené předměty a plochy přichází do kontaktu s pacientem či přímo nesouvisí s poskytováním ošetrovatelské péče.

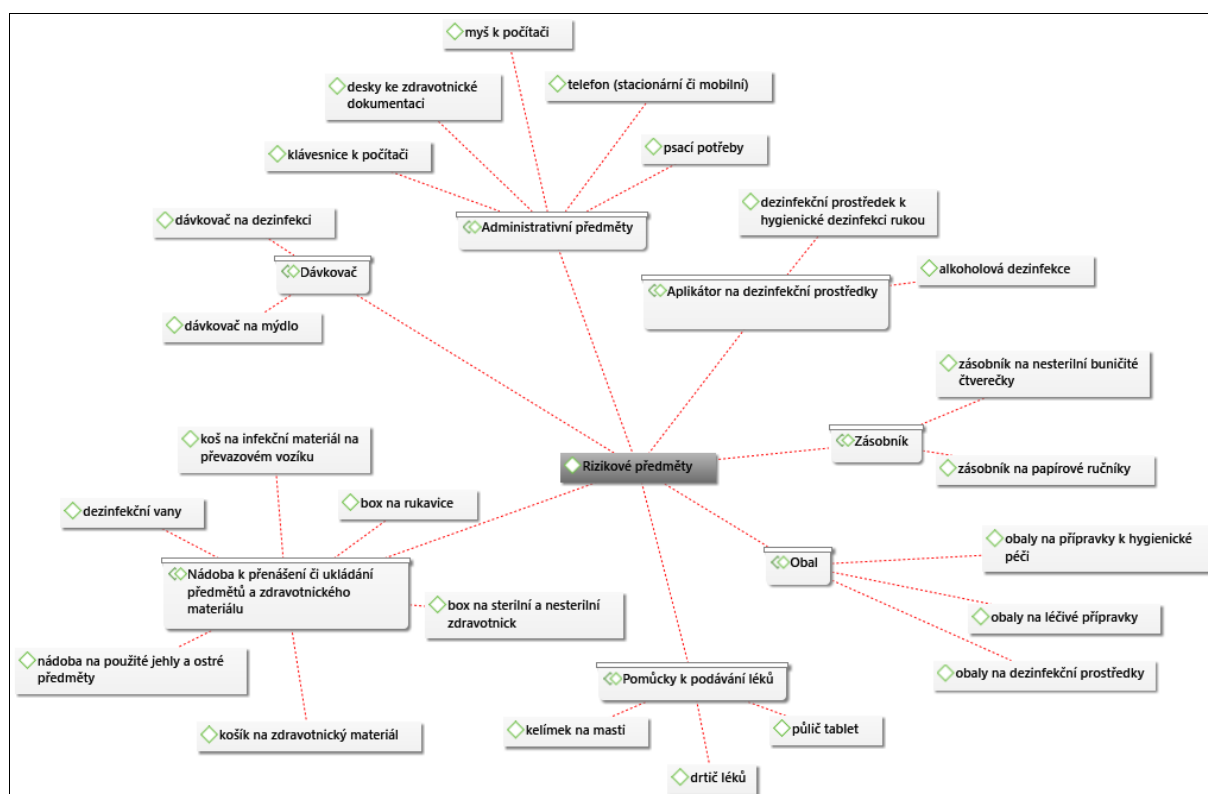
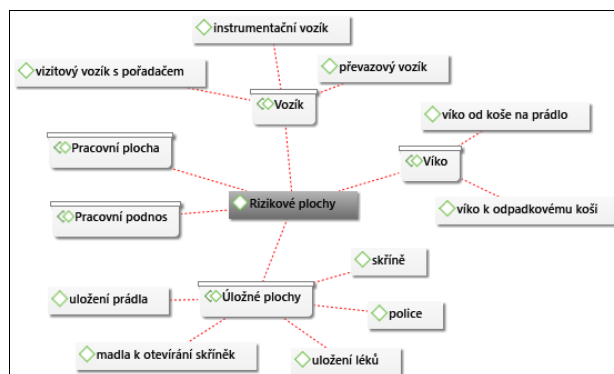


Schéma 1 Rizikové předměty (Zdroj: autor)

Kategorie rizikových ploch zahrnovala dílčí podkategorie, kde mezi zjištěné rizikové plochy patří pracovní plochy, pracovní podnosy, úložné plochy (např. skříně, madla), vozíky (např. převazový vozík, vizitový vozík s pořadačem), viz Schéma 2.



Kategorie ostatních rizikových předmětů a ploch zahrnovala zejména emitní misky, elektrokardiografy, glukometry, infuzní pumpy, nůžky, nesterilní peány a pinzety, viz Schéma 3.

Závěr

Předměty a plochy používané při poskytování ošetrovatelské péče představují závažný problém pro přenos infekcí spojených se zdravotní péčí (Hassan et al., 2016, s. 646). V rámci preventivních opatření je nutné klást důraz na efektivně prováděnou dezinfekci i jednotlivých nekritických předmětů a ploch (WHO, 2016, s. 22) Z výsledku výzkumu vyplývají rizikové předměty a plochy, na které je nutné se zaměřit při provádění jejich reprocesingu a následných hygienicko-epidemiologických opatření. Dále je nezbytné stanovit bakteriální kontaminaci určitých předmětů a ploch v daném období a následně dodržovat účinná preventivní opatření. Významnou součástí je také nutnost vyhledávat nové alternativní metody přispívající k eliminaci výskytu patogenních či nepatogenních mikroorganismů, které se vyskytují na předmětech a plochách a jsou využívány v klinické praxi. Možnou alternativou je také aplikace antibakteriální nanovrstvy, která zajišťuje eliminaci kontaminace mikroorganismů na jednotlivých předmětech a plochách sloužících k poskytování ošetrovatelské péče.

Seznam bibliografických odkazů

1. ECDC. 2017. *Přehled politik: Antibiotika poslední záchrany selhávají: možná řešení této naléhavé hrozby pro pacienty a systémy zdravotní péče*. 1. vyd. Stockholm: ECDC. ISBN 978-92-9498-020-5.
2. EVROPSKÁ KOMISE. 2014. *Veřejné zdraví: za lepší zdraví všech občanů EU*. 1. vyd. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie. ISBN 978-92-79-35685-8.
3. HASSAN, Moinuddin et al. 2016. Detecting bacteria contamination on medical device surfaces using an integrated fiber-optic mid-infrared spectroscopy sensing method. In *Sensors and Actuators B: Chemical*. č. 231, s. 646–654. DOI 10.1016/j.snb.2016.03.044.
4. JINDRÁK, Vlastimil et al. 2014. *Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2815-8.
5. LANGŠÁDL, Leon. 2011. Niekoľko poznámok k problematike sledovania nemocničného prostredia. In *Nozokomiálne nákazy*. roč. 10, č. 1, s. 10–12. ISSN 1336-3859.
6. RUSSOTTO, Vincenzo et al. 2015. Bacterial contamination of inanimate surfaces and equipment in the intensive care unit. In *Journal of Intensive Care*. č. 3, roč. 54, s. 1–8. DOI 10.1186/s40560-015-0120-5.
7. UNEKE, Chigozie. 2014. Are non-critical medical devices potential sources of infections in healthcare facilities? In *World health & population*. roč. 15, č. 3, s. 13-24. ISSN 1718-3340.
8. WEIST, Klaus, HÖGBERG, Diaz. 2016. ECDC publishes 2015 surveillance data on antimicrobial resistance and antimicrobial consumption in Europe. In *Euro Surveillance*. roč. 21, č. 46, s. 1. DOI 10.2807/1560-7917.ES.2016.21.46.30399.
9. WHO. 2011. *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. 1. ed. Geneve: World Health Organization. ISBN 978-92-4-150150-7.
10. WHO. 2016. *Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities*. 1. ed. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-154985-1.
11. YANG, Dongye et al. 2017. Flashlight contamination and effectiveness of two disinfectants in a stomatology hospital. In *International Journal of Nursing Sciences*. roč. 4, č. 2, s. 169–172. DOI 10.1016/j.ijnss.2017.03.008.

Kontaktní adresa autora

Mgr. Martin Krause, DiS.

Technická univerzita v Liberci

Fakulta zdravotnických studií

Studentská 1402/2

461 17 Liberec 1

E-mail: martin.krause@tul.cz

NEPRIAZNIVÁ SOCIÁLNA SITUÁCIA HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA AKO KOLABORATÍVNY PROBLÉM SESTIER A SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV

Mariana Magerčiaková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Ústavné zdravotnícke zariadenia sú zamerané na poskytovanie starostlivosti ľuďom trpiacim rôznymi akútnymi alebo chronickými ochoreniami, či ľuďom v poúrazových stavoch. V nemocniciach stúpa počet pacientov, ktorí sa nachádzajú v nepriaznivej sociálnej situácii. Môže pritom ísť o ľudí, ktorých zdravotný problém vyúsťujúci do nevyhnutnosti hospitalizácie je determinovaný nepriaznivou sociálnou situáciou, alebo naopak, nepriaznivá sociálna situácia je dôsledkom choroby alebo úrazu. V každom prípade ide o situáciu, pri ktorej sa v rámci jej riešenia alebo prevencie majú uplatňovať intervencie sestier aj sociálnych pracovníkov. Osobitný význam má dôsledné posudzovanie pacienta, vedenie príslušnej dokumentácie, plánovanie prepustenia pacienta a uplatňovanie rôznych intervencií založené na vzájomnej kooperácii.

Kľúčové slová: Nepriaznivá sociálna situácia. Pacient. Hospitalizácia. Sestra. Sociálny pracovník.

Úvod

Ústavné zdravotnícke zariadenia sú zamerané na poskytovanie starostlivosti ľuďom trpiacim rôznymi akútnymi alebo chronickými ochoreniami, či ľuďom v poúrazových stavoch. Ochorenie alebo úraz neznamena iba narušený zdravotný stav, ale z hľadiska koncepcie holizmu ide aj o zmeny v oblasti psychickej, sociálnej a spirituálnej. Zdravotnícki pracovníci sa zameriavajú predovšetkým na riešenie medicínskych a ošetrovateľských problémov, sociálni pracovníci participujú na riešení sociálnych problémov. V nemocniciach stúpa počet pacientov, ktorí sa nachádzajú v nepriaznivej sociálnej situácii. Môže pritom ísť o ľudí, ktorých zdravotný problém vyúsťujúci do nevyhnutnosti hospitalizácie je determinovaný nepriaznivou sociálnou situáciou, alebo naopak, nepriaznivá sociálna situácia je dôsledkom choroby alebo úrazu. V každom prípade ide o situáciu, pri ktorej sa v rámci jej riešenia alebo prevencie majú uplatňovať intervencie sestier aj sociálnych pracovníkov.

Nepriaznivá sociálna situácia je podľa § 2 Zákona o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z. definovaná ako „*ohrozenie fyzickej osoby sociálnym vylúčením alebo obmedzenie jej schopnosti sa spoločensky začleniť a samostatne riešiť svoje problémy*“:

- a) *z dôvodu, že nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb,*
- b) *pre svoje životné návyky alebo pre spôsob života,*
- c) *pre ťažké zdravotné postihnutie alebo nepriaznivý zdravotný stav,*
- d) *z dôvodu, že dovŕšila vek potrebný na nárok na starobný dôchodok podľa osobitného predpisu (ďalej len „dôchodkový vek“),*
- e) *pre výkon opatrovania fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím,*
- f) *pre ohrozenie správaním iných fyzických osôb alebo*
- g) *z dôvodu, že sa stala obeťou obchodovania s ľuďmi“.*

Sociálne nepriaznivé alebo negatívne situácie vznikajú vtedy, keď:

- zlyhá jednotlivec (napr. deviantné správanie),
- jednotlivec nie je schopný brániť sa vzniknutým problémom ani s pomocou svojej rodiny (napr. ťažká choroba),
- zlyhá spoločnosť vo svojich funkciách, a to v hospodárskych, štátnotvorných, mierutvorných, pri obhajovaní ľudských práv,
- vzniknú živelné alebo ekologické katastrofy, nebezpečné epidémie, atď. (Žilová in Tokárová, 2003).

Sestry ako kategória zdravotníckych pracovníkov sú v ústavných zdravotníckych zariadeniach pacientom ľudsky najbližšie, sú s nimi v kontakte najčastejšie a podieľajú sa na posudzovaní a uspokojovaní rôznych potrieb pacientov v rámci poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Tým, že sú v bezprostrednom kontakte s pacientmi najčastejšie, poznajú ich problémy a ťažkosti, majú široké možnosti posúdiť aj reálny výskyt alebo riziko nepriaznivej sociálnej situácie a zároveň môžu vyhodnotiť potrebu participácie sociálneho pracovníka na jej riešení a kontaktovať ho. Sestry poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť prostredníctvom metódy ošetrovateľského procesu. Prostredníctvom tejto metódy môžu uplatňovať aj posudzovanie, prevenciu a riešenie nepriaznivej sociálnej situácie u konkrétného pacienta. Sociálni pracovníci využívajú pri identifikácii a riešení nepriaznivej sociálnej situácie u hospitalizovaného pacienta jednotlivé etapy individuálnej (prípadovej) sociálnej práce. Porovnanie týchto metód je uvedené v tabuľke 1.

Tab. 1 Porovnanie ošetrovateľského procesu a etáp individuálnej sociálnej práce

Ošetrovateľský proces	Etapy individuálnej (prípadovej) sociálnej práce
1. Posudzovanie zahŕňa zber, overovanie a triedenie údajov o pacientovom zdravotnom stave. Informácie o telesných, emocionálnych, vývinových, spoločenských, kultúrnych, intelektových a duchovných aspektoch pacienta, ktoré možno získať z rôznych zdrojov, sú základom pre činnosť a rozhodnutia urobené v jednotlivých fázach procesu.	1. Etapa sociálnej evidencie je prvý kontakt sociálneho pracovníka a klienta. Tento moment je ovplyvnený dvomi faktormi, a to prostredím, v ktorom vzťah vzniká, a spôsobom, akým vznikne. Cieľom sociálnej evidencie je vytvorenie atmosféry dôvery, ktorá je základom úspešnej práce s klientom a získanie základných informácií o probléme klienta. Sociálny pracovník počúva, analyzuje prvé informácie od klienta. Klient opisuje svoj problém a dáva informácie. V tejto etape by mal sociálny pracovník zistiť, čo od neho klient očakáva a či jeho očakávania sú v súlade s charakterom problému. Dôležitá je aj motivácia klienta pre spoluprácu na riešení problému, pretože len za podmienky, že klient prejaví záujem o spoluprácu, môže byť riešenie jeho problému úspešné.
2. Diagnostika je proces vyúsťujúci do diagnostického záveru či sesterskej (ošetrovateľskej) diagnózy. Sesterská diagnóza je záver o potenciálnom či skutočnom narušení zdravotného stavu pacienta. Proces, ktorý sa využíva na stanovenie sesterskej diagnózy, sa nazýva analýza. Aktuálny zdravotný problém je taký, ktorý v súčasnosti existuje. Potenciálny zdravotný problém spočíva vo výskyte rizikových faktorov, ktoré môžu vyvolať u jednotlivca či rodiny zdravotné ťažkosti.	2. Diagnostická etapa, resp. etapa stanovenia sociálnej diagnózy zahŕňa diagnostikovanie príčin problému a získavanie komplexných informácií o vzniku a priebehu problému u klienta. Základnou metódou práce s klientom v tejto etape je rozhovor.

3. Plánovanie zahŕňa sériu krokov, v ktorých si sestra a pacient vytyčujú priority, zaznamenávajú ciele a očakávané výsledky, zakladajú písomný plán starostlivosti na odstránenie či zmiernenie zistených problémov pacienta a koordináciu starostlivosti poskytovanej všetkými členmi zdravotníckeho tímu. V spolupráci s pacientom sestra vytyčuje zásahy špecifické pre každú sesterskú diagnózu.	3. Etapa plánovania terapie, v ktorej sociálny pracovník vypracuje sociálnu diagnózu, t. j. určí príčiny problému, dopad problému na klienta a spôsob sociálneho zásahu v danom momente. Ide o spôsob terapie, čiže riešenia problému. Charakter sociálneho zásahu závisí od konkrétnej problémovej situácie, od typu klienta- od jeho osobnostných a charakterových vlastností. Len správne zvolený zásah môže prispieť k riešeniu problémovej situácie klienta.
4. Realizácia znamená vykonanie ošetrovateľského plánu. Počas tejto fázy sestra neprestáva zhromažďovať údaje, vykonáva predpísané ošetrovateľské činnosti a deleguje starostlivosť na príslušné osoby a nakoniec schvaľuje plán starostlivosti.	4. Terapeutická etapa je etapou riešenia problému Terapia čiže realizácia sociálneho zásahu (intervencia a sociálna terapia) prebieha buď v rovine vzťahu klient a sociálny pracovník, alebo v spolupráci s inými odborníkmi, ktorých môže sociálny pracovník kontaktovať.
5. Vyhodnotenie je posúdenie pacientovej odpovede (reakcie) na ošetrovateľské zásahy a jej porovnanie so stanovenými normami označovanými ako výsledné kritériá. Sestra zisťuje rozsah, do akého sa ciele splnili, čiastočne splnili alebo nesplnili vôbec. Ak sa vôbec nedosiahli, treba plán starostlivosti revidovať. Táto zmena sa môže týkať ktorejkoľvek z predchádzajúcich fáz ošetrovateľského procesu.	5. Etapa ukončenia terapie, v rámci ktorej sa končí terapia čiže riešenie problému. V mnohých prípadoch klient odchádza zo starostlivosti sociálneho pracovníka, pretože dôvod kontaktu zanikol tým, že problém bol vyriešený. V poslednej etape sociálnej práce v ústavnom zdravotníckom zariadení dochádza často k odporučeniu klienta k inému odborníkovi v spádovej oblasti, lebo v momente ukončenia hospitalizácie zvyčajne všetky sociálne problémy klienta vyriešené nie sú.

(zdroj: Derňárová In Žiaková a kol., 2009; Havrilová In Tokárová, 2003; Kozierová a kol., 2004)

Medzi intervencie sestier a sociálnych pracovníkov vhodné v prevencii a riešení nepriaznivej sociálnej situácie hospitalizovaného pacienta je možné zaradiť:

- dôsledné posudzovanie pacienta a životnej situácie, v ktorej sa nachádza, vrátane posúdenia sociálneho zázemia pacienta a zdrojov jeho sociálnej opory, socioekonomického statusu a sociokultúrnych špecifik,
- využívanie škál na posudzovanie (napr. Bartelov test základných denných aktivít), aby bolo možné zistiť, do akej miery je nevyhnutný rozsah starostlivosti, resp. kompenzácia napr. pri narušení niektorej oblasti sebaopetary alebo či je potrebný nejaký typ sociálnej služby po prepustení pacienta zo zdravotníckeho zariadenia,
- sprostredkovanie sociálnej služby na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb podľa Zákona č. 448/2008 Z. z. (napr. nocľaháreň alebo útulok u bezdomovca po ukončení hospitalizácie),
- sprostredkovanie sociálnej služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku podľa Zákona č. 448/2008 Z. z. (napr. umiestnenie do domova dôchodcov alebo domova sociálnych služieb, opatrovateľská služba, prepravná služba, sprievodcovská služba, tlmočnícka služba alebo jej sprostredkovanie - napr. u hospitalizovaných utečencov, atď.),
- dôsledná edukácia pacienta prípadne aj jeho podporných osôb zo strany sestier a poskytovanie základného a odborného sociálneho poradenstva zo strany sociálnych pracovníkov (napr. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia podľa Zákona č. 447/2008 Z. z.),
- edukačná činnosť realizovaná u pacienta a/alebo jeho podporných osôb s cieľom rozvíjať ich vedomosti alebo zručnosti (napr. poučenie o ich účasti na prevencii alebo riešení sociálnych problémov, vybavovanie rôznych náležitostí na úradoch a podobne),
- odporúčenie alebo spolupráca pri sprostredkovaní ošetrovania pacienta v domácom prostredí prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti,
- spolupráca s rodinou alebo podpornými osobami pacienta, a to predovšetkým z dôvodu ich participácie na starostlivosti o ich blízkeho človeka, vedenie pacienta a jeho rodiny k svojpomoci (najmä po ukončení hospitalizácie pacienta v ústavnom zdravotníckom zariadení),
- spolupráca s dobrovoľníkmi v konkrétnom ústavnom zdravotníckom zariadení- predovšetkým v hospicoch a väčších nemocniciach,
- zodpovedné vedenie ošetrovateľskej a sociálnej dokumentácie- klientského spisu,

- spolupráca s ostatnými odborníkmi v rámci multidisciplinárneho tímu v ústavnom zdravotníckom zariadení pri riešení nepriaznivej sociálnej situácie pacienta,
- koordinácia preloženia pacienta do iného zdravotníckeho zariadenia (napr. hospic, liečebňa pre dlhodobó chorých, iná nemocnica) alebo do zariadenia sociálnych služieb,
- participácia na plánovaní prepustenia pacienta pred ukončením hospitalizácie a prípadné odporúčenia pre ďalšiu starostlivosť z hľadiska prevencie alebo riešenia nepriaznivej sociálnej situácie,
- spolupráca s charitou a Slovenským Červeným krížom (napr. u pacientov s nízkym ekonomickým príjmom, u pacientov - bezdomovcov a podobne),
- spolupráca s občianskymi združeniami, klubmi a svojpomocnými skupinami pacientov predovšetkým s cieľom podpory sociálnej integrácie pacienta a prevencie jeho sociálneho vylúčenia v dôsledku nepriaznivého zdravotného stavu,
- spolupráca s úradmi- ÚPSVaR, zamestnávateľmi pacientov, školskými a predškolskými zariadeniami, mestskými a obecnými úradmi, atď.,
- spolupráca s oddelením sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately a políciou (napr. u fyzicky alebo psychicky týraných a sexuálne zneužívaných detí a podobne).

Osobitný význam pri prevencii a riešení nepriaznivej sociálnej situácie hospitalizovaného pacienta má zodpovedné vedenie príslušnej dokumentácie. Zo strany sestier je to vedenie ošetrovateľskej dokumentácie, ktorá predstavuje súčasť zdravotnej dokumentácie, a zo strany sociálnych pracovníkov ide o vedenie spisu o klientovi (evidencia).

„Zdravotná dokumentácia je súbor písomných, grafických a iných údajov o zdravotnom stave osoby. Je neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Súčasťou zdravotnej dokumentácie je aj ošetrovateľská dokumentácia. Zdravotnú dokumentáciu v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach vedie ošetrojúca sestra alebo ošetrojúca pôrodná asistentka. Tvorí ju zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby, zápisy o poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti a ošetrovateľská prepúšťacia správa, teda vyhodnotenie výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré sú súčasťou lekárskej prepúšťacej správy“ (Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie č. 07594/2009 – OZS z 24. septembra 2009).

„Ošetrovateľská dokumentácia je súhrn všetkých písomných, grafických a iných záznamov sestry, ktoré súvisia s poskytovaním všeobecnej a špecializovanej ošetrovateľskej starostlivosti sestry alebo pôrodnej asistentky. Jej štruktúra, obsah, rozsah a spôsob

zaznamenávania údajov sú determinované zákonnými normami a nariadeniami“ (Vicáňová In Žiaková a kol., 2009, s. 101).

Dokumentáciu vedenú sociálnym pracovníkom pôsobiacim v ústavnom zdravotníckom zariadení predstavuje vedenie spisu o klientovi (evidencia) a písomné kontakty s inými odborníkmi a rôznymi inštitúciami (korešpondencia). Klientský spis slúži ako prehľad o všetkých aktivitách, ktoré sociálny pracovník v spolupráci s klientom vykonal. Zmyslom vedenia spisu je uchovávanie všetkých dostupných, známych a objektívnych informácií o klientovi a posudzovanej situácii tak, aby bolo možné v prípade potreby kedykoľvek pokračovať v práci (napr. pri zmene sociálneho pracovníka). Konečná formálna úprava spisu závisí od pracoviska, kde je sociálny pracovník zamestnaný, napriek tomu existujú určité prvky, ktoré obsahuje každý spis (Levická, 2006):

- označenie spisu (obsahuje napr. meno klienta, skratku oddelenia, poradové číslo a podobne),
- dátum prvého kontaktu,
- osobná a rodinná anamnéza,
- dôvody návštevy,
- priebeh stretnutia- vyhotovený formou záznamu alebo formulára, vrátane záverov,
- záznamy z nasledujúcich stretnutí s klientom,
- rozhodnutia, ktoré urobil vo veciach klienta sociálny pracovník,
- rozhodnutia, ktoré urobil vo veciach klienta iný odborník,
- vyjadrenia iných odborníkov (napr. lekára, sestry, psychológa, polície a pod.).

Prevenca a riešenie nepriaznivej sociálnej situácie pacienta po ukončení jeho hospitalizácie nie je možné bez dôsledného plánovania prepustenia pacienta z ústavného zdravotníckeho zariadenia, na ktorom by mali participovať predovšetkým lekári a sestry, a v odôvodnených prípadoch aj sociálni pracovníci. *„Plánovanie prepustenia pacienta je proces tvorby plánu starostlivosti o pacienta, ktorý sa premiestňuje z jedného prostredia do iného“* (Richards, Edwards, 2004). Význam včasného plánovania prepustenia nesmie byť podceňovaný, nakoľko sa priemerná dĺžka hospitalizácie rapídne znížila vďaka technologickému pokroku, finančným otázkam a zmluvným požiadavkám zdravotných poisťovní. Plánovanie prepustenia by malo obsahovať tieto položky:

- Pacienti a ich rodiny alebo partneri musia byť informovaní o podmienkach prepustenia.
- Prepustenie pacienta by sa malo naplánovať tak, aby sa podporila sebestačnosť alebo v nevyhnutných prípadoch zabezpečila pomoc pri uspokojovaní potrieb.
- Zapojenie multidisciplinárneho tímu (ošetrojúci lekár, sestra, fyzioterapeut a podobne).

- Fyzické, psychické, sociálne, kultúrne, spirituálne a ekonomické potreby pacienta.
- Stupeň podpory potrebnej po prepustení pacienta z hľadiska bezpečného a zdravotnému stavu zodpovedajúceho prostredia.
- Plánovanie, kto sa bude o pacienta starať.
- Zváženie špecifickej potreby starostlivosti u pacientov, ktorí:
 - žijú sami, sú slabí alebo v pokročilom veku,
 - majú závažnú diagnózu,
 - sú chronicky chorí a budú sa do nemocnice vracieť na ďalšiu liečbu,
 - sú nespôsobilí, majú poruchu učenia, mentálne ochorenie alebo demenciu,
 - sú maloletí,
 - majú obmedzené finančné zdroje,
 - sú bez domova alebo žijú v nevyhovujúcich bytových podmienkach,
 - hovoria iným jazykom,
 - musia mať doma pomôcky alebo špeciálne vybavenie,
 - strávili v nemocnici veľmi dlhú dobu.
- Zváženie účasti agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, prípadne opatrovateľskej služby (Richards, Edwards, 2004).

Godová (2007) uvádza, že „pri prepustení pacienta zo zdravotníckeho zariadenia je potrebné riešiť aktuálne, často zložité sociálne situácie (faktická závislosť klienta od vonkajšej pomoci, nefunkčnosť domáceho prostredia, dlhé čakacie lehoty v zariadeniach sociálnych služieb). Súčasťou prípravy na odchod pacienta zo zariadenia, najmä v prípade dlhodobej hospitalizácie je učenie pacienta základným sociálnym zručnostiam, práca s rodinou, príprava sociálneho prostredia, informovanie zamestnávateľa, terénna sociálna práca. U chronicky chorých pacientov je nevyhnutná pomoc pri adaptácii na novú životnú situáciu a sprostredkovanie kontaktu so svojpomocnými skupinami a inštitúciami. Riešenie týchto situácií je v kompetencii sociálneho pracovníka“.

Záver

Prevenca a riešenie nepriaznivej sociálnej situácie u hospitalizovaných pacientov musia byť založené na vzájomnej kooperácii a koordinácii jednotlivých činností sestier a sociálnych pracovníkov v tejto oblasti. Výskyt pacientov v nepriaznivej sociálnej situácii alebo s jej rizikom má stúpajúcu tendenciu, pričom hospitalizácia sa najmä pod vplyvom ekonomických faktorov skracuje, preto je nevyhnutné pružné a operatívne riešenie nepriaznivej sociálnej situácie pacienta s ohľadom nielen na jeho momentálny stav, ale aj s víziou do ďalšieho života.

Zoznam bibliografických odkazov

1. GODOVÁ, Daniela. 2007. Sociálny pracovník v ústavnom zariadení zdravotnej starostlivosti a jeho miesto v multidisciplinárnom tíme. In *Ošetrovateľský obzor*, roč. IV, č. 3, s. 82-84. ISSN 1336-5606.
2. KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Glenora, OLIVIERIOVÁ, Rita 2004. *Ošetrovateľstvo 1, 2*. Martin: Osveta, ISBN 80-217-0528-0.
3. LEVICKÁ, Jana a kol. 2006. *Na ceste za klientom. Metódy, formy a prístupy v sociálnej práci*. Trnava: Oliva, ISBN 80-969454-0-8.
4. *Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie č. 07594/2009 – OZS z 24. septembra 2009*
5. RICHARDS, Ann, EDWARDS, Sharon. 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-0932-5.
6. TOKÁROVÁ, Anna a kol. 2003. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: AKCENT PRINT, ISBN 80-968367-5-7.
7. *Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.*
8. ŽIAKOVÁ, Katarína a kol. 2009. *Ošetrovateľský slovník*. Martin: Osveta, ISBN 978-80-8063-315-8.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva

Katedra ošetrovateľstva

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: mariana.magerciakova@ku.sk

CELOŽIVOTNÉ VZDELÁVANIE A ZAMESTNÁVANIE OBČANOV SO ZRAKOVÝM POSTIHNUTÍM

Lenka Štefáková

Katolíckaj univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce

Súhrn

Príspevok popisuje celoživotné vzdelávanie v kontexte vzdelávania osôb so zrakovým postihnutím a ich zamestnávaním na trhu práce. Približuje výsledky výskumu zameraného na aktivizáciu nevidiacich a slabozrakých a vytváranie podmienok na rozvoj ich zručností a rozširovanie znalostí potrebných na prekonávanie dôsledkov zrakového postihnutia, na rozvoj a uspokojovanie záujmov a potrieb a na prípravu na plnohodnotný a integrovaný život a prácu v spoločnosti.

Kľúčové slová: Celoživotné vzdelávanie. Občania so zrakovým postihnutím. Zamestnávanie občanov so zdravotným postihnutím.

Úvod

Proces prípravy jedinca na budúce povolanie a zaradenie do pracovného procesu už v dnešnej modernej spoločnosti nie je postačujúcim predpokladom pre jeho dlhodobé a uspokojivé naplnenie profesijného rozvoja počas celého produktívneho veku. Kontinuálne zmeny charakteristické pre súčasnú informatickú spoločnosť si vyžadujú od jedinca celoživotné vzdelávanie. Zvlášť to platí pre vytváranie podmienok vzdelávania a zamestnávania občanov so zrakovým postihnutím. Podľa Špánika (2009, s.179) „v tejto súvislosti hovoríme už o tzv. znalostnej spoločnosti resp. znalostnej ekonomike.“ Z jej celospoločenských výdobytkov by mali rovnako čerpať aj osoby so zdravotným postihnutím. Je však na mieste otázka, či sú podmienky pre vytváranie dostatočných mechanizmov na zapojenie tejto časti obyvateľstva do tvorby zdrojov a napĺňania potrieb (znalostnej) spoločnosti, v ktorej podľa Špánika (2009, s.179)⁶ „majú dominantný podiel na tvorbe blahobytu hlavne tvorba a využívanie znalostí“. Viaceré limity/obmedzenia sú popísané v našom príspevku.

⁶ Niektoré významné rezervy v tejto oblasti, ktoré vnímajú v súčasnosti nevidiaci a slabozrakí, sú popísané v kapitole 4.

1 Celoživotné vzdelávanie – vymedzenie pojmu a druhy

Celoživotné vzdelávanie v Slovenskej republike legislatívne upravuje zákon č. 568/2009 Z. z. o celoživotnom vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Považuje ho za „základný princíp výchovy a vzdelávania“ a definuje ho ako „všetky aktivity, ktoré sa uskutočňujú v priebehu života s cieľom zlepšiť vedomosti, zručnosti a schopnosti“. Je tvorené školským vzdelávaním a ďalším vzdelávaním.

V bežnej komunikácii sa zvykne celoživotné vzdelávanie stotožňovať s ďalším vzdelávaním. Ďalšie vzdelávanie je však súčasťou celoživotného vzdelávania. Zákon č. 568/2009 Z. z. o celoživotnom vzdelávaní definuje ďalšie vzdelávanie ako vzdelávanie, ktoré nadväzuje na stupeň vzdelania dosiahnutý v školskom vzdelávaní. Jeho výsledkom nie je získanie stupňa vzdelania, ale získanie úplnej alebo čiastočnej kvalifikácie, alebo doplnenie, rozšírenie, prehĺbenie, obnovenie kvalifikácie získanej v školskom vzdelávaní, alebo uspokojenie záujmov a získanie spôsobilosti zapájať sa do života občianskej spoločnosti.

Iné členenie celoživotného vzdelávania prináša dokument Memorandum o celoživotnom vzdelávaní (2010) sa a následne Stratégia celoživotného vzdelávania a celoživotného poradenstva (2011). Podľa uvedených dokumentov sa celoživotné vzdelávanie delí na formálne, neformálne a informálne.

- Formálne vzdelávanie je vzdelávanie v školskom systéme a vedie k získaniu stupňa vzdelania.
- Neformálne je vzdelávanie organizované vzdelávacími inštitúciami mimo školského systému. Nevedie k získaniu stupňa vzdelania, ale jeho výstupom môže byť certifikát.
- Informálne vzdelávanie je vzdelávanie realizované neinštitucionálnym spôsobom, mimo škôl a ostatných vzdelávacích ustanovizní. Uskutočňuje sa napríklad v rodine.

2 Vzdelávanie osôb so zdravotným postihnutím

Problematika vzdelávania osôb so zdravotným postihnutím sa v podmienkach Slovenska často interpretuje úzko, len ako spôsob, akým sa uspokojujú výchovno-vzdelávacie potreby detí, spravidla do dovŕšenia sústavnej prípravy na povolanie. Opomína sa celoživotná dimenzia vzdelávania ako cesta k neustálemu osobnostnému rozvoju človeka a k zlepšovaniu jeho vyhliadok v jednotlivých fázach života. Táto dáva problematike vzdelávania ľudí so zdravotným postihnutím ako tradičnej téme vyhodnocovania ich životných podmienok nový šat.

2.1 Vymedzenie vzdelávacích požiadaviek a inštitucionalizácie

Podľa Ústavy Slovenskej republiky má každý právo na vzdelanie, školská dochádzka je povinná a osoby so zdravotným postihnutím majú právo na osobitnú pomoc pri príprave na povolanie. Podľa relevantných programových dokumentov (napr. Národného akčného

plánu pre deti na roky 2013 – 2017) je strategickým cieľom prijať v oblasti podpory detí so zdravotným postihnutím nástroje na ich integráciu do všetkých oblastí života a sprístupňovať im všetky druhy služieb, najmä vzdelávacích a kultúrnych. Rovnako ide o záujem vyrovňovania ich nerovností v zdraví, učení a v správaní v dospelosti.

Vzdelávanie detí a mladých ľudí so zdravotným postihnutím sa v národných podmienkach zabezpečuje v rámci špeciálneho alebo integrovaného školstva. Súčasťou špeciálneho školstva sú špeciálne školy pre žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami (od materských škôl až po stredné školy) a špeciálne triedy pri bežných školách. Súčasťou systému prípravy detí a študentov so zdravotným postihnutím na povolanie (vrátane sociálnej a pracovnej rehabilitácie), je aj činnosť centier pracovnej rehabilitácie. Pre osoby s telesným postihnutím funguje takéto centrum v Bratislave a pre osoby so zrakovým postihnutím centrum v Levoči.

2.2 Národný program pre oblasť vzdelávania

Národný program 2014 – 2020 pre oblasť vzdelávania prináša najnovšie opatrenia, z povahy ktorých je zrejmá snaha o presadzovanie zjednotenej vzdelávacej perspektívy v živote ľudí so zdravotným postihnutím.

Opatrenia NP v oblasti vzdelávania na roky 2014 – 2020:

- sprístupniť obsah vzdelávania pre deti a žiakov s jednotlivými druhmi zdravotného postihnutia inovatívnymi a alternatívnymi formami a metódami,
- zabezpečiť väčšiu mieru individualizovanej podpory detí a žiakov so zdravotným postihnutím v rámci všeobecného systému vzdelávania,
- podporovať rozvíjanie služieb špeciálnych pedagógov, zdrojové centrá a celoživotné vzdelávanie osôb so zdravotným postihnutím. Podporovať celoživotné vzdelávanie a osobitne vzdelávanie a prípravu pre trh práce uchádzačov o zamestnanie so zdravotným postihnutím program,
- podporiť terénnych špeciálnych pedagógov a zdrojové centrá špeciálno-pedagogického poradenstva poskytujúcich podporné služby pre deti so zdravotným postihnutím v školách bežného typu,
- zabezpečiť poskytovanie podporných služieb centrami špeciálno-pedagogického poradenstva aj deťom a žiakom chorým a zdravotne oslabeným,
- schváliť Národný akčný plán vytvárania prístupného akademického prostredia a zodpovedajúcich podmienok štúdia študentov so špeciálnymi potrebami,
- systematicky podporovať sieťovanie a vzdelávanie univerzitných koordinátorov pre študentov so špecifickými potrebami (Národný program rozvoja životných podmienok, 2014).

3 Zamestnávanie občanov so zdravotným postihnutím

Občan so zdravotným postihnutím sa do pracovného procesu dokáže zaradiť ťažšie ako občan bez postihnutia. Hospodárska a sociálna sila každej spoločnosti je založená na pracovnej aktivite ľudí a ich schopnosti pokrývať svoje potreby výsledkami vlastnej práce. Preto sa veľká pozornosť venuje príprave takých podmienok pre prácu, pri ktorých by sa v maximálne možnej miere uplatnil pracovný potenciál každého občana (Repková, 1998).

Pre osoby ťažko zrakovo postihnuté sa dlhé desaťročia tradovali práce vyslovene hrubo manuálneho charakteru ako košíkár, tkáč, ladič hudobných nástrojov, ktoré v dnešnej dobe už nie sú tak frekventované. V súčasnosti sa tieto osoby uplatnia skôr v telefónnych centrách, v textilnej a priemyselnej výrobe alebo ako maséri, stenotypisti, hudobní pedagógovia. Slabozrakým občanom a občanom so zvyškami zraku sa odporúčajú zamestnania ako: pomocný robotník, rehabilitačný pracovník, pracovník v záhradníctve, či živočíšnej výrobe. Vďaka technickému pokroku a využitiu výpočtovej techniky sú možnosti pre zamestnanie osôb so zrakovým postihnutím širšie (Oláh, 2002).

Na základe výskumu realizovaného v rámci programu SIZAR (Systém integrovaného zamestnávania a rekvalifikácie nevidiacich a slabozrakých ľudí), ktorého sa zúčastnilo 303 pracujúcich slabozrakých a nevidiacich ľudí zo Slovenska sa dospelo k záverom, že „typický predstaviteľ pracujúcej zrakovo postihnutej osoby pôsobí ako technický, zdravotnícky a pedagogický zamestnanec, nižší administratívny zamestnanec, kvalifikovaný robotník a pomocný zamestnanec. Medzi príznačné profesie vykonávané osobami so zrakovým handicapom patria: masérstvo, telefonické služby, archivárstvo, knihovníctvo, korektori Braillovho písma.“ Zo záverov tohto výskumu vyplýva, že kľúčovým bodom získania zamestnania a jeho udržania je vzdelanie a potreba celoživotného vzdelávania a jednoznačné zväčšenie a zintenzívnenie investícií do rozvoja ich ľudského kapitálu (Kostolná, 2006). V nasledujúcej kapitole sa budeme venovať vybraným výstupom vlastného výskumu, zameraného na cieľovú skupinu nevidiacich a slabozrakých.

4 Výskum aktivizácie a podmienok pre rozvoj zručností u nevidiacich a slabozrakých

Cieľom výskumu bolo popísať aktivizáciu nevidiacich a slabozrakých a vytváranie podmienok na rozvoj ich zručností a rozširovanie znalostí potrebných na prekonávanie dôsledkov zrakového postihnutia, na rozvoj a uspokojovanie záujmov a potrieb a na prípravu na plnohodnotný a integrovaný život a prácu v spoločnosti. Pre úspešné naplnenie uvedeného cieľa sme zadefinovali nasledujúce **výskumné otázky**:

1. V akej oblasti sú občania so zrakovým postihnutím zamestnaní?
2. Aké bariéry museli prekonať občania so zrakovým postihnutím, aby získali prácu?
3. Ktoré služby v oblasti sociálnej práce občania so zrakovým postihnutím vy
4. užívajú?

5. Aké druhy celoživotného vzdelávania považujú občania so zrakovým postihnutím za podstatné?

4.1 Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku predstavujú zamestnané osoby so zrakovým postihnutím evidované v databáze Slovenskej knižnice pre nevidiacich Mateja Hrebendu v Levoči. Všetky dotazníky boli riadne vyplnené a nenachádzala sa tam žiadna nevyplnená odpoveď.

Výskumu sa zúčastnilo **175 respondentov** z toho 56 % mužov a 44 % žien. 40,57 % vo veku 34-50 rokov a 32 % mladších ako 33 rokov.

Z celkového počtu respondentov bolo 36 % slabozrakých, 32,57 % nevidiacich, 21,71% prakticky nevidiacich a 9,71 % respondentov s poruchou binokulárneho videnia.

Zrakovú chybu v dospelosti získalo 40 % respondentov, 27,43 % v puberte a 32,57 % uviedlo, že sú zrakovo postihnutí od narodenia.

4.2 Výskumné metódy

Pri realizácii výskumu sme uplatnili nasledujúce metódy a techniky: dotazník, ako základnú techniku zberu údajov od respondentov so súborom otázok, matematicko-štatistické metódy na štatistické spracovanie výskumných dát.

Dotazník bol anonymný, v záujme zvýšenia návratnosti dotazníkov bol vytlačený v Braillovom písme, vo zväčšenej čiernotlači a zaslaný ako elektronický dokument. Dotazníky v Braillovom písme vytlačila Slovenská knižnica pre nevidiacich Mateja Hrebendu v Levoči.

4.3 Vybrané výsledky výskumu a odporúčania pre prax

V nasledujúcej podkapitole vyhodnotíme jednotlivé výskumné otázky zamerané na zistenie a analýzu aktivizácie nevidiacich a slabozrakých, vytváranie podmienok na rozvoj ich zručností a rozširovanie znalostí potrebných na prekonávanie dôsledkov zrakového postihnutia, ako aj na systém celoživotného vzdelávania, na rozvoj a uspokojovanie záujmov a potrieb, a na prípravu na plnohodnotný a integrovaný život a prácu v spoločnosti, uplatnenie sa na trhu práce a systém sociálnej pomoci.

4.3.1 Vybrané výsledky výskumu

Interpretované výsledky časti výskumu v oblasti celoživotného vzdelávania sa týkajú občanov so zrakovým postihnutím v meste Levoča.

Výskumná otázka 1 V akej oblasti sú osoby so zrakovým postihnutím zamestnané?

Zistili sme, že miestom pracovného uplatnenia ekonomicky aktívnych osôb s funkčnou poruchou zraku je zväčša otvorený trh práce. Viac ako 47% respondentov

pracovala na chránenom pracovisku. Typický predstaviteľ pracujúcej osoby so zrakovým postihnutím najviac pôsobí ako technický, zdravotnícky a pedagogický zamestnanec, nižší administratívny zamestnanec, kvalifikovaný robotník a pomocný robotník. Medzi typické profesie, ktoré osoby so zrakovým postihnutím najčastejšie vykonávajú, patria predovšetkým masér, košíkár, administratívny pracovník, učiteľ a ďalšie profesie ako telefonista, korektor Braillovho písma, informátor, archivár zvukových dokumentov, operátor počítačových programov. Napriek uvedenému mnohé pracovné miesta obsadzované zrakovo postihnutými osobami patria do sekundárneho trhu práce – trhu pracovných miest s nízkymi mzdami, limitovanými možnosťami kariérneho postupu a rastu kvalifikácie. Výskum potvrdil, že Únia nevidiacich a slabozrakých Slovenska zohráva dôležitú úlohu pri uplatnení sa na trhu práce, ďalej nasleduje Rehabilitačné stredisko pre zrakovo postihnutých a až 33% občanov so zrakovým postihnutím si aktívne hľadalo zamestnanie osobne.

Výskumná otázka 2 Aké bariéry museli prekonať občania so zrakovým postihnutím, aby získali prácu?

Na základe druhej výskumnej otázky sme zistili, že až 38% respondentov považuje rekvalifikáciu za dôležitý prvok pri získaní práce, ktorú vykonávajú. Ďalej nasledujú aktivity v oblasti zdokonaľovania vlastných jazykových a počítačových znalostí. Ako naznačujú výskumné zistenia, medzi bariéry pracovného uplatnenia občanov so zrakovým postihnutím patrí nízka úroveň ovládania cudzích jazykov a zručnosti práce s počítačom. Občania so zrakovým postihnutím k svojej práci nevyhnutne potrebujú kompenzačné pomôcky. Respondenti uviedli, že medzi najviac využívané pomôcky patria: hlasový výstup (vyslovuje zobrazený text pomocou syntetickej reči), špeciálny zväčšovací softvér, braillovský riadok (hmatový displej), čítacie lupy, hlasové záznamníky a Pichtov stroj. Pomoc pracovného asistenta počas pracovného času využíva 26% respondentov, ktorí sú nápomocní pri výkone práce a osobných potrebách (v oblasti prepravy, stravovania a pod.). Z výskumu vyplynulo, že zamestnávateľia prispôbujú a špeciálne upravujú pracovné prostredie pre svojich zrakovo postihnutých zamestnancov. Zároveň sme zistili, že výsledky výskumu poukazujú na úlohu kompenzácií ako rozhodujúceho nástroja uľahčujúceho prístup osôb so zrakovým postihnutím na trh práce a k celoživotnému vzdelávaniu. Ide o:

- pomôcky a pomocné zariadenia rozličného druhu (prístupnosť a reálnu použiteľnosť pomôcky a zariadenia),
- personálna asistencia,
- bezbariérovosť širšieho prostredia (odstránenie prekážok orientácie vo vonkajšom prostredí, v prístupe na pracovné miesto, k službám podporujúcim zamestnanosť a ďalšie vzdelávanie, vrátane dopravy),

- dopravná dostupnosť (na pracovné miesto, k službám podporujúcim zamestnanosť a ďalšie vzdelávanie).

Výskumná otázka 3 Ktoré služby v oblasti sociálnej práce občanov so zrakovým postihnutím využívajú?

Najviac respondentov využíva služby sociálneho pracovníka pri výbere kompenzačných a optických pomôcok, ďalej nasleduje využívanie pomoci pri uplatňovaní práv vyplývajúcich z platnej sociálnej legislatívy a v oblasti informačných a poradenských služieb. Väčšina zamestnaných respondentov absolvovala kurzy sociálnej rehabilitácie. Respondenti uviedli, že až 46,86% využívajú odborné a poradenské služby, ďalej využívajú informácie o príspevkoch na podporu zamestnávania a informačné poradenské služby. Možno konštatovať, že jedným z činiteľov uľahčujúcich pracovné uplatnenie osôb so zrakovým postihnutím sú kurzy sociálnej rehabilitácie. Za rovnako dôležité považujú respondenti aj prístup k informáciám, ktoré by mali byť poskytované v alternatívnych – špeciálnych formátoch, ktoré sú najviac prístupné ich vnímaniu.

Výskumná otázka 4 Aké druhy celoživotného vzdelávania považujú občania so zrakovým postihnutím za podstatné?

Respondenti si plne uvedomujú dôležitosť ďalšieho vzdelávania pri hľadaní práce, ale aj pre udržanie si pracovného miesta. Iba minimálna časť považuje ďalšie vzdelávanie za úplne zbytočné. Respondenti cítia potrebu rozšírenia svojej pracovnej kvalifikácie prostredníctvom kurzov, poskytovaných Rehabilitačným strediskom a doplnenie ďalšieho vzdelávania potrebného k profesionálnemu rastu. Výsledky výskumu poukazujú na nízky stupeň adjustácie programov vzdelávania a prípravy pre trh práce k špecifickým potrebám občanov so zrakovým postihnutím ako celku, k potrebám v závislosti od stupňa funkčnej poruchy zraku. Zatiaľ čo v celkovom súbore respondentov sa kurzov vzdelávania a prípravy pre trh práce zúčastnil takmer každý druhý, v súbore nevidiacich táto účasť bola výrazne nižšia. Zameranie vzdelávania a prípravy osôb so zrakovým postihnutím je zväčša orientované na zmenu pôvodného povolania na povolania tradičné pre osoby so zrakovým postihnutím.

4.3.2 Návrhy a odporúčania pre prax

Neoddiskutovateľným faktom je, že zrak patrí k rozhodujúcim zmyslovým orgánom, prostredníctvom ktorého človek vníma okolitý svet, znížené zrakové schopnosti alebo absencia zraku výrazným spôsobom ovplyvňujú životné šance občanov so zrakovým postihnutím vo všetkých sférach spoločenského života. Zlepšenie postavenia nevidiacich a slabozrakých osôb v spoločnosti je podmienené zlepšením ich prístupu na trh práce

a k celoživotnému vzdelávaniu. Na základe získaných výskumných poznatkov boli identifikované oblasti vyžadujúce intervenciu s cieľom posilniť celospoločenskú integráciu občanov so zrakovým postihnutím.

Oblasť trhu práce:

Trh práce ako jeden z nosných konceptov sociálnej agendy Európskej únie znamená rovnosť šancí pre všetkých v prístupe k zamestnaniu a jeho udržaniu. Cesty k trhu práce pre občanov so zrakovým postihnutím vedú ako cez chránený, tak aj cez otvorený trh práce. Potrebné je prepojiť existujúci legislatívny rámec zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov (§ 95 pracovná rehabilitácia, § 96 rehabilitačné, § 97 rekvalifikácia, § 98 rekvalifikačné) so systémom podpory zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím upravenom v zákone č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti v znení neskorších predpisov (§ 55 chránená dielňa a chránené pracovisko, § 56 príspevok na zriadenie chránenej dielne a chráneného pracoviska a na ich zachovanie, § 57 príspevok občanovi so zdravotným postihnutím na prevádzkovanie alebo vykonávanie samostatnej zárobkovej činnosti). Zabezpečiť plynúce finančné toky z poistného systému, zo systému určeného na podporu zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím v rámci aktívnych opatrení na trhu práce.

Oblasť celoživotného vzdelávania:

Základné smerovanie ďalšieho vzdelávania občanov so zrakovým postihnutím by sa malo rozvíjať dvomi smermi: rozvoj sociálno-komunikačných a psychologických zručností a zručností pre získanie samostatnosti občanov so zrakovým postihnutím v rámci sociálnej rehabilitácie a vzdelávania v rámci otvorených vzdelávacích kurzov.

Oblasť kompenzácií:

Spracovať prehľadovú revíziu o poskytovaných pomôckach a pomocných zariadeniach v rámci jednotlivých systémov podľa ich účelu, charakteru a spôsobu financovania.

Záver

Na základe získaných výskumných poznatkov boli identifikované oblasti vyžadujúce intervenciu s cieľom posilniť celospoločenskú integráciu občanov so zrakovým postihnutím. Zlepšenie postavenia občanov so zrakovým postihnutím v spoločnosti je podmienené zlepšením ich prístupu na trh práce, nastaveniu celoživotného vzdelávania pre túto cieľovú skupinu a revíziou v oblasti kompenzačných pomôcok a pomocných zariadení. Uvedený prístup tvorí základňu pre zvýšenie kvality života občanov so zrakovým postihnutím. Ak sa na skúmanú oblasť budeme pozeráť ako na systém, môžeme sa stotožniť s tvrdením autorov Špániková a Špánik (2008, s.68): *„Efektívnosť fungovania akéhokoľvek systému resp. opodstatnenosť jeho existencie sú závislé na znalosti potenciálnych klientov o jeho existencii, ako aj správneho chápania jeho poslania“*. Ako však dodávajú, *„je potrebné*

vychovávať sami seba k dôvere vo fungujúci systém, ale zároveň ku kritickému pohľadu v prípade existujúcich odchýlok od stabilného systému“.

Zoznam bibliografických odkazov

1. KOSTOLNÁ, Z. a kol. 2006. *Nevidiaci a slabozrakí ľudia na trhu práce a v prístupe k celoživotnému vzdelávaniu. Výsledky empirického výskumu*. [online]. 2006. [cit. 2016-06-01]. Dostupné na internete: <http://sizar-vision.sk/realizovane-vyskumy>.
2. *Národný akčný plán pre deti na roky 2013 – 2017*. [online]. [cit. 2016-05-29]. Dostupné na internete: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/poradne-organy/ludske-prava-narodnostne-mensiny-rodovu-rovnost-sr/vybor-deti-mladez/narodny-akcny-plan-pre-deti-na-roky-2013-2017.pdf>.
3. *Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014-2020*. [online]. [cit. 2016-03-21]. Dostupné na internete: <https://www.minedu.sk/data/att/7770.pdf>.
4. *Memorandum o celoživotnom vzdelávaní*. 2000. [online]. [cit. 2016-05-30]. Brusel : Komisia európskych spoločenstiev, 2000. Dostupné na internete: https://www.minedu.sk/data/files/2607_2000_memorandum_o_celozivotnom_vzdelavani.pdf.
5. REPKOVÁ, K. 1998. *Občan so zdravotným postihnutím v procese spoločenskej integrácie*. Bratislava : Epos, 1998. 192 s. ISBN 80-8057-005-1.
6. *Stratégia celoživotného vzdelávania a celoživotného poradenstva*. [online]. [cit. 2016-05-12]. Dostupné na internete: <http://www.minedu.sk/data/files/1899.pdf>
7. ŠPÁNIK, M. 2009. Možnosti znalostného manažmentu pre zníženie vplyvov prokrastinácie v práci manažéra v sociálnej sfére. In: *Týždeň vedy a techniky na Pedagogickej fakulte Katolíckej univerzity v Ružomberku : zborník prednášok z týždňa európskej vedy*, Ružomberok : Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2009. ISBN 978-80-8084-426-4, s. 200-207.
8. ŠPÁNIKOVÁ, M. - ŠPÁNIK, M. 2008. Postavenie a úlohy verejného ochrancu práv v slovenskom právnom systéme. In: *Zdravotná a sociálna starostlivosť o človeka*. Ružomberok : Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity, 2008. (Studia Scientifica Facultatis Paedagogicae). ISBN 978-80-8084-369-4, s. 51-70.
9. Zákon č. 568/2009 Z. z. o celoživotnom vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Kontaktná adresa autora

PhDr. Lenka Štefáková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Pedagogická fakulta
Katedra sociálnej práce
Hrabovská cesta 1, Ružomberok
e-mail: lenka.stefakova@ku.sk

PRVÁ ČESKOSLOVENSKÁ ODSUNOVÁ NEMOCNICA VO VYŠNÝCH HÁGOCH

Andrea Ševčovičová^{1, 2}, Martina Ivanová^{1, 3}

¹VŠZaSP sv. Alžbety, Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaházi, Rožňava

²Výcviková jednotka vojenských misií, Martin

³Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie, Vyšné HÁgy

Súhrn

Počas 2. svetovej vojny si počty zranených vojakov a prebiehajúce boje na našom území vyžiadali zriadenie vojenskej nemocnice. Pre činnosť zriadenej 1. československej odsunovej nemocnice poskytlo svoje priestory, vybavenie a personál sanatórium vo Vyšných HÁgoch. Vtedajší personál sanatória, ktorého ošetrovateľskú starostlivosť zabezpečovali predovšetkým rehoľné sestry z Kongregácie milosrdných sestier Svätého kríža sa učil za pochodu ošetrovať bojové poranenia. Ranení boli privážaní z brigádneho obväziska a z chirurgickej poľnej pohyblivej nemocnice. Išlo predovšetkým o poranenia hlavy, hrudníka a končatín, traumy súvisiace s mŕnovými incidentmi, popáleniny a infekčné ochorenia. Originálnou bola prevážovňa zriadená v spoločenskej miestnosti sanatória, v ktorej sa denne vykonávalo aj štyristo prevázov. Počas necelých štyroch mesiacov fungovania nemocnice v nej bolo ošetrovaných 1380 ranených a chorých vojakov.

Kľúčové slová: Druhá svetová vojna. Odsunová nemocnica. Ranení vojaci. Rehoľné sestry. Vyšné HÁgy.

Úvod

Ústav vo Vyšných HÁgoch bol pôvodne vybudovaný ako účelové zdravotnícke zariadenie pre liečbu všetkých foriem tuberkulózy. Pri jeho otvorení disponoval kapacitou 500 lôžok (Jurikovič, Pikora, 1991). Otvorenie ústavu bolo pôvodne naplánované k 20. výročiu vzniku Československej republiky 28. októbra 1938, ale nástup fašizmu a vznik takzvaného Slovenského štátu narušili pôvodné plány a liečebňa sa otvorila až 2. júna 1941 (Ürge, 1966; Bohuš, 2004). Od začiatku existencie ústavu v ňom pôsobili ako ošetrovatelky rehoľné sestry z Kongregácie Milosrdných sestier Svätého kríža. Starostlivosť o pacientov ovplyvňovala vyvíjajúca sa situácia súvisiaca s priebehom 2. svetovej vojny (bombardovanie, nácvičky evakuácie do zriadeného krytu sanatória...), ktorá výrazne zasiahla aj naše územie. Boje si vyžiadali veľa ranených vojakov, ktorým bolo potrebné poskytnúť odbornú pomoc.

K prvým významným bojom povstalcov s postupujúcimi nemeckými okupačnými jednotkami došlo práve pod Vysokými Tatrami. Nemci vedeli, že ak sa im podarí dobyť

Poprad, otvoria sa im hneď dve cesty do centra Povstania. Prvou cestou bol Vernár, Brezno nad Hronom a Banská Bystrica, a druhou cestou bol smer na Liptovský Mikuláš, Ružomberok a Banskú Bystricu. Povstaleckí vojaci a partizáni presúvajúci sa do Popradu od Liptovského Mikuláša, dorazili do mesta 29. augusta 1944 v popoludňajších hodinách. V tento deň vypuklo Slovenské Národné povstanie (SNP) a Tatranci sa pridali na stranu povstalcov (Maniak, 2014). Dňa 8. septembra 1944 začala Karpatsko-dukelská operácia. Hneď v prvom týždni sa po úporných bojoch nacistickej armáde podarilo dočasne zastaviť postup sovietskych vojsk. No aj napriek tomu boli Nemci prinútení stiahnuť svoje početné jednotky, určené na potlačenie SNP, na ohrozený úsek svojej obrany v Karpatoch. Nacistické vojská v tvrdých bojoch s povstalcami koncom októbra 1944 uplatnili na Slovensku svoju veľkú materiálnu prevahu. Slovenské územie obsadili generálnou ofenzívou, ktorá bola namierená proti povstaleckému frontu. Výnimkou boli len niektoré horské oblasti. Partizánske jednotky zriaďovali svoje základne a úkryty v horách. Časti alebo dokonca aj celé partizánske jednotky sa presúvali smerom zo stredného Slovenska (ktoré bolo najviac vystavené náporu nacistov) na západ (Cambel, 1985).

Zriadenie odsunovej nemocnice

Ešte skôr ako bola ukončená Karpatsko-dukelska operácia, velenie 1.československého armádneho zboru rozhodlo o vybudovaní nemocničnej základne na oslobodenom území. Podnetom pre jej zriadenie boli okolnosti vyúsťujúce do núteného presunu ranených príslušníkov 1. československého (čsl.) armádneho zboru do Poľska alebo do hlbokého tylu v ZSSR (Kmec, Kostková, 2016). Tento zámer sa vzhľadom na rýchly postup oslobodzovacích jednotiek nerealizoval ihneď, ale až pred začatím útočnej operácie pri Liptovskom Mikuláši. Oblasť Tatier so svojimi liečebnými zariadeniami zostala bokom od ústupového smeru nemeckého vojska a pripravenej obrany pred Liptovským Mikulášom, čo bolo vhodnou príležitosťou pre zriadenie nemocničnej základne (Paškan, Šiška, Mráz, 1945). Zdravotná služba bola už vtedy posilnená zdravotníckym personálom mobilizovaným na oslobodenom území, i zdravotníkymi pracovníkmi, ktorým sa podarilo prejsť z obsadeného územia na oslobodené. V Sanatóriu Robotníckej sociálnej poisťovne vo Vyšných Hágoch prijali už 28. januára 1945 vo večerných hodinách prvých piatich vojakov (Maniak, 2018). Išlo o ranených príslušníkov 1. čsl. armádneho zboru v ZSSR, ktorí boli zranení pri výbuchu míny na železničnej stanici v Štrbe (Paškan, Šiška, Mráz, 1945). Dovtedy sa tu liečili chorí a ranení z partizánskych bojov a bombardovania Prešova (Maniak, 2018). Tí prišli spolu so sestrami, správou a riaditeľstvom prešovskej nemocnice do sanatória ešte v novembri 1944. V januári 1945 tak pracovali vo Vyšných Hágoch na každom oddelení v službe spoločne jedna sestra z Prešova a z Hágov (Kronika milosrdných sestier Svätého kríža).

V priebehu februára 1945 navrhlo vedenie sanatória veleniu 1. čsl. armádneho zboru, aby sa sanatórium stalo vojenskou nemocnicou. Po reorganizácii bol za veliteľa nemocnice vymenovaný MUDr. Ján Paškan, ktorý prevzal sanatórium pod velenie tylu 1. čsl. armádneho zboru v ZSSR. Premena sanatória na vojenský zdravotnícky ústav sa uskutočnila povolaním celého mužského a ženského personálu do vojenskej služby, čím vojenská správa získala nielen dobre zapracované sily oboznámené s miestnymi pomermi, ale ušetril sa inventár i budova. Výhodou bolo aj získanie bohatých zásob liečiv, zdravotníckeho materiálu, proviantu, uhlia, nemocničnej bielizne, dopravných prostriedkov a iného materiálu (Maniak, 2018). Reorganizácia sa uskutočnila pod vedením šéfchirurga zboru MUDr. Jozefa Škvařilu a náčelníka zdravotnej služby MUDr. Františka Engela. Na území oslobodenej Československej republiky tak vznikol 17. marca 1945 prvý stabilný vojenský zdravotnícky útvar – 1.československá odsunová nemocnica (Paškan, Šiška, Mráz, 1945). Hlavným chirurgom a riaditeľom sanatória sa stal MUDr. Karol Šiška (Maniak, 2018), ktorý bol počas Slovenského národného povstania veliteľom Poľnej nemocnice na Starých Horách. V ústave bola pôvodná kapacita 700 lôžok, tá sa ale zakrátko rozšírila (Paškan, Šiška, Mráz, 1945).

Z hospodárskej stránky bol k nemocnici pričlenený aj Prápor rekonvalescentov vo Vojenských Zruboch, Vojenský liečebný ústav v Matliaroch s práporom invalidov, Vojenská epidemická nemocnica v Kvetnici a Vojenský detský domov v Lučivnej. Nemocnica bola organizovaná ako sovietske chirurgické nemocnice tohto typu (Maniak, 2018).

Starostlivosť o pacientov v nemocnici

Nemocnica mala už úplne vojenský charakter. Každé ráno o ôsmej hodine sa v posluchárni uskutočnili porady vedúcich vojenskej nemocnice, ktorých sa zúčastňovala aj sestra predstavená z Kongregácie milosrdných sestier Svätého kríža. Na oddelenia bol okrem sestier pridelený aj výkonný rotmajster, ktorý vykonával administratívu a riešil ostatné záležitosti vojakov, vrátane vojenskej správy. Pre ranených boli povolené návštevy len v stredu a v nedeľu. Ľahšie ranení vojaci sa prepúšťali, aby uvoľnili miesta ťažšie raneným (Kronika milosrdných sestier Svätého kríža). Činnosť nemocnice sa podstatne neodlišovala od chodu iných veľkých úrazových nemocníc. Originálnou bola ústredná preväzovňa sídliaca v spoločenskej miestnosti ústavu, v ktorej niekedy denne vykonali až štyristo prevázov. V preväzovni bolo osem stolov. Pracovalo sa v nej od 8:00 – 18:00 hodiny, pričom každé oddelenie malo vyhradený čas podľa rozvrhu. Ošetrovanie a preväzy sa vykonávali prísne asepticky pod dohľadom šéfchirurga nemocnice a za prítomnosti a spolupráce náčelníka oddelenia. Okrem preväzovne boli k dispozícii aj dve kompletne vybavené operačné sály, jedna sála na sadrovanie, zubná ambulancia s dvoma zubárskymi kreslami, RTG oddelenie s piatimi prístrojmi a jedným prístrojom na RTG terapiu, nosná a ušná ambulancia, krčná

ambulancia, oddelenie hydroterapie a fyzikálnej liečby a kompletne vybavené laboratória. K dispozícii boli aj izolačné oddelenia s desiatimi posteľami, dezinfekčná stanica a pitevňa (Paškan, Šiška, Mráz, 1945).

Ošetrojúci personál nebol spočiatku zacvičený a zabehnutý v ošetrovaní zranení, keďže pôvodne bol zameraný na ošetrovanie pacientov s tuberkulózou. Do nemocnice boli privážaní ranení z brigádneho obväziska, ale aj z chirurgickej poľnej pohyblivej nemocnice. Priamo z obväzísk útvarov sa odsúvali pacienti, ktorí boli ranení do hlavy a hrudníka. Všetci ranení dostávali na obväziskách antitetanové sérum. Poranení mŕtinou dostali antigangrenózne sérum. Na prijímacom oddelení ich zapisovali do prijímacieho protokolu. Každého pacienta okúpali, ostrihali a obliekli do nemocničnej bielizne (pôvodné oblečenie sa dezinfikovalo v dezinfekčnej stanici ústavu). Takto sa malo predchádzať zahmyzeniu. Počas fungovania nemocnice sa neobjavil ani jeden prípad zavšivenia. Po všetkých prijímacích aktivitách bol ranený prijatý na oddelenie do čistej a pekne zariadenej izby. Medzi ranenými sa vyskytla v osemdesiatich prípadoch ruža (Erysipel), ktorá mala u jedného vojaka tragické dôsledky. Zamedzeniu výskytu a jej rýchlejšej liečbe bránil nedostatok antibiotík (Paškan, Šiška, Mráz, 1945).

Na začiatku apríla 1945 prišiel do sanatória Červený kríž. Do obuvárne na prvých poschodiach, ale aj na oddelenia doložili ďalšie posteľe pre tisíc ranených, pretože lôžka sa rýchlo zaplňali. Medzi ranenými priviezli aj desať vojakov s rozsiahlymi popáleninami. Do infekčného pavilónu umiestnili chorých na Erysipel a Tetanus. Červený kríž poskytol vojakom obnosené topánky a papuče, aby nechodili po chodbách bosí. Posteľnú a osobnú bielizeň zabezpečila vojenská správa. Dňa 11. apríla prideliť Červený kríž ústavu na výpomoc deväť dobrovoľných sestier, ktoré boli zaradené na oddelenia k rehoľným sestrám (Kronika milosrdných sestier Svätého kríža).

Dňa 29. apríla 1945 navštívil nemocnicu vtedajší prezident republiky, spolu s významnými našimi a sovietskymi vládnyimi i vojenskými predstaviteľmi (Paškan, Šiška, Mráz, 1945). Privítal ho veliteľ nemocnice pplk. Dr. Paškan. Svojou návštevou poctil nielen vojakov, ale aj sestry (Kronika Milosrdných sestier Svätého kríža).

Ukončenie činnosti nemocnice

Príslušníci 1. československej armády si 4. apríla 1945 vybojovali vstup do Liptovského Mikuláša a ešte v ten deň postúpili 17 km smerom na západ. Na druhý deň oslobodili jednotky 3. a 4. samostatnej brigády 1.čsl. armádneho zboru Ružomberok a ďalej postupovali na západ v smere na Vrútky a Žilinu. V dôsledku zdravotníckeho zabezpečenia ranených z bojov smerom na západ od Ružomberka bolo potrebné zriadiť 2. československú odsunovú nemocnicu. Ako ďalšie lôžkové oddelenie na Slovensku bola zriadená v objektoch vojenskej nemocnice v Ružomberku. Následne prestali odsuny do nemocnice vo Vyšných

Hágoch, a tak sa mohli lekári a ošetrojúci personál pokojne venovať doliečovaniu ranených vojakov (Paškan, Šiška, Mráz, 1945).

Na konci mája 1945 začali autobusom prevážať z Vyšných Hágov na liečenie do Piešťan ľahšie ranených. Niektoré oddelenia sa úplne vyprázdňovali. V júni začala vojenská správa s prepúšťaním pracovných síl, nakoľko sa stav ranených veľmi znížil. Celé jedno krídlo ústavu bolo prázdne. V ústave sa nachádzalo tristo pacientov a vojenská odsunová nemocnica sa začínala pomaly likvidovať. Ostatných ranených vojakov postupne odviezli do Ružomberku a Piešťan. Rehoľné sestry nastúpili na dovolenky a na duchovné cvičenia (Kronika milosrdných sestier Svätého kríža).

Nemocnica sa 15. júla 1945 zlikvidovala a sanatórium mohlo začať znova prijímať civilných pacientov (Paškan, Šiška, Mráz, 1945).

Záver

Počas celej doby činnosti 1. čsl. odsunovej nemocnice od 17.marca do 15.júla 1945 sa v nej liečilo 1380 ranených a chorých vojakov, poddôstojníkov a dôstojníkov. Na následky zranení v nej zomrelo 49 vojakov, ktorí sú pochovaní prevažne na vojenskom cintoríne v Štôle (Maniak, 2018). Na jedného pacienta pripadalo priemerne 44 ošetrovacích dní. Najviac pacientov sa liečilo medzi 3.marcom 1945 a 30.májom 1945. Najväčší stav pacientov zaznamenali 22.apríla 1945, kedy bolo v nemocnici až 1007 chorých. Denne bolo prijatých priemerne jedenásť pacientov, ale niekedy aj päťdesiat. Dňa 15. apríla 1945 sa nachádzalo v ústave šesťnásť lekárov a jedenásť medikov. Na jedného lekára pripadalo 63 pacientov, ale zo začiatku ich bolo aj 150. Najvyšší stav 298 osôb ošetrovateľského a pomocného personálu zaznamenali 20. apríla 1945. Stav pomocného personálu bol pomerne vysoký, vzhľadom na údržbu rozsiahlej a luxusne zariadenej budovy sanatória. Počas trvania odsunovej nemocnice sa spotrebovalo asi 10 000 kusov obväzového materiálu, 700 kg buničitej vaty, asi 1 150 kg sadry a 1300 kg papierovej vaty. V ústave bol k dispozícii domáci rozhlas, kinosála s divadelným javiskom, herne, čítareň a ďalšie spoločenské miestnosti. Rozhlas, hudba a správy pôsobili pozitívne na psychiku a náladu ranených vojakov (Paškan, Šiška, Mráz, 1945).

Na ošetrovaní ranených vojakov sa počas pôsobenia 1. čsl. odsunovej nemocnice výrazne podieľal aj pôvodný personál sanatória, v ktorom ošetrovateľskú starostlivosť zabezpečovali rehoľné sestry z Kongregácie milosrdných sestier Svätého kríža.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BOHUŠ, Ivan. 2004. *Od ohnisk a kolíb po tatranské osady*. Tatranská Lomnica: I&B, ISBN 80-969017-1-0.
2. CAMBEL, Samuel. 1985. *Dejiny Slovenska V.(1918-1945)*. Bratislava: Veda, Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied.

3. JURIKOVIČ, Milan, PIKORA, Tibor. 1991. Liečebno – preventívna starostlivosť. In *50 rokov Odborného liečebného ústavu tuberkulózy a respiračných chorôb vo Vyšných Hágoch*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, ISBN 80-217-0205-2.
4. KMEC, Július, KOSTKOVÁ, Etela. 2016. *Vojenské zdravotníctvo v regióne východného Slovenska*. 2.vyd. Lumina.
5. KRONIKA MILOSRDNÝCH SESTIER SVÄTÉHO KRÍŽA 1941-1947.
6. MANIAK, Marcel. 2014. *Protifašistický odboj v okrese Poprad a Kežmarok*. Kežmarok: Jadro, ISBN 978-80-89426-29-4.
7. MANIAK, Marcel. 2018. *VYSOKÉ TATRY 1944-1945. Vznik nových jednotiek*. [online] [cit.2018-03-28] Dostupné na internete: <http://www.oslobodenie.wbl.sk/Vznik-novych-jednotiek.html>
8. PAŠKAN, Ján, ŠIŠKA, Karol, MRÁZ, Štefan. 1945. *Prvá čsl. odsunová nemocnica. Prvá chirurgická odsunová nemocnica v histórii ČSLA*. Nepublikovaný rukopis.
9. ÜRGE, L. 1966. Liečebňa pre tuberkulózu vo Vyšných Hágoch dvadsaťpäťročná. Pohľad do minulosti. In *25 rokov liečebne pre tuberkulózu vo Vyšných Hágoch*. Bratislava: Obzor, V-15*61191.

Kontaktná adresa autorov:

PhDr. Andrea Ševčovičová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Kósu Schopera 22

048 01 Rožňava

E-mail: ada.sevcovicova@gmail.com

Martina Ivanová

Záhradná 71/26

Vikartovce

059 19

E-mail: martina.ivanova77@gmail.com

MOŽNOSTI VYUŽITÍ ASISTENČNÍ ROBOTIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ A PŘEDSTAVENÍ ZÁKLADNÍCH SMĚRŮ VÝVOJE

Aleš Richter, Martin Krause, Marie Froňková

Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

Souhrn

Možnosti neinvazivní robotiky lze využít i v různých nelékařských zdravotnických oborech, včetně ošetrovatelství. Využití neinvazivních robotů může být v nemocniční i mimonemocniční péči, včetně domácí péče. Příspěvek seznamuje se základními možnostmi využití robotických systémů a základními směry vývoje, na které se lze zaměřit v nejbližší budoucnosti.

Klíčová slova: Asistenční systémy. Interaktivní systémy. Interakce člověk a stroj. Ošetrovatelství. Robotika.

Úvod

Interaktivní robotické systémy se prvně začaly využívat v klinické praxi. Jejich následné využití se postupně objevuje v rehabilitaci i ve fyzioterapii. Snaha o použití manipulátorů na různé technické úrovni, i v ošetrovatelství, je známá, ale k nasazení těchto systémů ve srovnání s průmyslovou robotikou nikdy nedošlo. V současné době se tato situace začíná výrazně měnit.

Metodika

Příspěvek analyzuje základní zaměření současného výzkumu v oblastech robotiky v kontextu s ošetrovatelstvím. Dále vysvětluje základní principy, které vycházejí ze současného stavu poznání a jsou přenášeny z průmyslové praxe do oblasti medicíny a nelékařských zdravotnických oborů.

Vlastní text praxe

Různé typy robotických systémů s sebou přináší hlavní problémy, a to zejména zajištění jejich bezpečnosti a hygieny (tedy dezinfekci částí, které přichází do styku s pacientem). Současný výrazný pokrok již stanovuje předpoklady pro nasazení těchto systémů i v ošetrovatelství. Vývoj těchto systémů se ubírá následujícími směry, a to stacionární roboty asistující u lůžka pacienta s vykonáváním denních potřeb (poskytnutí jídla, pití, léčivých přípravků, monitor fyziologických funkcí); mobilní roboty zahrnující autonomní systémy. Dále se jedná o různé typy robotických chodítek, které podporují mobilitu pacientů,

nebo se také může jednat o inteligentní nastavby invalidních vozíků (externí robotická ruka). Asistenční systémy pro své ovládání využívají biometrických signálů pacienta jako například hlas nebo snímání pohybu oční duhovky. Mezi robotické systémy lze také zařadit inteligentní lůžka a jejich nastavby, jež zahrnují polohování (jako prevenci spánkové apnoe), laterální polohování, senzorická pole teploty, tlaku, vlhkosti a hlavně monitory a alarmy životních funkcí. Všechny tyto systémy jsou závislé na kamerách a pokročilém zpracování obrazu. Převládají vyhledávací algoritmy. Novým směrem je teleprezenční robotika, která má částečně nahradit osobní přítomnost člověka (osoby poskytující ošetrovatelskou péči). Zcela novou oblastí je snaha o využití dronů v urgentní péči (např. nasazení defibrilátoru apod.).

Závěr

Závěrem lze konstatovat, že technické řešení je známé, ale největším problémem bude vždy schvalovací proces, včetně respektování legislativních změn. Lze doufat, že doba schvalování nebude stejná jako u schvalování přístrojů klinické techniky.

Seznam bibliografických odkazů

1. ČERNOHORSKÝ, Josef a kol. 2017. *Prototyp pohybového léčebného přístroje* [prototyp].
2. ČERNOHORSKÝ, Josef, RICHTER Aleš. 2015. *Bett mit motorisierter Einstellung der statischen Form und Lage der Liegefläche*. Technická univerzita v Liberci, patent DE202014105804U1, awarded in 2015.
3. ČERNOHORSKÝ, Josef, RICHTER, Aleš. 2013. The new control system of electrical hospital bed for laying patient rehabilitation. In *EDPE 2013 Proceedings*. Zagreb: Kiklos. ISBN 978-953-56937-7-2.
4. HORÁK, M. a kol. 2015. Aspects of a Safety Operation of Service Robots on Glass Walls. In International Conference OPTIROB 2015. *Advanced Research in Aerospace, Robotics, Manufacturing Systems, Mechanical Engineering and Bioengineering*. Zurich, Switzerland: Trans Tech Publications, s. 461–465. ISBN 978-3-03835-502-1.

Kontaktní adresa autora

Mgr. Marie Froňková
Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studentská 1402/2
461 17 Liberec 1
E-mail: marie.fronkova@tul.cz

Register autorov

B

Brišová Eva, 6

D

Dolák František, 103

F

Froňková Marie, 22, 133

I

Ivanová Martina, 127

Ižová Marcela, 66

K

Kelčíková Oľga, 66

Kobelová Katarína, 52

Kolarová Marina, 27

Kozel Matúš, 27

Krause Martin, 22, 103, 133

Kutiš Peter, 27

L

Lehotská Mária, 85

M

Magerčiaková Mariana, 14,
109

Másilková Monika, 43

Moraučíková Eva, 14

N

Novysedláková Mária, 34

O

Otásková Jitka Tamáš, 49

R

Richter Aleš, 133

S

Sisiková Katarína, 94

Š

Ševčovičová Andrea, 127

Špániková Martina, 74

Štefáková Lenka, 118

Z

Zrubáková Katarína, 14, 34

Názov : Zborník z 8. medzinárodnej vedeckej konferencie
**INTERDISCIPLINÁRNA KOOPERÁCIA V OŠETROVATEĽSTVE,
PÔRODNEJ ASISTENCII A SOCIÁLNEJ PRÁCI**

Recenzenti : doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.
doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.
PhDr. Marcela Ižová, PhD.
PhDr. Mária Lehotská PhD.
PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD.
PhDr. Mária Novysedláková, PhD.
PhDr. Lenka Štefáková, PhD.
PhDr. Michaela Vicáňová, PhD.

Redakcia: PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková PhD.
PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.

Vydalo : VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku

Počet strán : 135

Náklad : 100 výtlačkov

Vydanie : prvé

Formát : A 4

Vydané : 2018

Uverejnené články neprešli jazykovou korektúrou. Za jazykovú stránku zodpovedajú v plnom rozsahu autori článkov.

ISBN 978-80-561-0546-7