

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA



KLINICKÝ SOCIÁLNY PRACOVNÍK

Martina Mojtoová – Katarína Sedlárová – Marek Šrank

Autori:

doc. PhDr. Martina Mojtoová, PhD.

Mgr. Katarína Sedlárová

PhDr. Marek Šrank, PhD.

Recenzenti:

prof. PhDr. Alžbeta Mrázová, PhD.

prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.

doc. PhDr. Mária Dávideková, PhD.

Rok vydania: 2013

ISBN 978-80-558-0269-5



Doc. PhDr. Martina Mojtová, PhD. – pôsobí na Fakulte sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre, kde je garantom predmetov Sociálna práca v zdravotníctve, Sociálna práca v paliatívnej starostlivosti. Počas doktorandského štúdia pôsobila v Onkologickom ústave sv. Alžbety v Bratislave, kde sa začala venovať problematike sociálnej práce s nevyliciteľne chorými pacientmi, otázkam zdravotníckej etiky a verejného zdravotníctva. V roku 2001 absolvovala odbornú stáž v USA v Pensylvánii na University of Scranton, Northeast Regional Cancer Institute, Mercy Hospital and Mercy Hospice so zameraním na sociálnu prácu v zdravotníctve. Je autorkou publikácie Sociálna práca v zdravotníctve a viacerých príspevkov zameraných na zdravotné a sociálne prepojenie starostlivosti o pacienta.



Mgr. Katarína Sedlárová – je internou doktorandkou na Katedre sociálnej práce a sociálnych vied UKF v Nitre. Profiluje sa najmä v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti, problematike zomierania, sprevádzaniu nevyliciteľne chorých v terminálnej fáze života a analýze zdravotnej a sociálnej starostlivosti o zomierajúcich a ich rodiny. Je zapojená a participuje na domácich i zahraničných vedeckých projektoch, aktívne sa zúčastňuje vedeckých konferencií a odborných kurzov, zameraných na problematiku paliatívnej starostlivosti, sprevádzania, krízovej intervencie. Absolvovala odborné stáže v hospicioch v Českej republike, v Nemecku a výskumnú stáž na Univerzite Karlovej v Prahe.



PhDr. Marek Šrank, PhD. – od roku 1997 pôsobí v zdravotníctve najprv v pozícii sestry na oddelení úrazovej chirurgie Fakultnej nemocnice Nitra a po ukončení externého štúdia sociálnej práce na UKF v Nitre od roku 2003 aj v pozícii sociálneho pracovníka v danom zdravotníckom zariadení. Venuje sa problematike sociálnych súvislostí vyplývajúcich z choroby a úrazu u ambulantných a hospitalizovaných pacientov všetkých vekových kategórií. Publikuje a je spoluautorom publikácií: Sociálna starostlivosť, Učebnica chirurgie pre záchranárov. Ako sociálny pracovník v praxi sa podieľa na upevňovaní novodobého postavenia sociálnej práce v zdravotníctve hlavne v legislatívnej, metodickej a konzultačnej rovine. Pôsobí ako člen výboru Sekcie sociálnych sestier a sociálnych pracovníkov Slovenskej spoločnosti sestier a pôrodných asistentiek, organizačnej zložky Slovenskej lekárskej spoločnosti.

OBSAH

ÚVOD	8
1 VÝCHODISKÁ PROFESIE KLINICKÉHO SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA	9
1.1 Základné pojmy vo vzťahu ku klinickej sociálnej práci	10
1.1.1 Zdravie	10
1.1.2 Choroba	13
1.1.3 Sociálna práca v zdravotníctve	15
1.1.4 Pacient	17
1.1.5 Hospitalizmus	18
1.2 Zdravotno- sociálna problematika v súčasnosti	19
1.2.1 Prieniky zdravotnej a sociálnej starostlivosti	23
1.2.2 Vybraná časť výskumu zameraná na súčasný stav sociálnej práce v zdravotníctve	26
1.3 Faktory prostredia ovplyvňujúce proces liečby	31
1.4 Potreby pacienta a jeho motivácia	33
1.4.1 Kvalita života a napĺňanie potrieb pacientov	37
1.4.2 Základné vývojové potreby človeka z hľadiska konceptu Pessu-Boyden terapie vo vzťahu ku klinickej sociálnej práci	41
Použitá literatúra k 1. kapitole	47
2 PRACOVNÁ NÁPLŇ KLINICKÉHO SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA	51
2.1 Osobnosť a profesionalita klinického sociálneho pracovníka zdravotníckeho zariadenia	51
2.1.1 Požiadavky na výkon práce klinického sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení	52
2.2 Kompetencie a význam klinického sociálneho pracovníka	53
2.2.1 Syndróm vyhorenia, práca s ním a jeho prevencia v práci klinického sociálneho pracovníka	55
2.3 Legislatívne postavenie klinického sociálneho pracovníka	59
2.4 Pacient klinického sociálneho pracovníka	63
2.5 Komunikácia s pacientom	66
2.5.1 Kritéria úspešnej komunikácie	67
2.5.2 Zásady dobrej komunikácie	69

2.6 Prierez históriou a vzdelávaním sociálnych pracovníkov v zdravotníctve	70
Použitá literatúra k 2. kapitole	77
3 METÓDY SOCIÁLNEJ PRÁCE V ZDRAVOTNÍCTVE	79
3.1 Sociálna práca s jednotlivcom (pacientom)	79
3.2 Sociálna práca s rodinou pacienta	82
3.3 Sociálna práca s komunitou	85
3.4 Špecifiká krízovej intervencie a sociálna práca s pacientom v kríze	87
Použitá literatúra k 3. kapitole	93
4 KLINICKÝ SOCIÁLNY PRACOVNÍK S VYBRANÝMI CIEĽOVÝMI SKUPINAMI	95
4.1 Sociálna práca so ženou v tehotenstve	95
4.1.1 Charakteristika odboru gynekológia a pôrodníctvo	95
4.1.2 Pacient gynekologicko-pôrodnického oddelenia	95
4.1.3 Sociálna práca s pacientom gynekologicko-pôrodnického oddelenia	96
4.1.4 Nechcené tehotenstvo z pohľadu klinického sociálneho pracovníka	97
4.1.5 Postup pri vykonaní interrupcie na Slovensku	98
4.1.6 Utajený pôrod	101
4.1.7 Anonymné odloženie dieťaťa do verejne prístupného inkubátora (Hniezdo záchran)	105
4.2 Sociálna práca s detským pacientom	110
4.2.1 Charakteristika odboru pediatria	110
4.2.2 Pacient detského oddelenia	110
4.2.3 Syndróm CAN - syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa	112
4.2.4 Zásady prístupu zdravotníckych pracovníkov k dieťaťu	117
4.2.5 Komunikácia s detským pacientom	118
4.2.6 Sociálna práca s detským pacientom pohľadom klinického sociálneho pracovníka	119
4.2.7 Vybraná časť výskumu zameraná na sociálnu prácu s detským pacientom	123
4.3 Sociálna práca s psychiatrickým pacientom	131
4.3.1 Charakteristika odboru psychiatria	131

4.3.2	Pacient psychiatrického oddelenia	132
4.3.3	Stigmatizácia psychiatrických pacientov	136
4.3.4	Sociálna práca s psychiatrickým pacientom	136
4.3.5	Krátka intervencia a jej význam v liečbe závislostí	139
4.4	Sociálna práca so zdravotne znevýhodnenými pacientmi	141
4.4.1	Charakteristika pacienta so zdravotným postihnutím	142
4.4.2	Sociálna práca a pacient so zdravotným znevýhodnením	143
4.5	Sociálna práca s hospitalizovaným bezdomovcom	145
4.5.1	Charakteristika bezdomovstva	145
4.5.2	Pacient - bezdomovec a klinický sociálny pracovník	146
4.6	Sociálna práca s geriatrickým pacientom	152
4.6.1	Charakteristika geriatrickej	152
4.6.2	Geriatrický pacient	153
4.6.3	Sociálna práca a geriatrický pacient	155
4.7	Sociálna práca s rómskym pacientom	158
4.7.1	Charakteristika rómskeho etnika	158
4.7.2	Charakteristika rómskeho pacienta	160
4.7.3	Klinický sociálny pracovník a rómsky pacient	162
4.8	Sociálna práca s pacientom s HIV/AIDS	164
4.8.1	Charakteristika vírusu HIV, ochorenia AIDS a jeho vývoja	164
4.8.2	Epidemiologická situácia HIV/AIDS vo svete a v SR	165
4.8.3	Vývoj infekcie HIV	166
4.8.4	Spôsoby prenosu HIV vírusu a testovanie HIV pozitivity	167
4.8.5	HIV pozitívny pacient a psychosociálne dopady	169
4.8.6	Sociálna práca a HIV pozitívny pacient	171
4.8.7	Edukácia, filozofia „harm reduction“ a dôležité linky	174
4.9	Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti	176
4.9.1	Problematika umierania a smrti v súčasnosti	177
4.9.2	Modely zomierania	178
4.9.3	Proces a fázy zomierania	180
4.9.4	Paliatívna starostlivosť	182
4.9.5	Hospicové zariadenie	185
4.9.6	Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti	186
4.9.7	Vybraná časť výskumu zameraná na vnímanie umierania a smrti	189

5 ETIKA KLINICKÉHO SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA	202
5.1 Etické východiská profesie klinického sociálneho pracovníka	202
5.2 Zachovávanie ľudskej dôstojnosti	206
5.2.1 Etické komisie	210
5.2.2 Biomedicínsky výskum	212
5.3 Práva pacientov	216
5.3.1 Informovaný súhlas	220
5.3.2 Vybraná časť výskumu zameraná na etické aspekty práce v zdravotníckom zariadení – pacient verzus zdravotník	220
5.4 Základné etické princípy klinickej sociálnej práce	228
5.5 Etické dilemy v klinickej sociálnej práci	233
5.5.1 Stručný prehľad možných dilem v práci klinického sociálneho pracovníka	234
Použitá literatúra k 5. kapitole	238
6 ŠTÁTNA SOCIÁLNA POLITIKA A PACIENT	240
6.1 Zdravotná starostlivosť	240
6.1.1 Formy poskytovania zdravotnej starostlivosti	241
6.1.2 Stručný prehľad najdôležitejších právnych noriem v oblasti zdravotnej starostlivosti	242
6.2 Štátna sociálna politika a pacient	243
6.2.1 Dieťa ako pacient verzus štátna sociálna politika	244
6.2.2 Pacient a sociálne služby	245
6.2.3 Pacient zo zdravotným postihnutím verzus štátna sociálna politika	247
6.2.4 Prehľad vybraných právnych noriem (štátna sociálna politika verzus pacient)	248
Použitá literatúra k 6. kapitole	250
ZÁVER	251
SUMMARY	253
PRÍLOHY	255

ÚVOD

Sociálna práca ako profesia sa snaží etablovať do povedomia spoločnosti v SR a poukázať na svoje opodstatnenie. Dopyt po sociálnych pracovníkoch – špecialistoch – v zdravotníctve, školstve, sociálnych službách, v penitenciárnej starostlivosti atď. neustále rastie. Asi najcitelnejšie sa absencia sociálnych pracovníkov prejavuje v zdravotníckych zariadeniach, kde dochádza k najvýraznejšiemu prepojeniu zdravotného a sociálneho systému v rámci komplexného prístupu k problematike starostlivosti o pacienta. Hoci dodnes reálne v našej krajine neexistuje pozícia klinického sociálneho pracovníka, v tejto monografii chceme poukázať na jej nevyhnutné vytvorenie. Keďže nemá svoj status, nemá ani jednotné pomenovanie – poznáme ho ako sociálna sestra, sestra pre sociálnu službu atď. Rozhodli sme sa túto pozíciu pomenovať klinický sociálny pracovník, pretože vystihuje podstatu jeho náplne práce. V publikácii sa zameriavame na špecifické úlohy klinického sociálneho pracovníka s dôrazom na jedinečnosť človeka, zachovanie ľudskej dôstojnosti a nevyhnutnosti dodržiavania etických princípov v prostredí ľudskej bolesti a utrpenia.

Zo skúseností v zahraničí môžeme potvrdiť, že klinický sociálny pracovník má nezastupiteľné miesto na každej klinike či oddelení. Veľkým úspechom v SR je po prijatí šiestich reformných zdravotníckych zákonoch v roku 2004 aktuálny výnos MZ SR, ktorý exaktne implementuje sociálneho pracovníka do ústavnej zdravotnej starostlivosti.

„Ak ústavné zdravotnícke zariadenie poskytuje zdravotnú starostlivosť na oddelení pediatrickom, geriatrickom, doliečovacom, psychiatrickom, medicíny drogových závislostí, gynekológie a pôrodnictva alebo dlhodobo chorých, musí mať v pracovnoprávnom vzťahu sociálneho pracovníka na podporu zmierňovania alebo odstraňovania sociálnych dôsledkov zdravotnej situácie pacienta v súvislosti s hospitalizáciou a prepustením“ (Vestník MZ SR, 2012, s. 284).

Veríme, že na národnej úrovni je to prvý významný krok k zlepšeniu starostlivosti o pacienta, smerovaniu k holistickému prístupu až po jeho opätovné úspešné zaradenie do spoločnosti v najvyššej možnej kvalite života.

Monografia je určená pre domácu a zahraničnú vedeckú komunitu.

autori

1 VÝCHODISKÁ PROFESIE KLINICKÉHO SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA

Klinická sociálna práca je oblasťou, kde sa zdravotná starostlivosť prelína so sociálnou starostlivosťou a je nevyhnutnou súčasťou liečebného a ošetrovateľského procesu. K danej komplexnosti liečby teda nevyhnutne patrí i pomoc pri riešení sociálnych problémov pacienta v prípadoch, kedy toho nie je schopný sám s pomocou vlastných zdrojov alebo rodina nechce, resp. nemôže túto starostlivosť poskytnúť sama, alebo pokiaľ pacient rodinu nemá.

Práca klinického sociálneho pracovníka má široký záber. Riadi sa v procese sociálnej práce najnovšími metódami a používa najnovšie pracovné prístupy pri riešení problémovej situácie pacienta, vrátane prístupu k nemu. Pri svojej činnosti dodržiava základné etické princípy, rešpektuje základné ľudské práva pacientov, všeobecne záväzné právne normy a je v súlade s rešpektovaním základných ľudských práv a slobôd.

Klinický sociálny pracovník si musí byť vedomý svojich kompetencií, toho, čo môže ponúknuť. Pomocou sebauvedomovania a sebazporozovania môže lepšie plánovať a tiež realizovať prácu s druhými ľuďmi a smer sebvýchovy a sebazdokonaľovania. To kladie na pomáhajúce profesie zodpovednosť za aktivity pri uspokojovaní vlastných potrieb a potrieb pacientov (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011). Klinický sociálny pracovník zabezpečuje zdravotnú a sociálnu starostlivosť pacientov so širokou špecifickou problematikou s ohľadom na jeho zdravotný stav a s použitím informácií získaných zo zdravotnej dokumentácie. Spoločne s pacientom stanovuje priority, postupy a ciele sociálneho procesu podľa závažnosti a komplikovanosti situácie. Klinický sociálny pracovník spolupracuje s multidisciplinárnym tímom, zapája do procesu sociálnej práce pacientovu rodinu, opatrovníkov, blízke osoby a pod.

Klinická sociálna práca je zameraná na individuálny prístup k pacientovi. Tak ako je jedinečný a neopakovateľný každý jedinec, tak je jedinečná a neopakovateľná práca s ním. Človek je holistická bytosť, to znamená, že nesmieme opomenúť alebo zanedbať ani jednu zložku bio-psycho-sociálnej a spirituálnej dimenzie. Klinický sociálny pracovník motivuje pacientov k riešeniu vlastných problémov a napomáha k zabezpečeniu a uspokojeniu ich biologických, psychických, sociálnych a spirituálnych (duchovných) potrieb.

Klinický sociálny pracovník vychádza vo svojej práci z holistického modelu chápania človeka ako bio-psycho-sociálno-

spirituálnej bytosti. Holistický model je založený na schopnosti človeka adaptovať sa na zmenené podmienky. Vychádza z predpokladu, že človek je otvorený systém, ktorý musí neustále reagovať na zmeny. O to viac, keď do života človeka príde ochorenie. Kutnohorská (2009) tvrdí, že holizmus je idealistická filozofia celistvosti. Holistický prístup poukazuje na to, že vlastnosti, ktoré majú nejaký celok, sú odlišné a nadradené vlastnostiam jednotlivých častí tohto celku. Realitu nemôžeme pochopiť len na základe analýzy izolovaných komponentov, lebo organizmus je vždy viac, ako len súčet všetkých jeho častí.

Holistický prístup je teda filozofia, ktorá sa uplatňuje v starostlivosti o pacienta. Táto **starostlivosť je zameraná aj na pacientovu rodinu, na ich vzájomné vzťahy, potreby i problémy.**

1.1 Základné pojmy vo vzťahu ku klinickej sociálnej práci

1.1.1 Zdravie

Zdravie je termínom pre každého iným a definícií je veľa. Spojmom zdravie sa stretávame v mnohých medicínskych, právnických, sociologických literatúrach (Křivohlavý, 2001, Kebza, 2005, Barancová, 2008, Bártlová, Matulay, 2009, Vašina, 1999, Seedhouse, 2001, atď.). Podľa Křivohlavého (2001) je zdravie celkový stav človeka, ktorý mu umožňuje dosahovať optimálnu kvalitu života a nie je prekážkou obdobnému snaženiu druhých ľudí. U autora Křivohlavého (2001) sa stretávame s členením teórií zdravia do siedmich skupín, kde kritériom je rola zdravia, ktorú zdravie v každej posudzovanej teórii zohráva:

- 1. skupina – zdravie ako určitý druh duševnej a telesnej sily,
- 2. skupina – zdravie ako metafyzické sily,
- 3. skupina – spája zdravie s individualizmom,
- 4. skupina – chápe zdravie ako schopnosť adaptácie,
- 5. skupina – zdravie ako dobre fungujúci organizmus,
- 6. skupina – spája zdravie s trhovým produktom a tovarom,
- 7. skupina – zdravie ako ideál.

Pre mnohých z nás je zdravie tou najcennejšou hodnotou, ktorú človek vlastní a zároveň i veľmi rýchlo stráca vplyvom rôznych

negatívnych javov. Zdravie je podľa svetových výskumov radené medzi najdôležitejšie hodnoty (Líšková, Vóřsová, 2004). Otázka zdravia a zdravotného stavu by mala byť dôležitá pre každého človeka, pretože zanedbávanie svojho zdravia vedie k chorobnosti a môže končiť i smrťou.

V 90. rokoch 20. storočia robil Blaxter rozsiahly výskum uskutočnený Univerzitou v Cambridge na súbore 9000 osôb a na základe výsledkov uvádza Vašina (1999) **osem základných pohľadov na zdravie:**

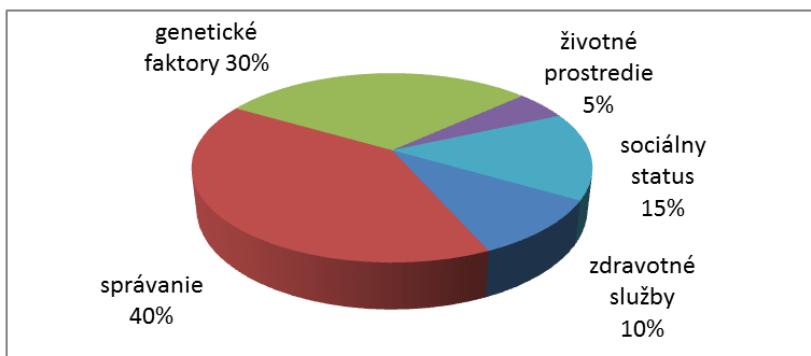
- Zdravie ako absencia choroby.
- Zdravie ako prežívaný stav oproti realite objektívneho zdravotného stavu.
- Zdravie ako rezerva alebo záloha.
- Zdravie ako fyzická zdatnosť.
- Zdravie ako energia a vitalita.
- Zdravie v podobe sociálnych služieb.
- Zdravie ako funkcia v zmysle schopnosti niečo urobiť s malým dôrazom na prežívanie a pocity.
- Zdravie v zmysle psycho-sociálnej pohody.

Ústava WHO hovorí, že každý bez ohľadu na rasu, vek, náboženstvo, politické presvedčenie, ekonomický a sociálny status má právo na požívanie najvyššie dosiahnuteľnej úrovne a kvality zdravia. Právo na podporu zdravia, ochranu zdravia a obnovu zdravia patrí medzi základné ľudské práva. Zdravie charakterizovalo WHO 7.4. 1948, kedy bola oficiálne uvedená ako: *„Zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody a nie len neprítomnosť ochorenia alebo poruchy funkcie.“* (z originálu: *„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of diseases or infirmity“*).

Medicínske právo môžeme vyjadriť ako súbor právnych noriem regulujúcich spoločenské vzťahy, ktorých objektom je prevencia, ochrana zdravia jednotlivca a zlepšenie kvality jeho života odborne špecializovanými postupmi, realizovanými subjektmi s osobitnými predpokladmi a subjektmi vykonávajúcimi regulačnú, sprostredkovateľskú a kontrolnú činnosť medzi fyzickou osobou, ktorej ochrana zdravia vyžaduje zákrok špecializovaného subjektu (Barancová, 2008). Z definícií je evidentné, že cieľom medicíny je ochrana zdravia, prevencia ochrany zdravia, udržiavanie určitej kvality zdravia a pod.

V podmienkach SR máme v Zbierke zákonov pod č. 272/1994 definované zdravie: „Zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, nielen neprítomnosť choroby, je výsledkom vzťahov medzi ľudským organizmom a sociálno-ekonomickými, fyzikálnymi, chemickými a biologickými faktormi životného prostredia, pracovného prostredia a spôsobom života“.

Obrázok: Determinanty zdravia (McGinnis, Williams-Russo, Knickman, 2002)



Determinanty zdravia sú také vlastnosti a ukazovatele, ktoré ovplyvňujú prítomnosť a rozvoj rizikových faktorov ochorení (Mládek a kol., 2006):

- a) **Demografické a biologické determinanty** (vek, pohlavie, sobášnosť, rozvodovosť, atď.)
- b) **Socio-ekonomické determinanty** (životný štýl, vzdelanie, zamestnanie, sociálne kontakty, atď.)
- c) **Prostredie** (životné a pracovné)
- d) **Zdravníctvo** (kvalita poskytovaných služieb, atď.)

Špatenková (2003) delí determinanty zdravia na **vnútorné** (genetická výbava, odolnosť, potenciál zdravia, atď.) a **vonkajšie** (spôsob života – fajčenie, alkohol, závislosti a pod., vonkajšie prostredie – životné a sociálne prostredie, zdravotná starostlivosť – organizácia, kvalita, dostupnosť a efektívnosť).

1.1.2 Choroba

Ďalším základným pojmom v zdravotníckej terminológii je pojem choroba. Môžeme ju definovať ako *nepriaznivý zdravotný stav, ktorý spôsobuje fyzické, sociálne, psychické i duchovné (spirituálne) problémy*.

Parsons (1973 In Bártlová, 2009) definuje chorobu ako poruchu schopnosti individua plniť očakávané úlohy a role. V jeho poňatí znamená choroba odchýlku od normálnej sociálnej role. V porovnaní so všetkými odchýlkami je choroba zvláštna v tom, že nie je prenasledovaná negatívnymi sankciami. Ľudia chorého z tohto stavu neobviňujú. Choroba má rovnako ako zdravie svoj aspekt biologický, psychický a spoločenský.

Tabuľka: *Prehľad rôznych pohľadov na chorobu daného človeka (Bártlová, 2009, s. 94)*

Úroveň (pohľad z hľadiska)	Proces (keď sa stav mení)	Stav (keď je stav trvalý)
Organický stav (pohľad patofyziológie)	Choroba (disease)	Poškodenie, oslabenie, zníženie aktivity určitej fyziologickej činnosti
Funkčný stav (subjektívne poznanie pacienta, jeho povedomie o tom, že niečo nie je v poriadku)	Choroba (illness)	Neschopnosť pracovať, nespôsobilosť
Sociálny stav (pohľad druhých ľudí na daného človeka)	Nezdravý (sickness)	Zdravotne postihnutý človek, invalid, človek handicapovaný

Podľa Mojtovej (2008) ochorenie výrazne zasahuje do nášho života a dotýka sa takmer všetkých rolí, ktoré človek zastáva (v rodine, zamestnaní, vo voľnom čase a pod.). Niektoré choroby končia vyliečením, mnohé naopak spôsobujú invalidizáciu, resp. majú progredujúci charakter. Poznáme **akútne ochorenie** (napr. chrípka, angína, úraz), ktoré je náhle a preruší všetky sociálne aktivity chorého. Pacient verí v skoré zmiernenie ťažkostí a ústup ochorenia. Jeho okolie je tolerantné, čaká na jeho návrat k bežnému životnému štýlu. **Chronické ochorenie** (napr. bronchitída, skleróza multiplex) sa rozvíja pomaly. Chorý stráca niektoré kompetencie vo svojom každodennom živote. Symptómy ho trápia dlhodobo, najmä chronická bolesť je stresujúca, obmedzuje chorého v aktivite. V jeho živote sa striedajú obdobia remisie (zdravia) s relapsom (zhoršenie zdravotného stavu).

Vo fáze vlastného boja s chorobou ide u pacienta v prvom rade o uvedomení si repertoáru postupov, ktorými je daný problém možné riešiť. V odbornej terminológii sa tu hovorí o programoch, cestách, spôsoboch postupov a stratégiách. Týchto stratégií je veľké množstvo. Křivohlavý (1991) poukazuje na jeden z najčastejších spôsobov triedenia stratégií zvládania choroby, teda odlíšenie aktívnych stratégií od stratégií pasívnych. O aktívnych stratégiách hovoríme vtedy, keď pacient sám z vlastnej iniciatívy pristupuje k riešeniu a vypracuje si vlastnú predstavu o vhodnom postupe. O únikových stratégiách zvládania choroby hovoríme vtedy, keď pacient „zatvára oči pred daným problémom“, uteká od riešenia a nepripúšťa si, že by mohlo ísť o niečo závažné.

Křivohlavý (2001) uvádza, že **choroba má tri dimenzie**:

- **Objektívna dimenzia (choroba)** – organický stav jedinca, zároveň je výsledkom objektívneho merania a je diagnostikovaná nezávisle na jedincovi, možno ju zmeniť liečbou alebo zdravotnou poisťovňou,
- **Sociálna dimenzia (práceneschopnosť)** – problém spoločnosti, systém sociálno-zdravotných služieb, poisťovní a zamestnancov,
- **Subjektívna dimenzia (nepohoda)** – pocity pacienta, pričom je stále premenlivá, rýchlo sa mení.

Podľa Maříčkovej (1996) je choroba objektívne zistiteľná porucha zdravia, môže existovať, i keď človek nepociťuje žiadne príznaky. Je to porucha adaptácie človeka, zlyhanie alebo nedostatočnosť adaptívnych mechanizmov pri reakcii na podnety z jeho prostredia.

V súvislosti s chorobou sa stretávame aj s niektorými javmi, ktoré súvisia s negatívnym pôsobením zdravotníkov a ďalších osôb na pacienta a majú svoje odborné názvy.

Iatrogénia, iatrogénne poškodenie (iatros (gr.) = lekár; gennan (gr.) = tvoriť, pôvod) – poškodenie pacienta spôsobené lekárom napr. chybným výkonom, nesprávnym postupom, ale aj nevhodným správaním.

Slovo **iatrogénny** (vždy ide o negatívny význam) znamená „zavinený lekárom“, ale použitý môže byť aj pri zavineniach spôsobených ostatnými zdravotníkymi pracovníkmi a farmaceutmi.

Typy poškodenia pacienta

Poškodenie pacienta môže byť podľa svojho charakteru trojaké:

- *telesné (somatické) poškodenie* – napr. časté röntgenové vyšetrenie,

- *psychické poškodenie* – napr. pri vizitách – rozhovor o pacientovi pri pacientovi o plánovaných zákrokoch bez toho, aby mu bolo čokoľvek vysvetlené (porušenie ľudskej dôstojnosti – pacient je vnímaný ako vec, nie ako človek),
- *kombinované poškodenie* – napr. robí sa veľa zbytočných vyšetrení, ktoré somaticky pacienta zaťažujú a je súčasne nasadená terapia bez akéhokoľvek bližšieho vysvetlenia (Kutnohorská, 2007).

Je dôležité dávať pozor na ordinovanie liekov, ich dávky, dodržiavanie času podávania, dátum expirácie liečiva. Takisto je namieste dávať si pozor na slová, ktoré môžu ranit' pacienta a viesť k strate dôvery voči zdravotníkom. Poškodzovanie sa týka všetkých pacientov bez ohľadu na diagnózu, fázu vývoja, choroby, pohlavia, vek, etnickú príslušnosť, náboženské vierovyznanie, socioekonomický status. Čo sa týka psychického poškodzovania, najviac zasahuje **vulnerabilné (zraniteľné) osoby**: deti, dospievajúcich, staršie osoby, tehotné ženy, ženy v šestonedielke, v menopauze, hendikepované osoby, osoby s akútnou či chronickou chorobou, ťažko choré osoby a nevyliciteľne chorých (Mojtová, Gažiková, Grey, 2008).

1.1.3 Sociálna práca v zdravotníctve

Sociálna práca je špecifická odborná činnosť, ktorá smeruje k zlepšovaniu vzájomného prispôsobovania sa jednotlivcov, rodín, skupín a sociálneho prostredia, v ktorom žijú a k rozvíjaniu sebaúcty a vlastnej zodpovednosti jednotlivcov s využitím zdrojov **schopností osôb, medziľudských vzťahov a zdrojov poskytovaných spoločnosťou**. Je činnosťou v prospech klienta, ktorú je možné charakterizovať pojmami pomoc, podpora, sprevádzanie (Tomeš, 2009) a jej cieľom je odhaľovanie, vysvetľovanie, zmierňovanie a riešenie sociálnych problémov (chudoby, zanedbávania výchovy detí, diskriminácia určitých skupín, delikvencia mládeže, nezamestnanosť pod. (Matoušek, 2003). Sociologička Jiřina Šiklová (2010) nazýva sociálnu prácu nekončiacim procesom, behom ktorého odbor doháňa meniacu sa spoločnosť, v ktorej sa objavujú nové problémy a známe problémy menia svoju váhu.

Sociálna práca je profesionálna aktivita, ktorá pomáha ľuďom prekonať vážne problémy v ich životoch poskytovaním starostlivosti, ochrany a poradenstva (Thomas, Pierson, 1995), je kultúrne podmienená a jej charakter je tvorený na základe celospoločenských súvislostí. Teórie sociálnej práce nie sú použiteľné

mechanicky v akejkoľvek kultúre, teda v spoločnostiach s odlišnými kultúrnymi tradíciami (Navrátil, 1998). „*Cieľom sociálnej práce je podpora sociálneho fungovania klienta v situácii, kde je takáto potreba buď skupinovo alebo individuálne vnímaná a vyjadrená. Sociálna práca sa profesionálne zaoberá ľudskými vzťahmi v súvislosti s výkonom sociálnych rolí*“ (2000 Navrátil In Matoušek, 2007, s. 184).

Rovnako ako moderná medicína, i sociálna práca pracuje s pacientom z holistického, celostného pohľadu. Sociálna práca v zdravotníctve iniciuje a realizuje zdravotno- sociálne služby, zapojuje sa do tímovej spolupráce a zároveň zdôrazňuje svoju profesionálnu nezávislosť (Rehr In Beder, 2006).

Cieľom sociálnej práce v zdravotníctve je poskytnúť oporu, podporu, sprevádzanie a pomoc pri zlepšovaní životných možností človeka, ktorý je pre svoju chorobu určitým spôsobom znevýhodnený. Tiež je potrebné zdôrazniť, že práve v zdravotníckom zariadení sa často odkryjú latentné problémy, ako je napr. týranie dieťaťa, zanedbávanie dieťaťa, nevyhovujúce sociálne prostredie, závislosť na alkohole, drogách a pod. (Kovalčíková, 2005 In Mojtová, 2010).

Mojtová (2008) zdôrazňuje, že práca v zdravotníckych zariadeniach má **multidisciplinárny charakter**, keďže človek – pacient je chápaný ako bio-psycho-sociálna bytosť. Na základe vzájomného prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti je pozícia sociálneho pracovníka v tíme zdravotníckych pracovníkov opodstatnená a dôležitá. Sociálny pracovník v zdravotníctve **rieši špecifické úlohy podľa typu zdravotníckeho zariadenia, typu oddelenia, počtu pacientov** atď.

Podľa Kuzníkovej a kol. (2011) je úlohou sociálnej práce v zdravotníctve využiť vplyv psycho-sociálnej sféry na ochorenie k lepšej adaptácii, prekonania ťažkostí, motivácie k liečbe a spolupráci a celkovo ku kvalitnejšiemu životu. Zdôrazňuje komplexnú starostlivosť o pacienta v súlade s odborom sociálnej práce a s poslaním daného zdravotníckeho zariadenia.

Na Slovensku v súčasnosti neexistuje legislatíva, ktorá by stanovila činnosti klinického sociálneho pracovníka, ako napríklad v Českej republike, kde zákon upravuje činnosť zdravotne sociálneho pracovníka v rámci preventívnej, diagnostickej a rehabilitačnej starostlivosti. Ďalej sa podieľa na ošetrovateľskej starostlivosti v oblasti uspokojovania potrieb pacienta.

Sociálny pracovník v nemocnici pôsobí na oddelení sociálnych služieb. Pomoc sociálneho pracovníka máva spravidla charakter sociálnej

agenty, sociálno-právneho poradenstva a sprostredkovania (žiadosti o umiestnenie do iných zariadení, kontaktovanie iných inštitúcií a pod.). Podľa vzdelania a ďalšieho výcviku sociálneho pracovníka a tiež miestom v multidisciplinárnom tíme však nemusí mať činnosť sociálneho pracovníka v nemocnici len administratívny charakter. Napríklad na psychiatrických oddeleniach môže sociálny pracovník s relevantným výcvikom v psychoterapii pôsobiť ako ko-terapeut, prípadne terapeut. Môže tiež koordinovať dobrovoľnícke aktivity v nemocnici, pôsobiť ako case manager a pod. (Špatenková, 2003).

1.1.4 Pacient

Slovo „pacient“ pochádza z latinského „patientia“, čo v preklade znamená trpezlivosť. Pacient by teda mal byť najmä trpezlivý.

Pacientom možno rozumieť fyzickú osobu v intervale medzi narodením a smrťou, ktorej je poskytovaná lekárska - zdravotná starostlivosť v akejkoľvek forme. Pacient je teda osoba, ktorá prijíma starostlivosť na prinávratenie zdravia alebo jeho podporu.

Pacientov môžeme rozdeliť podľa rôznych kritérií – ženy, muži, deti, svojprávnici a nesvojprávnici, kompetentní a nekompetentní, spolupracujúci a nespôpracujúci pacienti, prvýkrát hospitalizovaní a opakovane hospitalizovaní, informovaní a neinformovaní pacienti, spokojní pacienti a kverulanti atď.

Talcott Parson vo svojom diele *The Social System* (1951), ktoré bolo významným medzníkom vo vývoji sociológie medicíny, vymedzil **sociálnu rolu pacienta:**

- 1) pacient je oslobodený od svojich povinností (od výkonu soc. rolí),
- 2) nezodpovedá za vzniknutý stav (aj keď ho svojím životným štýlom podporuje – napr. abúzus alkoholu, fajčenie...),
- 3) má právo na pomoc zo strany spoločnosti a na isté privilégia (nemocenské dávky atď.),
- 4) musí však vyhládať lekára a snažiť sa čo najrýchlejšie obnoviť stav zdravia.

Pacient je podľa Parsona submisívny a lekár autoritatívny, čiže prevažuje paternalistický vzťah. Najznámejším kritikom Parsonovho modelu je Eliot Freidson (In Špatenková, 2003), podľa ktorého pacient

nie je submisívny, disciplinovaný, pasívny vykonávateľ lekárovej vôle. Pacient má podľa Freidsona:

- už isté skúsenosti so situáciou choroby,
- môže mať medicínske vedomosti,
- má vlastnú interpretáciu choroby a jej pôvodu,
- názor na vhodnosť ordinovanej liečby.

1.1.5 Hospitalizmus

Hospitalizmus patrí medzi vážne riziká inštitucionalizovanej starostlivosti, kedy má pacient zníženú schopnosť adaptácie na bežný život. Hospitalizmus je spôsobený zredukovanými nárokmi na klienta a obmedzením podnetov z vonkajšieho prostredia. Môžeme ho chápať ako syndróm dlhodobého pobytu v nemocniciach alebo v liečebniach. U každého človeka sa prejavuje inak – plačom, stratou aktivity, pocitom únavy, pasivitou, zdanlivým nezáujmom o okolie, úzkosťami, strachom a oneskorením mentálneho vývoja. Môžeme povedať, že pôsobí ako dlhodobá deprivácia.

Nebezpečenstvom je najmä pre *deti*, ktoré prechádzajú komplikovanou liečbou a zároveň dlhodobým pobytom na lôžku. Môžu sa mnohokrát prejaviť plačom, agresivitou, či sklúčenosťou, separáciou, zajakavosťou, pomočovaním. U *dospelých* a *starších* pacientov sa hospitalizmus môže prejaviť, nechutenstvom, nezáujmom, depresiou, apatiou, nespavosťou a pod.

Psychický stav nazývaný hospitalizmus môže nastať pri dlhodobej izolácii v zdravotníckom zariadení. Predpokladom je absencia programov prinášajúcich psychosociálnu stimuláciu (Vymětal, 1999).

Jedným z najdôležitejších bodov prevencie hospitalizmu je rešpektovanie práv detského pacienta zakotvené v Charte práv hospitalizovaných detí. Špatenková (2003) konkretizuje:

- Obmedzenie hospitalizácie, predovšetkým jeho dĺžky.
- S dieťaťom prijímať k hospitalizácii i jedného z rodičov.
- Kontakt s rodinou.
- Umožniť kontinuálne návštevy.
- Upraviť nemocničný režim.

- Humanizovať nemocničné prostredie.
- Psychická príprava na hospitalizáciu.

Hospitalizácia predstavuje pre pacienta i pre jeho rodinu špecifickú záťaž a chorý pacient sa musí okrem faktu prijatia ochorenia adaptovať i na zmenu prostredia a na ištitúciu s inými pravidlami.

1.2 Zdravotno- sociálna problematika v súčasnosti

Celé minulé obdobie bolo charakterizované snahou o výrazné rezortné rozdelenie problematiky na zdravotnú a sociálnu oblasť, bez nutnej previazanosti. I v súčasnosti pretrváva rozdelenie na zdravotnú a sociálnu problematiku. Toto rozdelenie často vychádza nielen z nepochopenia celej citlivej oblasti životného diania, ale predovšetkým z ekonomického prístupu a tzv. rezortizmu (Vurm, 2007).

Zdravotnú a sociálnu starostlivosť o pacienta nie je možné kategoricky oddeľovať. Naopak je nutné uviesť si, ako úzko späté tieto druhy starostlivosti sú. Jednotlivé druhy starostlivosti o pacientov musia na seba nadväzovať a vzájomne sa prepájať. Nemôžeme povedať, že pacienti potrebujú len zdravotnícku alebo len sociálnu starostlivosť. Ide o holistické ponímanie človeka a zameranie sa na jeho zdravotný stav a z neho vyplývajúce problémy komplexne z biologickej, psychologickej, sociálnej a duchovnej stránky.

Jedným z dôležitých cieľov reformy by malo byť prepojenie zdravotného a sociálneho systému všade tam, kde to má zmysel. Zo sociálneho systému by sa do integrovaného zdravotno-sociálneho systému mohli začleniť oblasti sociálnych služieb, nemocenského poistenia, posudkovej činnosti a poskytovanie podpory osobám so zdravotným postihnutím. Oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti sa vzájomne prelínajú do tej miery, že ich pestovanie v odlišných a vzájomne nekompatibilných systémoch je nehumánnou márnou tratosťou. Domnievame sa, že sú nutné jednotné pravidlá pre každý rezort. Zdravotníctvo dnes hľadá spôsob, ako sa postaviť k liečebným postupom, ktoré majú preukázateľné výsledky, ale sú drahé. Prepojenie zdravotných a sociálnych financií by pomohlo k pozitívnej zmene.

Charakter zdravotníckeho systému je významným determinantom zdravia. Čím lepšie dokáže reagovať na potreby ľudí, tým väčší potenciál zdravia vyprodukuje. Zároveň platí, že dobrý zdravotný

stav priamo aj nepriamo prispieva k ekonomickému rozvoju a blahobytu, tak na individuálnej ako aj národnej úrovni. Správna investícia do zdravia a do zdravotníckeho systému vedie nielen k zlepšovaniu zdravia spoločnosti, ale aj k ekonomickému rozvoju a väčšiemu sociálnemu blahobytu (Repková, 2010, s. 17). Záujem koordinovať sociálne a zdravotné služby všeobecne narastá. Z pohľadu zdravotníctva je to dôležité najmä kvôli nasledovnému:

- chronické ochorenia spotrebúvajú čím ďalej tým viac finančných prostriedkov (zvyšovanie veku, zlepšovanie liečby),
- zdravotná starostlivosť má byť primárne zameraná na prevenciu, diagnózu a liečbu akútnych ochorení,
- hospitalizácie z dôvodov nedostatku sociálnych lôžok, domácej ošetrovateľskej a opatrovateľskej starostlivosti idú na úkor kvality a nákladovej efektívnosti poskytovaných zdravotníckych služieb,
- v systéme, ktorý fragmentovane poskytuje zdravotné a sociálne služby, je pacient častokrát stratený (Repková, 2011a).

Za optimálne teda považujeme prepojenie zdravotnej starostlivosti a sociálnej starostlivosti, ktoré musia vychádzať z etických princípov, bez ktorých by bola súčasná starostlivosť o pacientov neprijateľná.

Sociálne služby sú poskytované ľuďom spoločensky znevýhodneným, s cieľom zlepšiť kvalitu ich života. Motívom prevádzania sociálnych služieb býva hlavne filantropia (Matoušek, 2007) a sociálna pomoc stojí vždy na prvom mieste, kedy človek nezostáva sám (Liste, 2007).

Sociálne služby sa stali súčasťou nášho sociálneho systému, majú svoje miesto v sociálnej politike nášho štátu, samospráve a neštátnych subjektoch, pomáhajú preklenúť nepriaznivú sociálnu situáciu klienta. Prijatím nového Zákona č.448/2008 Z.z. o sociálnych službách sa u nás mení doterajšia filozofia v poskytovaní sociálnych služieb na Slovensku. Zákon o sociálnych službách dáva prednosť poskytovaniu sociálnych služieb v prirodzenom prostredí pred poskytovaním starostlivosti v jednotlivých ZSS (Dávideková, 2010).

Obrázok: Požiadavky na kvalitu služby (Plášková In Kuzníková, 2011)



Ako sme už spomínali, na Slovensku ešte stále delíme služby na zdravotné a sociálne, avšak postupne vo svete vládne tendencia používať pojem – zdravotno-sociálne služby. Teoretické prístupy a metódy odboru klinickej sociálnej práce sa musia v praxi prispôbovať, mali by byť inovované a prispôsobené človeku v dnešnej spoločnosti.

K hlavným prekážkam medzirezortnej spolupráce, ktorá je vo vzťahu k našej problematike dôležitá, patria (Hudson, 1997 In Repková a kol., 2011c):

- **Štrukturálne prekážky** (fragmentácia zodpovednosti medzi jednotlivými rezortmi, v rámci jednotlivých sektorov a medzi nimi navzájom).
- **Procedurálne prekážky** (rozdiely v plánovaní horizontov a cyklov, rozdiely v rozpočtových cykloch a postupoch, rozdiely v informačných systémoch a protokoloch, pokiaľ ide o dôverný prístup a charakter).
- **Finančné prekážky** (rozdiely vo finančných mechanizmoch/základoch, rozdiely medzi zásobami a tokom zdrojov).
- **Profesionálne prekážky** (vlastný profesionálny záujem a autonómia, medziodborová konkurencia o domény, konkurenčné ideológie a hodnoty, ohrozenia istoty zamestnania, rozporné pohľady na záujmy a úlohy klienta/spotrebiteľa).

- **Stav a legitimita prekážok** (vlastný profesionálny záujem a autonómia a medzi-organizačná konkurencia o domény, rozdiely v legitimitate medzi vyvolenými a určenými agentúrami).

Medzi zásady posilnenia strategických prístupov spolupráce patria:

- **Spoločná vízia** (ktorá konkrétne stanovuje, čo sa má dosiahnuť v zmysle cieľov, orientovaných na užívateľa, objasňuje cieľ spolupráce ako mechanizmu na dosiahnutie takých cieľov a mobilizuje úsilie, týkajúce sa cieľov, výsledkov a mechanizmov).
- **Zrozumiteľnosť úloh a povinností** (konkrétne stanovuje a odsúhlasuje „kto robí čo“ a navrhuje organizačné opatrenia, pomocou ktorých sa majú plniť úlohy a povinnosti).
- **Vhodné motivácie a odmeny** (podpora správania v organizácii v súlade s dohodnutými cieľmi/povinnosťami, využívanie vlastných záujmov na kolektívne ciele).
- **Zodpovednosť za spoločnú prácu** (monitorovať dosiahnuté úspechy vo vzťahu ku stanoveným víziám, aby jednotlivci a agentúry zodpovedali za plnenie predurčených úloh a povinností, a poskytovať spätnú väzbu a kontrolu vízie, motivácie a ich vzájomných vzťahov).

Dôležitým cieľom sociálnej sféry na Slovensku je vytvárať pre jej obyvateľov vhodný a optimálny legislatívny a inštitucionálny rámec, prijímať a realizovať opatrenia, ktoré zabezpečia udržanie ľudských, sociálnych a kultúrnych práv k zabezpečeniu dôstojnej životnej úrovne každého človeka. Sociálna opora, sociálne služby a sociálna starostlivosť o občanov predstavujú a patria medzi základné povinnosti každej spoločnosti. Početné zastúpenie starších ľudí v populácii patrí k najzávažnejším demografickým charakteristikám súčasnej spoločnosti a v nemalej miere sa začína prejavovať svojimi dôsledkami aj v našich podmienkach (Dávideková, 2010).

Výsledky medzinárodnej komparatívnej štúdie (Juhásová a kol., 2011) porovnávajúcej terminológiu, legislatívu, vzdelávanie, prax a pod. v oblasti zdravotno-sociálnych služieb na Slovensku, v Česku a v Taliansku, poukazujú na rôzne legislatívne východiská (zdravotná a sociálna sféra), ktoré sa prelínajú, napr. na Slovensku nachádzame konkrétne ustanovenia zákonov, ktoré sa na seba odvolávajú – neexistuje však samostatná právna norma, ktorá by tieto oblasti koherentne upravovala ani v jednom z troch skúmaných štátov, i keď

za výnimku by sme mohli považovať taliansky model, kde sa zdravotná a sociálna sféra nerozdeľujú na samostatné oblasti. **Kombinované zdravotné a sociálne služby predstavujú riešenie mnohých súčasných problémov.**

1.2.1 Prieniky zdravotnej a sociálnej starostlivosti

V čase demografických zmien a finančnej neistoty vo svete sú vlády vo svojich zdravotníckych a sociálnych systémoch nútení obrátiť svoju pozornosť na udržateľné stratégie. Demografický vývoj do roku 2050 predpovedá relatívny aj absolútny nárast počtu starších a starých ľudí a môžeme očakávať, že sa bude zvyšovať aj počet ľudí, ktorí budú potrebovať starostlivosť.

Od januára 2009 platí na Slovensku nový zákon o sociálnych službách (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách), ktorá vytvára legislatívne podmienky pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb (§22 Zákona o sociálnych službách) a podmienky pre poskytovanie sociálnych služieb v zdravotníckych zariadeniach (§70 Zákona o sociálnych službách) za podmienky, že sa zdravotnícke zariadenie zaregistruje ako poskytovateľ sociálnych služieb.

Repková a kol. (2011) konštatujú, že v podmienkach SR existuje pomerne významná priepasť medzi legislatívnymi možnosťami pre zavádzanie integrovaných zdravotno-sociálnych služieb a sociálno-politickou praxou.

Obrázok: *Proces zdravotno-sociálnej starostlivosti (Gladkij, 2000), upravené autormi*



Medzi **základné prieniky zdravotnej a sociálnej starostlivosti** a vzájomnej spolupráce môžeme zaradiť:

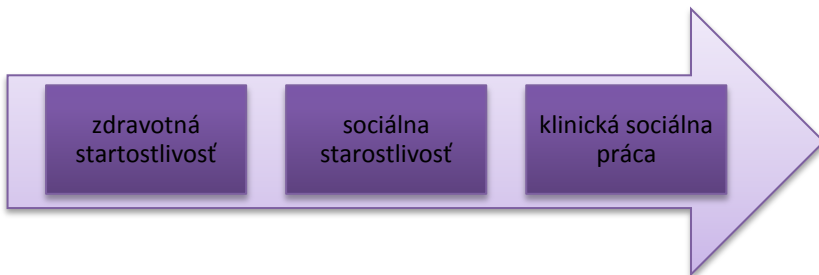
- Poskytovanie sociálnych dávok na základe zdravotného stavu, zariadenia sociálnej služieb, sociálna hospitalizácia (zdravotno-sociálna), sociálni pracovníci v zdravotníctve, zdravotnícki pracovníci v zariadeniach sociálnych služieb, poradenstvo, neziskový sektor, vzdelávanie, zákonodarstvo, sociálno-právna ochrana, program WHO, poistenie, starostlivosť o špeciálne skupiny, následná starostlivosť, domáca starostlivosť atď.

K základným dôvodom spolupráce je starnutie populácie, reformy systémov, prax, atď. Líšková (2009) uvádza že práve seniori tvoria vo vzťahu k potrebe starostlivosti špecifickú kategóriu, sú hlavnými prijímateľmi zdravotnej a sociálnej starostlivosti, kde je nutné zohľadniť sociálno-etickú problematiku.

Zdravotná sociálna starostlivosť – je prienik zdravotnej starostlivosti a sociálnej starostlivosti poskytovanej pacientom v inštitucionálnom zariadení alebo v domácom prostredí.

Aplikácia pokročilého multisystémového prístupu (Advanced Multi Systemic Approach - AMS) pre prax sociálnej práce v zdravotníctve je jedna z možností zmienenej adaptácie. Práve z koncepcie AMS vychádza i zdravotno-sociálny model (*Health-Social Model*), ktorý je založený za predpokladu, že zdravotné potreby sú súčasťou všetkého – sociálneho systému (Kuzníková a kol., 2011). Je to perspektíva, ako pracovať s pacientom. AMS predpokladá kompetenciu klinického sociálneho pracovníka využiť jeho vedomosti a aplikovať ich tak, aby bol schopný identifikovať vhodné prístupy pre prácu s pacientom.

Obrázok: *Prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti*



Medzi komory, asociácie a organizácie zastrešujúce zdravotnú a sociálnu starostlivosť na Slovensku patria napríklad *Slovenská lekárska komora* – vznikla v roku 1990, *Slovenská lekárska komora sestier a pôrodných asistentiek* – funguje od roku 2002, *Slovenská komora medínsko-technických pracovníkov* – vznikla na základe zákona č. 192/2009 Z. z. v roku 2009, *Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou* - zriadený Zákonomom č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, *Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky* – zriadený podľa Zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia, *Asociácia vzdelávateľov v sociálnej práci* – funguje od roku 1990, *Asociácia sociálnych pracovníkov a supervízorov* – funguje od roku 2000 a pod.

Význam a potreba klinickej sociálnej starostlivosti v posledných rokoch stále rastie. Môžeme povedať, že všade tam, kde je poskytovaná zdravotná starostlivosť, je nutné súčasne zaistiť i starostlivosť sociálnu. Predpokladáme, že pre občana je lepšia klinická sociálna starostlivosť taká, ktorá rešpektuje jeho potreby a práva, umožňuje mu legálne sa „domáhať“ vlastných potrieb, a to na úrovni **medicínskej** (poskytovanie zdravotnej starostlivosti), **sociálnej** (poskytovanie sociálnej starostlivosti), **právnej** (ochrana vlastných práv - možnosť kontroly poskytovanej zdravotnej a sociálnej starostlivosti), ale aj **materiálnej** (vytvorenie priestoru pre nadštandard – za príplatok). Pre občana je lepšie to zdravotníctvo, ktoré ho nenúti správať sa korupčne pre dosiahnutie vlastných práv, ktoré mu poskytuje dostatočnú a kvalitnú ako zdravotnú, tak i sociálnu starostlivosť, a ktoré mu umožňuje si slobodne vybrať z jednotlivých poskytovateľov podľa ich kvality čo služieb, ktoré mu ponúkajú.

Choroba do pacientovho života vpadne a modifikuje jeho budúcnosť a vyhliadky, teda napĺňanie jeho zmyslu života. To je podstatou novej skúsenosti, ktorú ochorenie pacientovi prináša. Pacient prichádza k lekárovi, pretože očakáva, že bude môcť nejakým spôsobom znovu naplniť zmysel svojho života. V tom je ale choroba človeka s konkrétnym zmyslom života iným významovým horizontom než pojem choroby, ako ho vníma biomedicína a lekár. V tom sa zásadne líšia. Pacienta nezaujíma ani tak, ako ochorenie „funguje“ biologicky, čo môže alebo nemôže priniesť diagnostika a terapia, resp. ho to zaujíma, ale len do tej miery, nakoľko mu biomedicína pomôže pochopiť a zmeniť jeho vlastnú situáciu. Tu nachádzame jeden z významných rozdielov, ktorý je potom tiež zdrojom mnohých nedorozumení a konfliktov. **Do oblasti medicíny je nutný prienik humanitných vied, predovšetkým filozofie, psychológie a sociológie, ktoré ukazujú rôznosť oných významových**

horizontov medzi prírodnými vedami a humanitnými vedami (Matějek, 2011).

To, že lekári študujú medicínsku etiku na lekárskejších fakultách, je málo. To, že zdravotnícky personál nemá zavedené rutinné psychologické vedenie a supervíziu svedčí o marazme v našom zdravotníctve. V organizáciách, kde sa poskytuje sociálna starostlivosť, je toto vedenie rutinnou súčasťou práce.

1.2.2 Vybraná časť výskumu zameraná na súčasný stav sociálnej práce v zdravotníctve

Výsledky sme získali na základe pološtruktúrovaných rozhovorov so sociálnymi pracovníkmi. Oslovili sme viacero nemocníc a oddelení po celom Slovensku, ale proces získavania respondentov do výskumu nebol jednoduchý vzhľadom na skutočnosť, že počet sociálnych pracovníkov vykonávajúcich sociálnu službu v zdravotníctve je značne obmedzený. V prípade väčšiny nemocníc sociálnu prácu vykonáva zdravotná sestra, alebo jeden sociálny pracovník, do pôsobnosti ktorého spadajú všetky oddelenia nemocnice.

Dáta sme zbierali pomocou pološtruktúrovaných otázok. Ako metódu analýzy dát sme zvolili otvorené kódovanie. Výskum bol zameraný na mapovanie reálnej situácie v zabezpečovaní sociálnej práce vo vybraných nemocniciach v SR z pohľadu sociálnych pracovníkov. **Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť, aký je súčasný stav problematiky sociálnej práce v zdravotníctve a zistiť jej prínos pre pacientov.**

Do nášho výskumu sa zapojilo 5 respondentov, sociálnych pracovníkov nemocníc:

Fakultná Nemocnica Nitra - 1 sociálny pracovník

Fakultná Nemocnica Bratislava Ružinov - 2 sociálni pracovníci

Fakultná nemocnica Trnava - 1 sociálny pracovník

Fakultná nemocnica Milosrdní Bratia Bratislava - 1 sociálny pracovník

Informácie z rozhovorov sme zoskupili do piatich tematických kategórií:

1. Náplň práce sociálneho pracovníka v zdravotníctve.

2. Formy intervencie sociálneho pracovníka.
3. Potreba profesionálneho rozvoja sociálnych pracovníkov v zdravotníctve.
4. Bariéry práce sociálneho pracovníka pôsobiaceho v nemocnici.
5. Predstavy a návrhy zlepšenia aktuálnej situácie.

Zistenia

Z poskytnutých odpovedí sme zistili, že nie všetky nemocnice, kde prebiehal výskum, majú vymedzených sociálnych pracovníkov pre jednotlivé nemocničné oddelenia. Naším hlavným cieľom výskumu bolo zistiť, aký je súčasný stav problematiky sociálnej práce v zdravotníctve a odhaliť, aký prínos predstavuje ich práca pre pacientov. Prioritnou náplňou je podľa názoru našich respondentov poskytovanie sociálneho poradenstva, často formou konzultácie a riešenie akútnych sociálnych problémov spojených s ochorením alebo úrazom. V prípade, že je pacient hospitalizovaný dlhodobo, dá sa stanoviť určitý plán, ktorý sa začína pohovorom, stanovením sociálnej diagnózy a následne vytvorením sociálneho plánu, ktorý však musí byť vždy prispôsobený tempu liečby klienta. **Respondenti poukazujú na súčasný trend rýchlej diagnostiky a čo najrýchlejšie prepustenie do domáceho ošetrovania.** Priemerná dĺžka hospitalizácie je osem dní, závisí však aj od konkrétneho oddelenia, priemerná dĺžka hospitalizácie na chirurgickom, či neurologickom oddelení je 21 dní. V minulosti boli klienti s podobnými diagnózami hospitalizovaní dva aj tri mesiace, v súčasnosti sú sociálni pracovníci v časovej tiesni a musia sa prispôsobiť tempu liečby. **V praxi to znamená stanovenie sociálneho plánu, ktorý sa dá rýchlo zrealizovať** a riešenie predovšetkým akútnych a chronických prípadov.

Naše zistenia sme porovnali so situáciou klinickej sociálnej práce v Clevelande. Podľa výsledkov Matulayovej (In Repková, 1999) je hospitalizácia v USA finančne nákladnou záležitosťou, a tak je často veľmi krátka.

Formy intervencie a pomoci sociálneho pracovníka

Dospeli sme k zisteniu, že **sociálni pracovníci sú v úzkom kontakte s lekármi, zúčastňujú sa na vizitách rizikových oddelení**, kde je väčšia pravdepodobnosť výskytu sociálnych problémov u pacientov.

Ide predovšetkým o *detské, novorodenecké, interné a chirurgické oddelenie*.

Základom kvalitnej intervencie je osobná konzultácia s pacientom, dôležité je v rámci sociálnej anamnézy definovať sociálny problém a zistiť pacientovu víziu o možnostiach jeho riešenia. Pracovník na základe klientových predstáv navrhuje možné postupy. V rámci sociálnej intervencie je podstatná aktívna účasť rodiny. Existuje však veľa prípadov, keď rodina nechce riešiť pacientovu sociálnu situáciu a vtedy celú zodpovednosť za klienta preberá sociálny pracovník. ***Najčastejšie problémy pacientov, ktoré im pomáha sociálny pracovník riešiť sú:***

- zabezpečenie starostlivosti o starších ľudí, tvorí celkovo 50 až 60%. Starší človek žije prevažne sám v domácom prostredí, je relatívne sebestačný, pokiaľ nenastane problémová situácia, choroba, či úraz, klient sa stáva nesebestačným, závislým na pomoci blízkych a tu vzniká sociálny problém,
- pri bezdomovcoch sa pracovník snaží vybaviť klientovi doklady, náhradné bývanie, základné ošatenie, riešia však aj ťažké sociálne prípady, ako je zanedbanie starostlivosti, týranie či zneužívanie.

Potreba profesionálneho rozvoja sociálnych pracovníkov

Metodická stránka profesionálneho rozvoja pracovníkov nemocníc prebieha ***predovšetkým formou samovzdelávania***, nemocnice odoberajú aktuálne zbierky zákonov, pracovníci ďalej využívajú internet, v rámci nemocnice organizujú pracovné semináre, kde spolu riešia právne analýzy jednotlivých prípadov, rozoberajú kazuistiky. Aktívne sa zúčastňujú Konferencie zdravotníckych pracovníkov a sociálnych sestier, ktorá sa uskutočňuje každoročne v Trenčíne. Ďalej udržiavajú nepretržité kontakty s ÚPSVaR, mestským úradom, vzájomne si vymieňajú odborné rady a konzultujú situácie svojich klientov. Pracovníkom Trnavskej nemocnice, manažment zabezpečuje možnosť ďalšieho vzdelávania prostredníctvom Slovenskej lekárskej spoločnosti, Sekcie sestier a sociálnych pracovníkov a Regionálnej komory sestier Trnava. ***Sociálni pracovníci si uvedomujú nutnosť neustáleho vzdelávania***, označujú sa za multifunkčné osobnosti, ktoré musia disponovať adekvátnym vzdelaním a musia mať nejaké ***vedomosti z medicíny***, aby si vedeli vytvoriť predstavu o zdravotnom stave pacienta, ***zároveň musí byť sociálny pracovník aj dobrý psychológ***, aby sa vedel priblížiť klientovi a získal si jeho dôveru. K tomu potrebujú aj ***vynikajúce***

komunikačné schopnosti, ale tiež trpezlivosť, empatiu a schopnosť prispôbiť sa jazyku a potrebám pacienta.

Naše výsledky sme podrobili komparácii s personálom nemocnice v Clevelande. Matulayová (In Repková, 1999, s. 53) uvádza, že personál má až na výnimky ukončené úplné vysokoškolské vzdelanie. Zamestnanci sú držiteľmi platnej licencie, vďaka ktorej môžu pracovať ako samostatní sociálni pracovníci. Za mimoriadne dôležité považujú kontinuálne vzdelávanie zamestnancov, čo personál následne podnecuje aj k sebazvdelávaniu.

Bariéry práce sociálneho pracovníka pôsobiaceho v nemocnici

Situácia sociálnych pracovníkov v zdravotníctve je aj naďalej veľmi komplikovaná, ako najčastejšie prekážky vo výkone svojej práce označujú ***nedostatočný počet sociálnych pracovníkov v nemocniciach***, ktoré majú ekonomické problémy a nemajú z čoho financovať pracovníkov sociálneho poradenstva. Ďalšou bariérou je ***málo času na aplikovanie sociálnej intervencie***, treťou najčastejšou bariérou je ***zviazanosť byrokraciou, úradnými postupmi a nedostatočné zabezpečenie sociálnej starostlivosti prostredníctvom zariadení sociálnych služieb, ktoré nedokážu pokryť kapacitu záujemcov***. Tí sú následne nútení využiť služby nemocnice, ako zdravotníckeho zariadenia a čakať na zaradenie do zariadenia sociálnych služieb. Proces umiestnenia do príslušného strediska však vyžaduje určitý postup a predovšetkým mesiace čakania. Ako štvrtú bariéru pracovníci uvádzajú príbuzných klienta. Rodina býva pre väčšinu ľudí oporou a základom, bohužiaľ ***v praxi sa zdravotníci často stretávajú s neochotou postarať sa o svojho člena najmä z dôvodu zlých rodinných väzieb***. Vtedy je intervencia veľmi zložitá, pretože podľa zákona je rodina povinná sa o svojho člena postarať a pracovník nemá právo do týchto väzieb zasahovať, preto je nutné nájsť v komunikácii s rodinou klienta kompromis, alebo riešiť vzniknutú situáciu súdnou cestou. K základným odlišnostiam medzi situáciou u nás a v Ohiu patrí fakt, že v USA sú jednotliví sociálni pracovníci zaradení na oddelenia nemocnice podľa svojej špecializácie, kde pracujú s pacientom od jeho prijatia až do prepustenia. Ďalej ich oddelenia intenzívne spolupracujú s rôznymi inštitúciami a s kolegami z iných pracovísk v rámci spoločných grantových programov a výskumných programov pri poskytovaní pomoci konkrétnym klientom. Naši americkí kolegovia zdôrazňujú význam sociálnej práce s rodinou pacienta. Na Slovensku sa sociálni pracovníci zúčastňujú lekárskej vizity len vo vybraných nemocniciach a ich pozícia

v rámci zdravotného tímu stále nie je taká koherentná ako v iných krajinách. Írsky model je založený na pravidelných tímových stretnutiach celého multidisciplinárneho tímu s pacientom, kde spoločne hodnotia jednotlivé kroky navrhovaného liečebného procesu. Tento postup spolupráce sa vyznačuje vysokou profesionalitou, prehľadnou a jednotnou dokumentáciou pre všetkých členov tímu, kreatívnym prístupom, na druhej strane nevýhodou írského modelu je časová náročnosť, kde postupne hrozí aj strata autonómneho postavenia jednotlivcov (Pinkavová In Macková, 2006).

Predstavy a návrhy zlepšenia aktuálnej situácie

V súčasnej koncepcii zdravotníckych pracovníkov medzi klinickým psychológom, špeciálnym pedagógom, logopédom, biochemikom, či fyzikom pozícia sociálneho pracovníka nefiguruje, takže **je na slobodnej vôli, dobrovoľnosti a ochote manažmentu každej nemocnice, či zaradi sociálneho pracovníka do svojho zdravotníckeho tímu.** Uvažuje sa tiež o zjednotení sociálnych a zdravotných potrieb, a to **vytvorením špecializovaného študijného odboru sociálna práca v zdravotníctve.** Tým by počet sociálnych pracovníkov narástol a ich prácu by už nemuseli v niektorých nemocniciach nahrádzať vrchné a staničné sestry, ktoré na poskytovanie odborného poradenstva nemajú adekvátne vzdelanie, ani čas. Človeka treba vnímať ako bio-psycho-sociálnu jednotu a na základe toho zabezpečiť nielen zdravotnú, ale aj psychologickú a sociálnu starostlivosť. Ďalej by pracovníci navrhovali zriadenie mobilnej jednotky polície, ktorá by urýchlila administratívne a právne úkony. Postavenie sociálneho pracovníka nemocníc v USA je omnoho priaznivejšie. **Profesia sociálneho pracovníka** je tam chápaná ako **dôležitá súčasť komplexnej starostlivosti o človeka, vzájomné prepojenie zdravotných a sociálnych služieb je pre nich samozrejmosťou.** Činnosť oddelenia sociálnej práce je financovaná z rozpočtu nemocnice a grantov, ktoré oddelenia získavajú vlastným úsilím (Matulayová In Repková, 1999, s. 55).

Z výsledkov výskumu ponúkame nasledovné závery:

- zabezpečiť zlepšenie v koordinácii poskytovania, organizovania a najmä financovania sociálnych a zdravotníckych služieb prostredníctvom legislatívneho ukotvenia sociálnej práce,
- zabezpečiť neustále vzdelávanie a zvyšovanie odbornej spôsobilosti formou seminárov, odborných školení, a to nielen v oblasti sociálnej

práce, ale aj vzdelávaním v príbuzných odboroch ako je psychológia, sociológia či základné znalosti z oblasti medicíny,

- považujeme za potrebné rozšíriť sociálnu prácu do všetkých nemocníc a zaradiť odborných poradcov na jednotlivé oddelenia podľa svojej odbornej špecializácie,
- zabezpečiť efektívnejšie fungovanie systému sociálnych zariadení, aby nemocnice z dôvodu nedostatku kapacity miest týchto zariadení neboli nútené prijímať pacientov, ktorí vlastne nepotrebujú odbornú lekársku pomoc, ale opateru na lôžku, kŕmenie a pomoc pri vykonávaní hygieny,
- považujeme za dôležité zlepšiť vzájomnú spoluprácu a prepojenie nemocníc s úradmi, aby sa odstránila nadmerná byrokracia v procese riešenia pacientovej nepriaznivej sociálnej situácie, ktorá ho celý výrazne spomaľuje,
- dostať pravú náplň sociálnej práce v zdravotníctve do povedomia verejnosti prostredníctvom odbornej literatúry a médií.

1.3 Faktory prostredia ovplyvňujúce proces liečby

Prostredie je to, kde sa človek nachádza. Je to všetko to, čo nás obklopuje – fyzické prostredie, kultúrne prostredie, prírodné prostredie a životné prostredie. Ďalej sem patrí prostredie sociálne a duchovné. Termín prostredie sa často používa ako synonymum s termínom okolie, či okolitý svet.

V zdravotníckej terminológii je charakterizované prostredie ako systém vytváraný pre potreby zdravia a podporný systém zameraný na zdravie, služby, ktoré ma pacient k dispozícii a sú efektívne pre zdravie (Mojtová, 2010). Prostredie je súhrn bytostí, podmienok a javov, medzi ktorými jedinec žije. Predstavuje skupinu faktorov, s ktorými je človek v interakcii. Sociálne prostredie predstavuje i výsledky ľudskej aktivity súčasnej i minulej (Strieženeč, 1996).

Za prostredie vo vzťahu k pacientovi môžeme pokladať všetko to, čo bezprostredne pacienta obklopuje a na neho pôsobí a naopak. ***V dôsledku ochorenia sa človek dostáva do interakcie so zdravotníckym zariadením.*** Jedinec príde alebo je privezený (sanitkou) a prichádza do nového, odlišného prostredia, v akom doteraz žil, vstupuje do kontaktu s lekárom, zdravotnými sestrami, ošetrovateľmi, klinickým sociálnym pracovníkom, atď. Hospitalizovaný pacient

prechádza väčšinou na dobu určitú do nemocničnej starostlivosti. Pokiaľ lekár takúto formu liečby nariadi, pacient prechádza do nariadeného režimu, ktorý má predovšetkým zabezpečiť liečbu, skorý návrat zdravia a vrátenie sa do bežného denného života. ***Hospitalizácia predstavuje nielen pre pacienta, ale i pre jeho blízke okolie významnú udalosť a podľa závažnosti ochorenia, dĺžky pobytu i negatívnu záťaž, s ktorou sa pacient i jeho rodina musí vyrovnávať.*** Zdravotnícke prostredie vždy na pacienta vplýva a pôsobí a podľa Špatenkovej (2003) môže byť vplyv *pozitívny* alebo *negatívny*. Klinický sociálny pracovník by sa mal snažiť v tomto špecifickom mikrosystéme zorientovať a tiež si uvedomovať, akým spôsobom zdravotnícke zariadenie na pacienta pôsobí, ako determinuje jeho prežívanie a správanie a tiež by mal vedieť, ako môže napomôcť eliminácii negatívnych vplyvov a naopak posilniť pozitívne vplyvy.

Vonkajšie faktory, ktoré môžu ovplyvňovať proces liečby:

- Prostredie nemocnice.
- Prístup zdravotných a sociálnych pracovníkov.
- Počet pacientov v jednotlivých izbách.
- Závažnosť ochorenia jednotlivých pacientov v spoločnej izbe.
- Spôsob oznamovania diagnózy, prípadne prognózy.
- Omyly počas liečby.
- Vzťahy v multidisciplinárnom tíme (spolupráca, jednotnosť, súhra a pod.).

Pobyt pacienta v nemocnici alebo v inom ústavnom zariadení môže byť komplikovaný okolnosťami, ako napríklad uvádza Špatenková (2003):

- *Anonymita pacienta* – označovanie chorého diagnózou alebo číslom.
- *Nerešpektovanie autonómie pacienta* – vychádzame z predpokladu, že chorý pacient je jedinečná osobnosť, svojprávny jedinec so všetkými právami a slobodami občana, ktoré mu zaručuje ústava, Listina základných práv a slobôd i Práva pacienta.
- *Nerešpektovanie prirodzenej hanblivosti pacienta.*
- *Nepresná, malá alebo žiadna informovanosť pacienta.*
- *Izolácia od bežného sveta.*

- *Nemocničná prevádzka a nemocničné prostredie.*
- *Pobyt medzi ťažko chorými a zomierajúcimi pacientmi* – mnoho pacientov nemá skúsenosť s hospitalizáciou a doposiaľ sa nestretli nikdy tvárou v tvár s ťažko chorým a umierajúcim človekom.

Nemôžeme nespomenúť, že prostredie môžeme chápať i ako **liečebný činiteľ** (*terapia prostredím – milieu therapie*). Vychádza z poznatkov psychoterapeutických smerov o subjektívnom prežívaní choroby a vzťahoch v zariadení. Dôraz sa kladie na to, aby prostredie a terapeutické aktivity pripomínali domáce prostredie a mali dostatok príjemných a podnetných predmetov a pozitívnych pocitov (Sanders, Goldsmith, 1993). **Dôležitým faktorom milieu terapie je vytvorenie pokojného, harmonického prostredia s atmosférou dôvery a vzájomnej podpory.** Sme si však vedomí toho, že v nemocničnom prostredí je niekedy veľmi náročné vyhovieť daným požiadavkám vo vzťahu k počtu personálu, počtu pacientov, danému priestoru a pod.

K ďalším faktorom, ktoré môžu ovplyvniť proces liečby, je **výber vhodných druhov terapií pre pacienta, ako napríklad ergoterapia, arteterapia, aromaterapia, aktívne využívanie voľného času** a pod. Je dôležité snažiť sa udržiavať pacienta v duševnej pohode pravidelnými rozhovormi, vytváraním príjemného sociálneho prostredia pacienta aj personálu a pod.

1.4 Potreby pacienta a jeho motivácia

Každý z nás potrebuje ku svojej existencii zabezpečenie a prítomnosť mnohých potrieb, ktoré pôsobia na vývoj a postavenie každého jednotlivca v spoločnosti. Sú to stavy, **bez ktorých sa nezaobíde žiadna osoba v detskom i dospelom veku.**

Potreby vo všeobecnosti vyjadrujú východiskový motivačný stav, ktorý sa skúsenosťou spredmetňuje, to znamená jednotlivec (dospelý i dieťa) nachádza určitý objekt činností, s ním spája inštrumentálny vzorec správania a dosiahnutím uspokojenia vytvárajú jednotný celok predmetných, dynamických a cyklických aktivít. Potreby sú univerzálne, ale osoba sa s nimi stotožňuje v rámci prostredia, v ktorom žije a pôsobí, ovplyvnené socioekonomickými faktormi, osobnými hodnotami, zdravotným stavom. **Dynamickosť potrieb spôsobuje zmenu kvality a kvality danej potreby, dokážu sa meniť vplyvom rôznych podnetov zvonka, ale aj zvnútra.** Jednotlivci uspokojujú svoje vlastné potreby na základe rôznych priorít, vytvárajú si mechanizmus dôležitosti

uspokojovania potrieb a v nepriaznivých situáciách sa dokážu zriecť určitej potreby v prospech iného jedinca (napr. rodič v prospech dieťaťa). Potreby musia byť vo všeobecnosti uspokojené, ale ich uspokojenie môže byť vplyvom mnohých faktorov (napr. choroby, úrazu) dočasne odložené. **Potrebu možno uspokojiť rôznymi spôsobmi na základe naučených foriem správania, hierarchie hodnôt, kultúrneho vzorca, životných skúseností, zážitkov.** Potrebu u pacienta možno uspokojiť zdravým alebo zdraviu škodlivým spôsobom, to znamená, že za zdravý spôsob pokladáme také uspokojovanie potrieb, ktoré neškodí zdraviu a správne mu vývoju pacienta a je vzhode so sociálno-kultúrnymi hodnotami a neprekračuje medze zákona. Uspokojovanie jednotlivých potrieb musí byť vo vzájomnom vzťahu, jedna potreba ovplyvňuje naplnenie ďalšej potreby. Opakované neuspokojovanie potrieb môže viesť k následnej nerovnováhe, výsledkom ktorej môže byť choroba s následnou dlhodobou hospitalizáciou v zdravotníckom zariadení (Tomagová, Bóriková et al., 2008).

Život človeka môžeme charakterizovať neustálym uspokojovaním rôznych potrieb, ktoré sú nevyhnutné k jeho existencii a socializácii. Potreba je vlastnosť organizmu, ktorá nabáda k vyhľadávaniu určitých podmienok nevyhnutných pre život. Potreby sú výsledkom interakcie medzi organizmom a prostredím. Primárne potreby sú dôležité pre bytie jedinca, sekundárne sa vyvíjajú na základe primárnych, sú veľmi individuálne a robia život príjemnejším a bohatším. Uspokojovanie týchto potrieb vedie k dynamickému procesu, ktorého ovplyvňujú základné faktory (výchova, stav rodiny, vzdelanie), spoločenské faktory (životný štandard, sociálne prostredie) a patologické stavy (bolesť, horúčka, úraz). **Špecifikum potrieb hospitalizovaného pacienta závisí od charakteru choroby alebo od úrazu, od samotného pacienta, jeho blízkych osôb, ale hlavne od sociálneho prostredia z ktorého pacient prichádza do zdravotníckeho zariadenia** (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Veľký význam na priebeh vnímania choroby alebo úrazu hospitalizovaného pacienta v nemocnici zohrávajú **potreby, ktoré vychádzajú z dielne psychológa Abrahama Harolda Maslowa**, ktorý usporiadal ľudské potreby do nasledujúcej hierarchie (In Rosdahl, Kowalski, 2008):

1. *fyziológické potreby* (potreby slúžiace k prežitiu),
2. *potreby bezpečia a istoty*,

3. *potreby lásky a spolupatričnosti* - milovať a byť milovaný, mať pozitívnu citovú odozvu,
4. *potreby úcty a sebaúcty* - kladný vzťah pacienta k sebe a svojmu okoliu,
5. *potreby sebarealizácie* - potreba rozvoja osobnosti pacienta.

Potreby pacienta zohrávajú počas jeho pobytu v nemocnici významné miesto a majú priamy vplyv na priebeh ochorenia i samotnú liečbu. Proces uspokojovania potrieb hospitalizovaného jedinca je pohyblivý proces vytvárania a utvárania potrieb. Ich riešenie a naplnenie ovplyvňuje celý priebeh hospitalizácie a zároveň tvoria významný základ spolupráce zdravotníckych pracovníkov smerom k pacientovi. Podoba plnenia samotných potrieb závisí na charaktere ochorenia, na prístupe pacienta k chorobe a jeho prežívaniu. Sociálne prostredie pacienta, vzťah k sebe samotnému, vzťah k príbuzným a ostatným ľuďom zo svojho okolia, priamo súvisia na samotný pobyt v nemocnici, adaptáciu na klinický obraz choroby alebo úrazu, ich liečbu, ale hlavne na dĺžku samotnej hospitalizácie.

Motivácia pacientov ochorením alebo inou ujmom na zdraví znamená vždy negatívny zásah do osobnosti a motivácie pacienta. Pacient ju hodnotí a prežíva tým horšie (Vymětal, 1999):

- čím nepríjemnejšie bezprostredný subjektívny dopad ochorenie prináša (bolesti, horúčka),
- čím menšia je perspektíva ktorej zmeny k lepšiemu,
- čím je človek bezmocnejším a závislejšim na okolí.

Potreby vplyvom ochorenia alebo úrazu môžeme rozdeliť do troch základných skupín (Bártlová, Matulay, 2009):

- ***potreby, ktoré sa ochorením nemenia*** – potreba vzduchu, výživy, tekutín, odpočinku, spánku, potreba vyprázdňovania, potreba byť čistý, pohodlie, bezpečnosť,
- ***potreby, ktoré sú vplyvom choroby (úrazu) zmenené*** – vo vzťahu k sociálnym potrebám ide hlavne o potreby poznania sveta a seba samého, poznanie situácie, v ktorej sa jedinec vplyvom ochorenia alebo úrazu ocitol, hľadá odpovede na otázky ohľadne priebehu, liečby a času trvania okolností okolo daného stavu, potreba sociálnych stykov, pri ktorých sa pacient dostáva do interakcie s ostatnými pacientmi a so zdravotníkymi

pracovníkmi (lekár, sestra, psychológ, klinický sociálny pracovník), ale i sociálny kontakt k svojej rodine a blízkym,

- **potreby, ktoré vznikli v dôsledku choroby (úrazu)** – ovplyvňujú priebeh liečebného procesu a ich naplnenie je podmienené úlohou vedných disciplín – medicíny, ošetrovateľstva, psychológie, sociálnej práce. Tieto potreby vznikajú zmenou terajšieho stavu, napr. dlhodobou hospitalizáciou, zmenou materiálnych a spoločenských podmienok života, ale i zmenou osobnosti pacienta vplyvom samotného poznávania a skúseností.

Zdravý človek je schopný saturovať svoje základné biologické i vyššie potreby bez pomoci druhých ľudí. Má možnosti i silu dosiahnuť to, o čo sa usiluje alebo znížiť či zvýšiť svoje nároky, ale v každom prípade nie je jeho snaženie obmedzené ochorením. Potreby sa líšia a ľudia volia rôzne stratégie pre ich uspokojovanie.

Podľa Nešporovej (2008) je naplňovanie potrieb nielen fyzickou nutnosťou, ale celkom legitímnou, psychologickou a sociálnou požiadavkou.

Potrebnosť sociálnej služby v zdravotníctve môžeme definovať ako absenciu niečoho, čo je nutné pre uspokojivé fungovanie. Ide tu o potrebu vyvolanú nutnosťou zaistiť fungovanie človeka zo strany jeho okolia.

V klinickej sociálnej práci nemožno nespomenúť, že uspokojovanie potrieb človeka je dôležité už od najútlejšieho veku až do dospelosti. Človek potrebuje zdravotno-sociálnu pomoc, keď nie je naplňovaná, prípadne je narušená niektorá z jeho potrieb. Človek je motivovaný, aby uspokojoval svoje potreby od tých najzákladnejších až po vyššie potreby. ***Uspokojenie vyšších potrieb predpokladá uspokojenie potrieb základných. Uspokojovanie týchto potrieb nie je nemenné, ale mení sa v priebehu života z hľadiska kvantity a kvality, je ovplyvnené sociálne – kultúrnymi podmienkami a ich uspokojovanie je veľmi individuálny proces.***

Motiváciu pre uspokojenie vlastných potrieb môžeme najlepšie pochopiť ako nejakú hnaciu silu urobiť niečo, o čom sa človek domnieva, že to povedie k uspokojeniu danej vlastnej potreby. Teda potreby a motivácia sú vo vzájomnom, interaktívnom vzťahu.

Je dôležité si uvedomiť, že celé naše správanie je motivované. Crabb (1995) tvrdí, že k tomu, aby sme dané správanie mohli pochopiť, je

potrebné vedieť, aká potreba ho motivuje, čo si daný človek myslí, že jeho potrebu uspokojí.

1.4.1 Kvalita života a napĺňanie potrieb pacientov

Najčastejším objektom hodnotenia kvality je individuálny život ľudskeho jednotlivca, osoby. Kvalita života je vysoko subjektívna záležitosť, pre každého človeka znamená niečo iné a je oveľa ťažšie definovateľná ako dĺžka (kvantita) života (Gurková, 2011, Svatošová, 1995, Taylor, 2009, atď').

Podľa WHO je „kvalita života osoby to, ako človek vníma svoje postavenie v živote v kontexte kultúrnych a hodnotových systémov, v ktorých žije a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, životnému štýlu a záujmom (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 102).

Engel, Bergsem (1988 In Křivohlavý, 2002) rozlišujú **tri roviny kvality života:**

1. **Makro-rovina:** ide o otázky kvality života veľkých spoločenských celkov, napr. danej krajiny, či kontinentu.
2. **Mezo-rovina:** ide o otázky kvality života v tzv. malých sociálnych skupinách, napr. v škole, nemocnici, v domove sociálnych služieb a pod.
3. **Osobná (personálna) rovina:** je ňou život jednotlivca, individua, či už je to pacient, lekár a pod. Každý z nás v tejto dimenzii hodnotí kvalitu vlastného života sám.

Starostlivosť o klientov klinických sociálnych pracovníkov je komplexná. V starostlivosti o klienta sa zdôrazňuje holistický prístup k pacientovi, preto je dôležité, aby takúto starostlivosť zabezpečoval multidisciplinárny tím. V takejto situácii sa subjektívna kvalita života stáva určujúcim faktorom napríklad pre voľbu liečby a spôsob starostlivosti o pacienta (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, Džuka, 2002).

Dosiahnutie najlepšej nožnej kvality života je aj primárnym cieľom klinickej sociálnej práce. Kvalita života však pre každého znamená niečo iné a nároky na ňu sa v priebehu života stále menia. Je dôležité zistiť, ako hodnotí svoju kvalitu života pacient, čo si pod ňou predstavuje, aby sme tak mohli plánovať zdravotné a sociálne intervencie.

Fungovanie profesie klinického sociálneho pracovníka vychádza najmä zo sociálnej práce. „Cieľom sociálnej práce je podpora sociálneho fungovania klienta v situácii, kde je takáto potreba buď skupinovo alebo individuálne vnímaná a vyjadrená. Sociálna práca sa profesionálne zaoberá ľudskými vzťahmi v súvislosti s výkonom sociálnych rolí“ (2000 Navrátil In Matoušek, 2007, s. 184).

Podľa americkej Národnej asociácie sociálnych pracovníkov má sociálne fungovanie zahrňovať uspokojovanie potrieb, do ktorých patria (1995 NASW In Matoušek, 2007):

- telesné aspekty (jedlo, prístrešie, zdravotná starostlivosť, bezpečie a pod.),
- osobné naplnenie (vzdelanie, odpočinok, hodnoty, náboženstvo a pod.),
- emocionálne potreby (vzájomná starostlivosť, spoločenstvo a pod.),
- adekvátne sebaopätie (sebadôvera, sebaúcta a osobná identita).

V danej problematike vnímame sociálne fungovanie v rámci paradigmy - „**Sociálna práca ako terapeutická pomoc**“. Za hlavný faktor sociálneho fungovania v danej paradigme je považované duševné zdravie a pohoda človeka. V tomto poňatí je sociálna práca vnímaná ako terapeutická intervencia, ktorá si kladie za cieľ zabezpečiť jednotlivcom, skupinám či komunitám psychosociálnu pohodu (Matoušek, 2007).

Medzi teórie potrieb môžeme zaradiť známu Maslowovu hierarchickú teóriu potrieb, Vroomovú teóriu očakávaní, McClellandovú teóriu získaných potrieb, Murrayho teóriu tvorenú potrebou a tlakom, Frommovu teóriu potrieb, Baumeisterovú teóriu štyroch potrieb, či Coveyovú teóriu. Potreby klienta a ich uspokojovanie sú limitované samotným ochorením a často sa menia.

Teórii potrieb je mnoho. V súvislosti s problematikou kvality života klientov v zdravotníctve sa prikláňame k Baumeisterovej teórii potrieb, ktoré vytvárajú snahu o zmysluplný život a ktorých naplnenie prispieva k prežívaniu života ako zmysluplného. Patrí sem: potreba pociťovania cieľov v živote, potreba kontroly a účinnosti, potreba hodnoty a oprávnenia, potreba vlastnej hodnoty a celková potreba kontroly a kompetencie (Tavel, 2004).

Uspokojenie psychických potrieb je zamerané na odstraňovanie a zmiernovanie bolesti, predchádzanie a zmiernovanie strachu, úzkostí, identifikovanie obáv, neistôt. Uspokojovanie duchovných a spirituálnych

potrieb je zamerané predovšetkým na rešpektovanie náboženskej slobody. Zároveň rešpektujeme a zachovávame ľudskú dôstojnosť. Sociálne potreby sú modifikované a špecifikované (Magurová, Longauerová, Obročníková, 2007).

Tabuľka: Sociálne potreby človeka podľa Křivohlavého (2001):

Sociálne potreby:
Potreba afiliácie – sociálneho kontaktu – styku s druhými ľuďmi
Potreba priateľského vzťahu – mať človeka, ktorému možno dôverovať
Potreba sociálneho pripútania (attachment) – napr. vzťah matky a dieťaťa
Potreba vzájomnosti – byť v niekoho starostlivosti a o niekoho sa starať
Potreba sociálnej komunikácie – s niekým hovoriť, viesť rozhovor, zdieľať, nielen oznamovať
Potreba sociálneho porovnávania (komparácia) – porovnávať seba s druhými ľuďmi
Potreba spolupráce (kooperácia) – prekračovať obmedzené individuálne možnosti
Potreba zaistenia sociálneho bezpečia – proti nežiaducim útokom (agresivite) druhých ľudí
Potreba kladného sociálneho hodnotenia (evalvácia) – potreba uznania vlastnej hodnoty druhými ľuďmi, potreba rešpektu (úcty), sociálneho uznania, pochvaly a pod.
Potreba sociálneho zaradenia a začlenenia – byť prijatý druhými ľuďmi a patriť do určitej sociálnej skupiny
Potreba sociálnej identity – byť „niekým“ v rámci určitej sociálnej skupiny (nebyť „nikým“)
Potreba lásky – byť milovaný, vážený, uznaný ako človek sui generis a potreba niekoho milovať

Subjektívne prežívanie, pohodu a kvalitu života klientov v zariadeniach ovplyvňujú mnohé aspekty. Cínová, Magurová (2008) tieto aspekty rozdeľujú na:

1. Fyzické aspekty ovplyvňujúce pacienta

- Rôzne ťažkosti vyplývajúce z choroby
- Funkčný stav pacienta

- Sebestačnosť a nezávislosť

2. Psychické aspekty ovplyvňujúce pacienta

- Nálada pacienta, pocit viny, znepokojenie, hnev, depresia, žiaľ, zármutok a pod.

3. Sociálne aspekty ovplyvňujúce pacienta

- Medzilidské vzťahy pacienta
- Reintegrácia do normálneho života, orientácia na budúcnosť
- Plnenie bežnej sociálnej roly

4. Duchovné aspekty ovplyvňujúce pacienta

- Zmysel vlastného života
- Potreba lásky, nádeje, schopnosť vyrovnat' sa so súčasnou situáciou.

Je dôležité vedieť odhadnúť i postoje pacienta k chorobe. Od nich primárne závisí, aké potreby daný pacient má. Podľa Bouchala (1981 In Špatenková, 2003) postoj pacienta k chorobe môže byť:

- 1) Normálny, realistický (zodpovedajúci stavu),
- 2) Heroický – správa sa ako hrdina, vôľou potláča bolesť a symptómy,
- 3) Bagatelizujúci – podceňuje závažnosť ochorenia, nemá záujem o liečbu,
- 4) Repudiačný – popieranie choroby, pacient sa nelieči, neberie ochorenie na vedomie,
- 5) Nozofóbny – pacient má prehnaný strach z choroby,
- 6) Hypochondrický – pacient je presvedčený, že jeho choroba je vážna (rakovina, AIDS),
- 7) Nozofilný – pacient chorobu víta za účelom ziskov (nemusí ísť do práce, do školy, všetci sa oňho starajú),
- 8) Účelový – smeruje k získaniu subjektívnych a objektívnych výhod (získanie pozornosti a starostlivosti, sociálnych dávok, invalidného dôchodku). Účelový postoj môže byť vedomý a nevedomý, môže sa vyskytovať pri závažných aj bežných ochoreniach.

1.4.2 Základné vývojové potreby človeka z hľadiska konceptu Pessa-Boyden terapie vo vzťahu ku klinickej sociálnej práci

Pesso-Boyden terapia (Pesso-Boyden System Psychomotor Therapy, označuje sa PBSP) je pôvodná **psychoterapeutická metóda**, ktorej zakladateľom je Albert Pessa a jeho žena Diane Boyden-Pesso na začiatku 60. rokov 20. storočia v USA.

Vývoj PBSP

Albert Pessa a Diana Boyden-Pesso boli na začiatku výbornými špičkovými tanečníkmi a neskôr učili pohyb budúcich hercov, kde kladli veľký dôraz na pohyb a mimiku. Na základe svojich skúseností zachytili súvislosť medzi telom a emóciami, získali skúsenosť s úzkosťami a somatickými ťažkosťami. Zaznamenali, že pri stvárňovaní **pozitívnych emócií** – bol kladný vplyv na psychiku skupiny a pri **negatívnych emóciách** – nastal problém s vyjadrovaním, hercom pomáhala interakcia, lektor preto vytváral „protitvary“.

Neskôr hľadali využitie pre ľudí s problémami práce s psychiatrickými klientmi v Bostone, kde telové emočné cvičenie viedli k zlepšeniu psychiky, držaniu tela a pod. Neskôr to bola práca so somatizujúcimi klientmi. A. Pessa metódu rozvíja dodnes.

Základné východiská a myšlienky konceptu PBSP

Pohľad na základné ľudské potreby v koncepte PBSP je veľmi prehľadný a postihuje celú šírku i hĺbku ľudskej skúsenosti. Ide o užitočný a inšpirujúci koncept pre odborníkov naprieč pomáhajúcimi profesiami – lekári, zdravotnícky personál, sociálni pracovníci, psychológovia, ďalej i učitelia, rodičia a budúci rodičia. Svoje miesto má i pri práci s handicapovanými deťmi i dospelými, s traumatizovanými a s adoptovanými rodinami (Šamánková, 2011).

Koncept základných vývojových potrieb nám môže pomôcť k hlbšiemu porozumeniu potrebám klientov/pacientov, ale i pri zamyslení sa nad našimi potrebami, nielen pri výkone pomáhajúcej profesie, a preto využitie nachádza i v supervíziách a pri predchádzaní syndrómu vyhorenia.

Koncept PBSP predstavuje nádejný pohľad na ľudskú bytosť a život. Pessa (2009) zdôrazňuje, že sa rodíme s kapacitou zažívať šťastie v nedokonalom svete.

Medzi počatím a dosiahnutím generativity sa v PBSP kladie niekoľko vývojových úloh, ktorých naplnenie bytostne očakávame. Uspokojenie základných vývojových potrieb (miesta, výživy, podpory, ochrany, limitov) je prvým z nich. Nasleduje integrácia a zjednotenie polarít, rozvíjanie vedomostí a kultivácia svojej jedinečnosti (Šamánková, 2011).

Práve uspokojovanie potrieb hrá v PBSP významnú rolu. Uspokojované potreby môžu byť:

- Málo → deprivácia
- Primeranie
- Veľa → prebytok

Nie je dôležité čo prežívame, ale ako to prežívame. ***Spôsob uspokojovania potreby sa mení s vekom.***

K naplneniu vývojových potrieb dochádza v troch rovinách (Šamánková, 2011):

- **Doslovná, telesná, konkrétna rovina:** zabezpečovaná najprv maternicou a po narodení rodičmi (prípadne inými najbližšími osobami), ktoré deti počnú, živia, nosia, chránia a limitujú.
- **Symbolická, psychologická, abstraktná rovina:** naplňované rodičmi (prípadne inými najbližšími osobami), ktorí pre nás majú miesto v srdci a myslí, živia naše sebavedomie, povzbudzujú nás v našom úsilí, chránia naše práva a limitujú/definujú naše hranice.
- **Internalizovaná, zvnútornená rovina:** dosiahnutie autonómie – nakoniec sa sami naučíme uspokojovať si vlastné potreby – máme pre seba miesto v našich myšliach a telách, vyživujeme sa, sýtíme sa vlastným úsilím, podporujeme, chránime a limitujeme.

Ochorenie spojené s pobytom v nemocnici znamená záťažovú situáciu takmer pre každého, ktorá môže vyústiť do krízy a v niektorých prípadoch do traumy. Je preto dôležité pri adaptácii na túto záťažovú situáciu dosahovať mieru naplnenia základných potrieb.

1. Potreba miesta

Naplnenie potreby miesta sa týka už veľmi ranného obdobia vývoja – prenatalne obdobie, obdobie pôrodu a približne rok po narodení. Ide o miesto, ktoré nám vytvárajú ostatní a ktoré si vytvárame sami

pre seba a pre ostatných. Človek s takto uspokojenou potrebou sa cíti na svete ako „doma“ a na správnom mieste.

Prvé miesto na zemi je maternica, nasleduje pôrod, ktorého priebeh môže byť pre dieťa formujúca skúsenosť. Existencia miesta má vplyv na pocit v živote, napr. bezdomovci, samovrahovia – majú pocit, že nemajú svoje miesto.

Potreba miesta sa zásadným spôsobom vzťahuje k hospitalizovaným deťom a dospelým, so život ohrozujúcim ochorením, zdravotným postihnutím a pod. Každý človek presunutý do nemocnice opúšťa miesto, kde sa cíti ako doma. Kvôli bolestiam sa nemusí cítiť ako doma vo svojom vlastnom tele. Šamánková (2011) tvrdí, že potreby miesta v nemocnici sa ho priamo dotýkajú a môže ich ovplyvniť:

- Či je hospitalizovanému dieťaťu a dospelému dávané verbálne i neverbálne najavo, že „je na svojom mieste“, „že tam patrí“?
- Ako sa mu vysvetlí a či chápe, kde sa nachádza, „ako to tam chodí“, ako sa na oddelení orientuje?
- Či je mu umožnené, aby si akokoľvek v rámci možností svoje pridelené miesto „zútulnil“ a ako personál rešpektuje miesto pre jeho osobné veci?
- Či je informovaný včas a dostatočne o akomkoľvek premiestnení – či je to už z organizačných dôvodov alebo kvôli liečebnému procesu?
- Pomôže sa pýtať, čo sa dá zmeniť, aby sa chorý pacient na danom mieste cítil lepšie?

Potreba miesta je teda chápaná nielen fyzicky, ale i mentálne, pretože chorý človek chce byť stále v srdci svojich blízkych, prípadne zdravotného personálu (Kveletová, Dlabalová, 2008).

2. Potreba podpory

Prvú skúsenosť máme už v maternici, kde je podpora výživou, nadnášanie vodou a pod. Na symbolickej rovine neskôr rodičia podporujú a povzbudzujú dieťa v jeho snaženiach, pri hľadaní a rozvoji vlastného potenciálu, talentu. Rastúcim vekom je podpora stále viac symbolická (pohl'adom, slovom, postojom a pod.). Človek, ktorý nedostával v detstve podporu od svojich rodičov, môže neskôr trpieť pocitmi neistoty, nerovnováhy, bezmocnosťou, nervozitou a pod., najmä v situáciách

zvýšenej záťaže. Potrebu podpory cítime v tele ako pocit, ktorý nás „drží hore“. Opakom podpory je ponižovanie (šikanovanie, mobbing, bossing).

Človek by sa mal naučiť podporovať seba, poprosiť o podporu a podporovať druhých. Pacienti ležiaci v nemocnici s diagnózou ochorenia prichádzajú o svoje istoty i o bezprostrednú podporu zo svojho okolia. S ochorením prichádza i neistota o budúcnosť, o prácu, bývanie, vzťahy a pod.

S potrebou podpory súvisia nasledujúce body (Šamánková, 2011):

- Ako je zaistená bezpečná stabilná poloha a ako sa o ňu dbá (zaistenie bezpečného pohybu, pomôcok)?
- Či je podporovaná sebestačnosť v najvyššej možnej miere u pacienta?
- Či poskytuje personál podporu na symbolickej rovine – slovom, úsmevom, gestom?
- Je vhodné, aby si nechal pacient podporné predmety z domova (fotky, hračky a pod.).
- Je dôležité rešpektovať potrebu návštev s blízkymi v čo možno najvyššej miere.

3. Potreba starostlivosti, sýtenia, výživy

Prvú skúsenosť máme opäť v maternici a pred narodením prichádza táto potreba automaticky. Po narodení nastáva sýtenie materským mliekom, ale ide i o sýtenie pocitov ako je napr. blízkosť matky. V priebehu doby nastáva sýtenie emočné, kedy sýtené nie je len telo, ale i psychika. Ďalšou formou kŕmenia sú informácie. Ľudia, ktorí v detstve nedostávali dobrú starostlivosť, môžu trpieť pretrvávajúcimi pocitmi vnútornej prázdnoty, nudy.

Pre pacientov nemocnici je dôležitý dostatok informácií o tom, čo ich čaká, čo bude nasledovať po prebudení a pod. Pacient ležiaci dlhšie v nemocnici stráca do určitej miery možnosť sýtiť sa tým, čo ho v živote zaujíma (práca, záľuby a pod.)

S potrebou výživy behom hospitalizácie súvisia (Šamánková, 2011):

- Ako je zaistená starostlivosť o jedlo, pitie a ďalšie fyziologické potreby?
- Ako personál rešpektuje skutočnú potrebu pacienta, ak je to umožnené v rámci organizačného rádu?
- Ako sa rešpektuje a umožňuje dostatočne odpočívať a spať, postarať sa o vlastnú hygienu a ďalšiu starostlivosť o seba?
- Či má hospitalizovaný človek dostatočné množstvo odpovedajúcich podnetov a či sa v rámci oddelenia môže venovať svojim doterajším záujmom (čítanie, počúvanie hudby, písanie)?
- Či má dostatok informácií o zdravotnom stave, jeho vývoji a ďalších plánoch a či cíti z okolia dostatok prejaveneho záujmu?

4. Potreba bezpečia a ochrany

Prvou skúsenosťou je pohyb v maternici, narážanie na stenu – kombinácia skúsenosti neobmedzeného priestoru a limitov. Cieľom rodičov po narodení je nielen chrániť, ale dieťa bezpečne navádzať na čo si má dať pozor. Dieťa je viac ohrozené vtedy, keď sa rodičia snažia o maximálnu ochranu a vedie to k tomu, že si samo nevytvára radar na nebezpečenstvo a tak ďaleko viac ohrozené.

Závažné ochorenie je vnímané ako ohrozenie zdravia alebo života. Chorý človek je bezbrannejší. Zraniteľnejší a závislý na svojom okolí. Často vyžaduje istotu, že je o neho postarané a že je svojim okolím prijímaný i so svojimi deficitmi.

Potreba ochrany pri pobyte v nemocnici súvisí s nasledujúcimi témami (Šamánková, 2011):

- Ako je zaistená bezpečná stabilná poloha a ako sa o ňu dbá?
- Či je podporovaná a rešpektovaná samostatnosť v čo možno najväčšej miere?
- Či dáva ošetrojúci zdravotný a sociálny personál najavo podporu na symbolickej rovine – slovom, úsmevom, gestom?
- Či je potrebné rešpektovať potrebu návštev v čo možno najväčšej miere?

5. Potreba hraníc a limitov

Prvou skúsenosťou je opäť maternica, ktorá limituje priestor a čas, v ktorom plod môže prebývať. Pojem byť limitovaný môžeme tiež chápať ako to, že vieme kto sme a kto nie sme, na čo vieme vplyvať a čo ovplyvniť nevieme.

Chorý pacient tiež potrebuje odhadnúť svoje hranice, čo dokáže zvládnuť vo vzťahu k svojmu zdravotnému stavu, čo vyžaduje, čo ovláda a čo je schopný sa naučiť v danom čase a situácii. Klevetová, Dlabalová (2008) uvádzajú, že pocit spokojnosti môžu pacienti dosiahnuť i vďaka pomôckam, ktoré im pomáhajú kompenzovať ich nedostatky, ale pomôcť môže i nacvičenie nových spôsobov.

Presunutím do nemocnice, prepuknutím ochorenia sa pacient ocitá mimo zabehnutý spôsob života, často v neistote a zmätku, čo bude ďalej.

S potrebou limitov u pacienta súvisia nasledujúce otázky (Šamánková, 2011):

- Či dostatočne rozumie tomu, ako dlho bude ochorenie a pobyt v nemocnici trvať a čo bude obnášať?
- Ako sú dostatočne a predvídateľne naplňované ostatné potreby a ako je tlmená bolesť?
- Či sú rešpektované jeho osobné hranice a dodržiavané pravidlá profesionálnej starostlivosti?

Starat' sa o pacienta znamená mu rozumieť. Rozumieť v tom zmysle, že vieme, **aký význam má konkrétne ochorenie v živote konkrétneho pacienta**. To môže byť veľmi rôzne. Pacient rozhoduje o svojej liečbe práve na základe toho, ako a nakoľko ovplyvňuje konkrétna choroba zmysel a význam jeho života. Pokiaľ lekár nebude vnímať to, že pre každého pacienta choroba znamená niečo iné, môže sa stať, že pacient nebude pochopený, bude vnímať lekárov postup ako taký, ktorý si neprial, a to bude zdrojom konfliktu (Matějek, 2011).

Je dôležité pripomenúť, že **dlhodobé, prípadne trvalé ochorenie pacienta sa dotýka i potrieb rodinných príslušníkov a blízkych priateľov pacienta**. Klinický sociálny pracovník by mal mať na pamäti, že i blízki príbuzní by mali vedieť, kde je vhodné a dobré miesto pre ich chorého, mal by im dať istotu v tom, že dostanú informácie, na ktoré majú právo, že budú vedieť na koho sa môžu obrátiť, že môžu byť podporou pri starostlivosti o blízkeho chorého a pod.

Použitá literatúra k 1. kapitole

BARANCOVÁ, H. a kol. 2008. *Medicínske právo*. Trnava: Typi Universitatis Trnaviensis, 2008, 425 s. ISBN 978-80-8082-178-4.

BÁRTLOVÁ, S. - MATULAY, S. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.

BEDER, J. 2006. *Hospital social work, the interface of medicine and caring*. Nex York: Tylor and Francis group, LLC, 2006. 196 p. ISBN 0-415-95067-8.

BOUCHAL, M. 1981. *Lékařská psychologie*. Praha: Avicenum, 1981, s. 160-162. In ŠPATENKOVÁ, N. 2003. *Problematika zdraví a nemoci*. Olomouc: Univerzita Palackého, 121 s. ISBN 80-244-0648-9.

CRABB, L. 1995. *Osobnost člověka, její potřeby a cesty k jejich naplnění*. Praha: Návrat domů, 1995. 176 s. ISBN 80-7145-146-0.

DÁVIDEKOVÁ, M. 2010. Sociálna opora a sociálne služby v systéme sociálnej ochrany seniorov na Slovensku. In: *Sborník 2.mezinárodnej konferencie - Sociální, ekonomické, právní a bezpečnostní otázky současnosti*. Praha, 2010 . s.70-81 ISBN 978-80-86744-84-1.

DÁVIDEKOVÁ, M. 2010. Transformácia a nová filozofia v poskytovaní sociálnych služieb na Slovensku. In: *Zborník z Medzinárodnej konferencie – Sociálna práca, manažment a ekonómia s reflexiou na sociálne služby*. Dolný Kubín, Inštitút A. Radlinského PF KU, 2010. s. 92-98. ISBN 978-80-8084-621-3.

GLADKIJ, I. 2000. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. 177 s. ISBN 80-244-0176-2.

JUHÁSOVÁ, A. a kol. 2011. *Komparácia sociálnych služieb v Českej republike, v Slovenskej republike a v Talianskej republike*. Nitra: Effeta, 2011. 319 s. ISBN 978-80-89245-23-9.

KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. 1991. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. 128 s.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, J. – CICHÁ, M. – GOLDMANN, R. 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. 189 s. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUTNOHORSKÁ, J. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUZNÍKOVÁ, I. a kol. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

KVELETOVÁ, D. – DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

LISTE, B. 2007. *Schmerz und Palliativ*. Augsburg: Arzneimittel, 2007. 256 s. ISBN 978-3-87360-005-8.

LÍŠKOVÁ, M. 2009. Sociálne a etické problémy v starostlivosti o seniorov. In. *Dni sociálnej práce a InteRRa 8. Sociálna sféra Slovenskej republiky a sociálna práca (Európa, právo a prax) a rómske osobnosti*. I. časť. Nitra: UKF, 2010. s. 158-161. ISBN 978-80-8094-650-0.

LÍŠKOVÁ, M. - VŮRŮSOVÁ, G. 2004. Využitie modelov zdravia vo výchovných a vzdelávacích aktivitách. In. *Výchova k zdraviu a zdravému životnému štýlu 4*. Nitra: UKF, 2004. s. 182 – 185. ISBN 80-8050-739-2.

MACKOVÁ, M. 2006. Multidisciplinárni spolupráce. *Role hospicového sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu: Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-437-2.

MAŘÍČKOVÁ, H. – PETRUSEK, M – VODÁKOVÁ, A. 1996. *Velký sociologický slovník I*. Praha: Karolinikum, 1996. 747 s. ISBN 80-7184-164-1.

MATĚJEK, J. 2011. *Co je nemoc a proč si pacienti na nás pořád stěžují*. *Pediatric pro Praxi* 2011; 12(1): 51–52. ISSN - 1213-0494.

MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O. a kol. 2007. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2007. 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4.

MCGINNIS, J. M. - WILLIAMS-RUSSO, P. - KNICKMAN J. R. 2002. The case for more active policy attention to health promotion, In *Health Affairs*, March-April 2002, 21(2): 78-93.

MLÁDEK, J. a kol. 2006. *Atlas obyvateľstva Slovenska*. Bratislava: Espirit, 2006. 168 s. ISBN 80-223-2190-7.

MOJTOVÁ, M. – GAŽIKOVÁ, E. – GREY, E. 2008: *Vybrané kapitoly z etiky pre študentov zdravotníckych a sociálnych odborov*. Vysoká škola zdravotníctva a soc. práce sv. Alžbety, Bratislava, 2008. 125 s. ISBN 978-80-89271-40-5.

MOJTOVÁ, M. 2008, 2010. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Bratislava, SAP 2008, 2010. 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.

NAVRÁTIL, P. 1998. Sociální práce jako sociální konstrukce. In: *Sociologický časopis*, ročník 34, č. 1/1998, s. 37-50. Sociologický ústav AV ČR ISSN 0038-0288.

PARSONS, T. 1951. *The Social System*. New York: The Free Press, 1951.

PESSO, A. 2010. *Introduction for the Open Workshop in Freiburg 2009* [CD]. Albert Pessa&Diabasis, 2010.

REP KOVÁ a kol. 2010. *Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (1). Neformálna starostlivosť. Kvalita*. Bratislava: IVPR, 2010. 230 s. ISBN 978-80-7138-133-4.

REP KOVÁ a kol. 2011. *Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (3). Správa, riadenie a financovanie*. Bratislava: IVPR, 2011. 230 s. ISBN 978-80-7138-133-4.

REP KOVÁ, K. *Zdravotné postihnutie – obraz z galérie nášho poznania*. Bratislava: Epos 1999. 240 s. ISBN 80-8057-178-3.

SANDERS, J. – GOLDSMITH, J.M. 1993. *Milieu Therapy: Significant Issues and Innovative Applications*. USA: Routledge, 1993. 120 p. ISBN 1-56024-409-7.

SEEDHOUSE, D. 2001. *Health: The Foundations of Achievement*. New York: John Wiley and Sons, 2001. 144 p. ISBN 0-471-49011-3.

STRIEŽENEC, Š. 1996. *Slovník sociálneho pracovníka, 1. vyd.* Trnava: AD, 1996. 255 s. ISBN 80-967589-0-X.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesy*. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠIKLOVÁ, J. 2010. Medailón. In: *Sociální práce/Sociálna práca*. 2/2010, ročník 10, s. 2. ISSN 1213-6204.

ŠPATENKOVÁ, N. 2003. *Problematika zdraví a nemoci*. Olomouc: Univerzita Palackého, 121 s. ISBN 80-244-0648-9.

THOMAS, M. – PIERSON, J. 1995. *Dictionary of Social Work*. Collins Educational, 406 p. ISBN 978-0003223316.

TOMEŠ, I. a kol. 2009. *Sociální správa*. Praha: Portál, 2009. 304 s. ISBN 978-80-7367-483-0.

VAŠINA, B. 1999. *Psychológia zdravia*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravskej univerzity, 1999. 92 s. ISBN 80-7042-546-6.

VURM, V. 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

ZÁKON NR SR č. 272/1994 Z. z. o ochrane zdravia ľudí v znení zákonov č. 222/1996 Z. z., č. 290/1996 Z. z., č. 95/2000 Z. z., č. 470/2000 Z. z., č. 514/2001 Z. z., č. 553/2001 Z. z., č. 245/2003 Z. z., č. 256/2003 Z. z., č. 472/2003 Z. z., č. 578/2003 Z. z., č. 215/2004 Z. z., č. 434/2004 Z. z. a č. 2/2005 Z. z.

2 PRACOVNÁ NÁPLŇ KLINICKÉHO SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA

Sociálna práca v zdravotníctve predstavuje oblasť, kde sa zdravotnícka starostlivosť prelína so sociálnou starostlivosťou, a tým sa stáva súčasťou komplexného liečebného procesu. Dôležitou sa stáva v okamihu, keď vplyvom choroby alebo úrazu vznikajú zmeny, ktoré si samotný pacient a jeho rodina nedokážu sami vyriešiť a daný stav vyžaduje vstup profesionála v podobe klinického sociálneho pracovníka. Každý pacient má právo na dostupnosť sociálnej pomoci pri riešení svojich sociálnych problémov a zdravotnícke zariadenie nesmie neposkytnutím takejto starostlivosti pacienta diskriminovať (Všeobecná deklarácia ľudských práv - čl. 22, 25).

Klinický sociálny pracovník v zdravotníckom zariadení (nemocnice, psychiatrické nemocnice, liečebne pre dlhodobu chorých, hospice) predstavuje významného člena multidisciplinárneho tímu (lekár, sestra, psychológ) a jeho profesionálna činnosť je smerovaná k pacientovi a jeho sociálnemu prostrediu. Táto činnosť je zameraná na svet človeka, ktorý sa vplyvom choroby alebo úrazu ocitol v zdravotníckom zariadení a vyžaduje odborný prístup nielen zdravotníckych pracovníkov, ale aj klinického sociálneho pracovníka.

V praxi sa stretávame s rôznymi pomenovaniami sociálneho pracovníka pôsobiaceho v zdravotníckom zariadení ako sociálny pracovník, klinicko-sociálny pracovník, sociálna sestra, sestra pre sociálnu službu. V súvislosti so zameraním monografie budeme tohto pracovníka nazývať klinickým sociálnym pracovníkom.

2.1 Osobnosť a profesionalita klinického sociálneho pracovníka zdravotníckeho zariadenia

Vplyvom celospoločenských zmien za posledných 20 rokov, ktoré zasiahli do všetkých oblastí života jednotlivcov i skupín, bol zaznamenaný dynamický rozvoj sociálnej práce, a tým aj **vyššie nároky na osobnosť a profesionalitu samotného sociálneho pracovníka a jeho prienik do jednotlivých oblastí spoločenského života**. Rozvoj sociálnej práce prináša nielen možnosť širokého záberu výkonu práce, ale prináša aj podklad úzkej špecializácie sociálneho pracovníka na vybranú skupinu jednotlivcov alebo skupín. Takouto významnou skupinou sa stáva pacient, skupina pacientov a jeho sociálne okolie (rodina, pracovné prostredie), ktorý sa ambulantne alebo v rámci hospitalizácie ocitol v zdravotníckom zariadení a stáva sa predmetom záujmu nielen zdravotníckych pracovníkov (lekár, sestra), ale aj pozornosti samotného

sociálneho pracovníka pôsobiaceho v zdravotníckom zariadení (nemocnice, psychiatrické nemocnice, liečebne pre dlhodobo chorých, hospice).

Sociálny pracovník nesie zodpovednosť za svojich klientov, má prístup k zdravotnej dokumentácii a je nutné aby vždy chránil dôvernosť všetkých informácií, ktoré o klientovi získal. S tým úzko súvisí skutočnosť, že okrem profesionálnych kompetencií získaných prostredníctvom rôznych foriem vzdelávania, sociálny pracovník musí disponovať komplexnou osobnostnou výbavou. ***Osobnosť sociálneho pracovníka sa odvíja od kvalitného vzdelania, komunikačných a iných zručností a schopností, povahových čŕt, hodnôt, ktoré uznáva a vôle na sebe pracovať*** (Mojtová, 2008).

2.1.1 Požiadavky na výkon práce klinického sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení

V sociálnej práci významnú úlohu zohrávajú ***zásady humanistického prístupu ku klientovi*** ako schopnosť empatie, autenticnosť (hodnovernosť), vrelosť a záujem o klienta, ktorý má črty bezpodmienečného prístupu bez ohľadu na to, ako sa klient v danej chvíli cíti. Sociálny pracovník sa zaoberá ***potrebami, hlavne psychickými a sociálnymi***, preto neodmysliteľnou súčasťou práce sociálneho pracovníka smerom ku klientovi tvorí ľudský vzťah a hlavne ***dôvera*** medzi klientom (pacientom) a sociálnym pracovníkom. Dôležitú úlohu tvorí ***vyhradenie hraníc vo vzťahu ku klientovi a následné rozlíšenie toho, čo je záležitosť sociálneho pracovníka a čo zostáva v kompetencii samotného klienta***. Pokiaľ sa táto hranica nedodrží, môže nastať situácia, že sociálny pracovník preberá na seba problémy klienta, a tým naruší pomáhajúci proces (Kopřiva, 1997; Kuzníková et al., 2011).

Povolanie klinického sociálneho pracovníka okrem fyzickej náročnosti nesie so sebou veľkú psychickú záťaž, ktorá vyplýva zo samotnej podstaty profesie tohto pracovníka, ***zo sociálnych interakcií, komunikačných schopností, problémov i etických dilem***, s ktorými sa klinický sociálny pracovník pri svojej pracovnej činnosti denne stretáva.

2.2 Kompetencie a význam klinického sociálneho pracovníka

Už od začiatku formovania sociálnej práce ako profesie je viditeľné úsilie o stanovenie kompetencií sociálnych pracovníkov. Byť kompetentným v sociálnej práci znamená, že sociálny pracovník disponuje určitými právomocami pre konkrétny okruh svojej pôsobnosti. Kompetentne konať znamená konať na základe a v zmysle týchto právomocí, so znalosťou problematiky a so zodpovednosťou za vlastné konanie (Tokárová, 2002).

Hlavným zmyslom sociálnej práce je poskytovanie pomoci pri riešení závažných krízových situácií, problémov a zlyhaní v osobnom živote, v partnerských a rodinných vzťahoch. Významnú úlohu v sociálnej práci predstavuje poradenská činnosť s jednotlivcom a so skupinou a zvýšený dôraz sa kladie na preventívnu činnosť.

Odborná činnosť, zameranie a kompetencie klinického sociálneho pracovníka vychádza zo základného chápania zdravia ako stavu úplnej telesnej a duševnej pohody človeka, v našom ponímaní pacienta. Každá táto zložka zdravia zasahuje do osobného, pracovného a rodinného prostredia jednotlivca. Sociálna práca v zdravotníctve je vnímaná ako pomoc v riešení sociálnych a životných problémov jednotlivcov a jeho blízkych, ktorých aktuálny spoločenský stav bol narušený vplyvom ochorenia alebo úrazu a vyžaduje profesionálny prístup zo strany klinického sociálneho pracovníka.

Z pohľadu praxe **kompetencie klinického sociálneho pracovníka** v hlavnom ponímaní zahŕňajú zisťovanie sociálnej anamnézy hospitalizovaného (ambulantného) pacienta so zameraním na analýzu sociálnej a zdravotnej situácie pacienta v období pred a počas hospitalizácie, prípadne počas ambulantnej návštevy zdravotného zariadenia:

- vyhodnocuje životnú situáciu pacienta na základe rozhovoru s pacientom, rodinnými príslušníkmi pacienta, známymi pacienta, zhodnocuje konzultácie s verejnoprávnymi inštitúciami (klinický sociálny pracovník zastupuje pacienta v prípade potreby na základe písomného splnomocnenia pri rokovaníach s inštitúciami),
- sleduje vývoj hospitalizácie pacienta v zdravotníckom zariadení a vplyv choroby, úrazu na potreby pacienta (pomáha riešiť problémy pacienta prameniace z nepriaznivého zdravotného stavu - problémy sociálnych, ekonomických, psychických, rodinných, spoločenských oblastí života pacienta),

- poskytuje základné a špecializované sociálne poradenstvo (na základe samotnej vyhl'adávačej činnosti klinického sociálneho pracovníka alebo na základe oznámenia ošetrujúceho lekára, sestry alebo iného zdravotníckeho pracovníka poskytuje pacientom a jeho rodinným príslušníkom, známym pacienta odborné rady, usmernenia, diagnostikuje sociálne problémy, plánuje a vykonáva sociálnu intervenciu),
- v spolupráci s pacientom, jeho najbližším okolím a v kontinuite s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi (lekár, sestra, psychológ, liečebný a špeciálny pedagóg, logopéd) vypracováva návrh sociálnej pomoci a intervencií (veľký význam zohráva vyhl'adávanie a kontakt s rodinnými príslušníkmi pacienta, prípadne s osobami, ktoré sú blízke pre pacientovo prirodzené sociálne prostredie),
- vykonáva vyhl'adávaciu, preventívnu a resocializačnú činnosť v oblasti drogovej závislosti, týrania, sexuálneho zneužívania, zanedbávania starostlivosti o deti a dospelých.

Klinický sociálny pracovník do značnej miery podľa Špatenkovej (2003):

- prispieva k humanizácii zdravotníckeho zariadenia, v ktorom pôsobí,
- aktívne sa podieľa na „oživení“ takéhoto zariadenia,
- pomáha pacientovi zorientovať sa v životnej situácii, ktorá môže byť pre neho nová a nezvyčajná,
- pomáha pacientovi zorientovať sa v nemocničnom prostredí a tým aj schopnosť lepšej adaptácie na život v danej inštitúcii,
- vyhl'adáva a poskytuje informácie, ktoré pacient potrebuje,
- motivuje pacientov k tomu, aby sa stali spoluzodpovednými za riešenie svojej životnej situácie,
- snaží sa predchádzať konfliktom a pomáha pri ich riešení,
- poskytuje spätnú väzbu pacientom a ostatným zdravotníckym pracovníkom,
- poskytuje pacientovi sociálnu oporu a porozumenie,
- zapája do otázky starostlivosti rodinu pacienta a iné inštitúcie,

- saturuje psychosociálne potreby a pomáha v udržiavaní sociálnych väzieb pacienta,
- poskytuje poradenstvo,
- snaží sa o zabezpečenie pro-sociálneho prístupu k pacientovi či už zo strany klinického sociálneho pracovníka ako aj zdravotníckeho zariadenia.

2.2.1 Syndróm vyhorenia, práca s ním a jeho prevencia v práci klinického sociálneho pracovníka

Syndróm vyhorenia (Burnout Syndrome) je v princípe stav fyzického, duševného a emocionálneho vyčerpania. Burnout ako prvý popísal okolo roku 1975 americký psychiater Herbert Freudenberger. Definoval ho ako špecifický druh stresu a emocionálnej únavy, totálneho vyčerpania a frustrácie, ku ktorému dochádza v dôsledku nahromadeného množstva povinností, ktoré trvajú dlhodobo, no neprinášajú očakávané výsledky (Mojtová a kol., 2008). Podľa občasnika *Global Occupational Health Network* programu Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) **má syndróm vyhorenia tri atribúty:** emočné vyčerpanie, depersonalizáciu a pocit osobného zlyhania. Najviditeľnejším znakom vyhorenia je práve psychická únava.

V súčasnosti je počet sociálnych pracovníkov v zdravotníctve stále veľmi nízky. Klinický sociálny pracovník má ešte stále mnoho administratívnych pracovných povinností, čo sa môže prejaviť napr. nedostatkom času a priestoru s prácou pacienta v pomere k ich vysokému počtu a nemá kompetenciu pôsobiť na vonkajšiu realitu – potom môžu byť ohrození nebezpečenstvom vyhorenia. Podstatou vzniku vyhorenia je totiž strata motivácie v dôsledku bezmocnosti. Syndróm vyhorenia môžeme definovať ako druh stresu a emocionálnej únavy, frustrácie, vyčerpania, poslania, životného štýlu alebo zamestnanie dotyčného jedinca neprinesie očakávané výsledky. Toto vyčerpanie, pasivita a sklamanie v zmysle burnout syndrómu sa dostavuje ako **reakcia na prevažne pracovný stres v dôsledku nadmerných psychických a emocionálnych nárokov**. Nastáva silný pokles výkonnosti a rôzne psychosomatické ťažkosti (Myron, 2003 In Vodáčková 2007, Kebza, Šolcová, 2003, Kallwass, 2007).

Príčiny a dôsledky syndrómu vyhorenia v zdravotníctve

Syndróm vyhorenia sa neraz prejavuje u pracovníkov v zdravotníctve. Častejší je výskyt na oddeleniach s dlhodobou hospitalizovanými chronicky chorými.

Najrizikovejšou skupinou zostávajú na jednej strane ľudia pracujúci s ľuďmi a na druhej strane manažéri, ľudia, ktorí podávajú kontinuálne vysoký výkon. Nie sú to však ľudia v riadiacich funkciách, pretože vzájomná závislosť je vlastne opačná. **Čím nižšia pozícia, tým väčšia hrozba vyhorenia.** Ľudia, ktorí sú vo vrcholovom manažmente, majú síce veľkú zodpovednosť, ale aj omnoho viac slobody. Platí to napríklad aj v zdravotníctve: „najohrozenejší vyhorením sú sanitári, potom sestričky, až za nimi nasledujú lekári a primári,“ uvádzajú výsledky prieskumov.

Prevenia si vyžaduje poznať príčiny syndrómu vyhorenia a v praxi ich eliminovať. To sa dá dosiahnuť cieľavedomou výchovou v oblasti vedomostnej a duchovnej. Nezanedbateľný je **správny výber pracovníkov, ich rotácia, vytváranie dobrých pracovných podmienok, zázemia v práci a rodine, sociálneho zabezpečenia a možnosti oddychu** (Mojtová a kol., 2008).

Na vzniku syndrómu vyhorenia sa podieľa mnoho faktorov. Mnohokrát je syndróm vyhorenia, najmä ten pracovný, prepájaný s termínom stres. Ako hovorí Lucká, Koblíková (In Vodáčková, 2007), tak stres a vyhorenie nie je to isté a nie je medzi nimi ani fatálna príčinná väzba. Stres totiž môže, ale nemusí do viesť jedinca až k vyhoreniu. Ľudia sú schopní a častokrát i ochotní pracovať v náročných podmienkach a vo vysokom stresovom zaťažení, ak zažívajú, že ich pracovná aktivita má zmysel a že je tak satisfakciou podnecovaná ich energia a motivácia pokračovať. Syndróm vyhorenia sa prejavuje na rôznych úrovniach tendenciou k únikovým mechanizmom.

Syndróm vyhorenia sa prejavuje po psychickej stránke beznádejou, bezmocnosťou, bezvýhodnosťou, sklamaním, skepsou, pocitom straty zmyslu a pod. Opakovaný zážitok bezmocnosti vedúci k vyhoreniu nastáva zvyčajne vtedy, keď sa opakovane dostávame do situácie, kedy nemáme vplyv na to, čo sa okolo nás deje, nikoho nezaujímajú naše potreby, zážitky, naša práca nie je oceňovaná atď. Pocit bezmocnosti vedie k strate motivácie, čoho dôsledkom je zabúdanie úloh, neskoré príchody do práce, vyhýbanie sa poradám – únikové mechanizmy. Neskôr sa pracovník začne obrňovať, nastáva citové otupenie, cynizmus, rutinná práca, neadekvátny čierny humor a pod.

Pracovník pracuje a funguje na režime „prežitia“ – zvládnuť len najnutnejšiu prácu. V prípade, že si pracovník nevšimne túto fázu a pokračuje, ďalšia etapa vedie k somatizácii (napr. bolesti hlavy), ktorej následkom môže byť fyzické zrútenie, depresia, únavový syndróm atď.

K najčastejším faktorom vzniku bezmocnosti v pracovnej sfére patrí (Lucká, Koblir In Vodáčková, 2007):

- Nejasnosť profesionálnej role.
- Nesplniteľnosť pracovných úloh.
- Nezlučiteľnosť pracovných úloh.
- Nadmerné množstvo úloh.
- Neadekvátne finančné ohodnotenie.
- Úlohy presahujúce schopnosti alebo kvalifikáciu pracovníka.
- Kritika a absencia ocenenia.

K najčastejšie vyskytujúcim sa rizikovým faktorom, ktoré môžu viesť k syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov patria: neustály kontakt s ľuďmi a ich problémami, snaha porozumieť a pomôcť, nejasnosť profesionálnej role, nadmerný počet klientov, nedostatok kompetencií, dĺžka vykonávanej praxe v sociálnej oblasti, pôvodne vysoký záujem o druhých, empatia, obetavosť, znížené sebavedomie, absencia ocenenia atď. (Mojtová, 2010).

Na zdroje vyhorenia sa môžeme pozerat' i z uhlu:

- **Organizácie** - klinický sociálny pracovník musí mať vymedzené jasné role a kompetencie, hierarchie a kontakt medzi jednotlivými úrovňami v hierarchii, pocit bezpečia (i z hľadiska pacientov), adekvátnosť záťaž a pod.
- **Osobnosť klinického sociálneho pracovníka** - veľmi dôležitá je sebareflexia, sebakúsenosť, ošetrovanie tráum (aby klinický sociálny pracovník vedel nevstupovať s nimi do kontaktu s pacientom a neriešil ich tam)

Kebza (2005), Křivohlavý (1998), Nešpor, Csémy (2001) a ďalší odborníci uvádzajú možné **intervenčné kroky zo strany organizácií ako primárnu prevenciu vyhorenia pracovníkov**: programy zamerané na osobný rozvoj, analýzu stresových faktorov, programy zamerané na pracovné poradenstvo, efektívna komunikácia, výcvik profesionálnych zručností, tímová spolupráca, zvýšenie podielu pracovníkov na riadení,

jasné pravidlá, vytvorenie vyhovujúceho pracovného prostredia, finančné ohodnotenie, morálne ocenenie, podpora športových, rekreačných a iných aktivít v mimopracovnej dobe umožňujúca aj účasť rodín pracovníkov.

Vyhorenie je proces, kedy môžeme zachytiť jeho prvotné signály a reagovať na ne. ***K vyhoreniu môže viesť i nakladanie neúmerného množstva povinností*** (chyba organizácie, že toto dopustí). Môže pomôcť i menšia zmena (poprosiť o pomoc, iné zameranie, pauza a pod.). Niekedy je ale nutné úplne odísť a načerpať novú chuť k profesii. Z viacerých výskumov vyplýva, že maximálna doba, kedy môže človek zdravo pracovať v náročnej prevádzke je 7 rokov.

V prvej kapitole sme sa venovali Pessu-Boyden vývojovým potrebám vo vzťahu ku klinickej sociálnej práci. Túto typológiu vývojových potrieb môžeme použiť ako jeden z návodov na postup, ako sa chrániť proti vyhoreniu na pracovisku.

- 1. Uspokojovanie potreby miesta** – klinický sociálny pracovník má mať svoje pracovné miesto, ktoré podporuje jeho osobnú identitu, svoje predmety, mať svojich blízkych ľudí okolo seba (odporúča sa mať aspoň dvoch, za ktorými môže ísť, ktorí sa o neho zaujímajú), dôležitá je atmosféra na pracovisku (mať možnosť sa najesť, osprchovať a pod.). Lucká, Kobrle (In Vodáčková, 2007) odporúčajú rýchle antistresové a dychové cvičenia, ktoré vyrovnávajú dych a znižujú napätie. Na uvoľnenie blokov je ideálna práca s telom a masáže.
- 2. Uspokojovanie potreby podpory** – je dôležité, aby sa mal klinický sociálny pracovník o čo oprieť, aby mal zdroje čerpania podpory. Môžeme tam zaradiť kvalitné supervízie, dobré vzťahy, pravidlá, hranice a pod. Zaraďujeme tu i možnosti ďalšieho sebarozvíjania, ako napr. obohacujúce výcviky, účasť na vedeckých konferenciách, výmenné stáže, zdieľanie nových poznatkov a pod.
- 3. Uspokojovanie potreby starostlivosti, sýtenia, výživy** – klinický sociálny pracovník má mať prestávky na jedlo, pravidlá psychohygieny, primeraný odpočinok. Dôležitý je pocit, že sa vyvíja dobrým smerom, ktorý mu sedí (venovať sa tomu, čo ho baví), mať možnosť sebarozvoja a vnímania vlastnej práce ako dôležitej. Lucká, Kobrle (In Vodáčková, 2007) odporúčajú, aby si pracovník hľadal najpríjemnejšie formy starostlivosti – plávanie, relaxačné techniky, jóga a pod. Sýtiť sa výživnými podnetmi a vzťahmi, pestovať záľuby

a starať sa o ekológiu duše, čo je dôležitá súčasť starostlivosti o duševné zdravie.

4. **Uspokojovanie potreby bezpečia a ochrany** – ide o možné ohrozenia, bezpečnosť na pracovisku, učiť sa rozlišovať, čo je bezpečné pre klinického sociálneho pracovníka a pre pacienta a čo je už riskantné, naučiť sa odstraňovať podnety, ktoré ohrozujú a pod.
5. **Uspokojovanie potreby hraníc a limitov** – či existuje vymedzenie limitov svojej práce a práce ostatných, či existujú hranice práce a odpočinku, učiť sa ukončovať prácu s pacientom, byť si vedomý hraníc práce a vlastného života a pod.

Prevenca syndrómu vyhorenia je veľmi dôležitá, zvlášť u pomáhajúcich pracovníkov. Je potrebné rešpektovať svoje vlastné potreby. Predísť syndrómu vyhorenia predpokladá, že klinický sociálny pracovník bude mať zmysluplnosť vo svojej pracovnej činnosti, získanú a prevzatú profesionálnu autonómiu a oporu, prirodzený vzťah k práci a ďalším životným aktivitám.

2.3 **Legislatívne postavenie klinického sociálneho pracovníka v zdravotníctve**

Klinický sociálny pracovník zohráva významnú úlohu v procese samotnej liečby, ale hlavne v otázke zabezpečenia následnej starostlivosti po ukončení príčiny ústavnej zdravotnej starostlivosti (otázka manažmentu opatrovateľskej a ošetrovateľskej starostlivosti, dohľad, sociálne služby, ochrana zdravia a života). V súčasnej dobe sa v spoločnosti stretávame s profesionálnymi sociálnymi pracovníkmi, ktorí pôsobia v rôznych oblastiach spoločenského života a vykonávajú odbornú činnosť na základe stanovených právnych noriem. Zdravotníctvo predstavuje veľmi významnú oblasť, kde sociálna práca nachádza svoje uplatnenie a má nezastupiteľné miesto pri komplexnom prístupe k pacientovi.

Je dôležité pripomenúť si **aktuálne právne predpisy, ktoré sa dotýkajú oblasti zdravotníctva a sociálnej práce**. Medzi najdôležitejšie právne normy v zdravotníctve v súčasnosti patria:

- Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov,

- Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
- Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
- Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Napriek stanoveným legislatívnym podmienkam zdravotnej starostlivosti o ľudí, ***ani jedna spomínaná právna norma nedefinuje otázku riešenia sociálnych dôsledkov choroby alebo úrazu profesionálnymi klinickými sociálnymi pracovníkmi.*** Sociálna práca s pacientom sa vo všeobecnosti vykonáva v súlade so zdravotníckymi a legislatívnymi normami, ale aj v rámci Koncepcie sociálnej služby (Vestník Ministerstva zdravotníctva SSR č. 13-14/1984 a Metodické opatrenia č. 16/1984). Táto koncepcia, ktorá má viac ako 25 rokov, doposiaľ nebola zrušená ani nahradená novým právnym predpisom, definuje postavenie a zameranie sociálnej služby v zdravotníckych zariadeniach v podobe prítomnosti predstaviteľa tejto služby, a to sociálnej sestry alebo sestry pre sociálnu službu. Po roku 1989 nastali v oblasti sociálnej služby o pacientov radikálne zmeny, postupne sa znižoval počet sociálnych pracovníkov v jednotlivých zariadeniach až do takej miery, že sa postupne táto pracovná pozícia rušila, prípadne po odchode týchto zamestnancov do dôchodku už nenahrádzovala novým zamestnancom a sociálna služba ukončila v mnohých zariadeniach svoju činnosť. Príčinou tohto stavu je právne nezadefinovanie sociálnej starostlivosti o pacienta a jeho okolie profesionálnymi sociálnymi pracovníkmi (klinickými sociálnymi pracovníkmi). Sociálny pracovník sa spomína len vo vyššie spomínanom dokumente z roku 1984 (ako sociálna sestra alebo sestra pre sociálnu službu), zadaná je ešte v Koncepcii Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti a v Koncepcii odboru psychiatria. Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 14. decembra 2012 č. 09780-OL-2012, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie

a materiálne – technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov uverejnený vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky čiastka 39 – 60 zo dňa 27. decembra 2012, ktorá nadobudla účinnosť 30. decembra 2012 a kde v Prílohe č. 2 druhá časť „Minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie ústavných zariadení Spoločné ustanovenia k minimálnym požiadavkám na personálne zabezpečenie ústavných zariadení sa dopĺňa štvrtým bodom, ktorý znie:

„Ak ústavné zdravotnícke zariadenie poskytuje zdravotnú starostlivosť na oddelení pediatrickom, geriatrickom, doliečovacom, psychiatrickom, medicíny drogových závislostí, gynekológie a pôrodníctva alebo dlhodobo chorých, musí mať v pracovnoprávnom vzťahu sociálneho pracovníka na podporu zmiernenia alebo odstraňovania sociálnych dôsledkov zdravotnej situácie pacienta v súvislosti s hospitalizáciou a prepustením.“

Uvedený výnos MZ SR po prijatí reformných zdravotníckych zákonov v roku 2004, implementuje sociálneho pracovníka do ústavnej zdravotnej starostlivosti.

V súčasnosti výkon samotnej profesie klinického sociálneho pracovníka je ovplyvnená nasledujúcimi charakteristikami:

- profesijná tradícia – pozícia sociálnej sestry a sestry pre sociálnu službu v historickom kontexte v období rokov 1919 – 1951, opätovný rozvoj danej profesie po roku 1956, prijatie koncepcie sociálnej služby v zdravotníctve v roku 1984, zavedenie pomaturitného špecializovaného štúdia (od roku 1967), existencia stavovskej organizácie – Sekcia sociálnych sestier pri Slovenskej lekárskej spoločnosti (v súčasnosti pod názvom Sekcia sociálnych sestier a pracovníkov Slovenskej spoločnosti sestier, organizačnej zložky Slovenskej lekárskej spoločnosti),
- prekážky k uplatneniu absolventov študijného odboru sociálna práca v rezorte zdravotníctva – nedoriešené legislatívne, personálne, ekonomické a kompetenčné otázky,
- chýbajúce legislatívne ukotvenie profesie klinického sociálneho pracovníka, ich profesionálna prítomnosť v zdravotníckom zariadení je v súčasnosti na rozhodnutí manažmentov týchto zariadení, chýba právny základ pre výkon danej profesie hlavne v právnej norme zaoberajúcej sa poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (Zákon č. 578/2004 Z. z.),

- nedostatočné vnímanie profesie klinického sociálneho pracovníka ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu – nedostatočné alebo zlé vnímanie pracovnej pozície a odborných kompetencií klinického sociálneho pracovníka v nemocnici inými zdravotníckymi pracovníkmi a laickou verejnosťou,
- výkon samotnej práce pod tlakom – výkon sociálnej práce v nemocnici je charakterizovaný aj schopnosťou klinického sociálneho pracovníka odolávať tlakom z mnohých strán – lekár očakáva od klinického sociálneho pracovníka rýchle vyriešenie a prepustenie rizikového pacienta do domáceho prostredia alebo do zariadenia zabezpečujúceho sociálnu, prípadne následnú zdravotnú starostlivosť; tlak zo strany rodiny pacienta – rodina nechce, nemôže, nevie sa postarať o svojho príbuzného; nedostatok voľných miest v zariadeniach zabezpečujúcich následnú zdravotnú a sociálnu starostlivosť, pacientovi chýba možnosť voľby výberu služby, je mnohokrát vystavený už hotovej veci,
- finančná neziskovosť profesie pre zdravotnícke zariadenie – klinickí sociálni pracovníci na rozdiel od zdravotných výkonov svojej služby nemôžu vykazovať ako činnosti, ktoré sú uhrádzané zdravotnými poisťovňami, ale na druhej strane nepriamo napomáhajú k zlepšeniu ekonomických ukazovateľov jednotlivých pracovísk nemocníc, a to aktívnym, humánnym, rýchlym a kvalitným poskytovaním svojich služieb rizikovému klientovi s cieľom adekvátneho riešenia pacientových problémov, znížením dĺžky pobytu takéhoto pacienta v zdravotníckom zariadení, a tým neblokováním nemocničného lôžka z dôvodu sociálnych problémov pacienta.

Pre doriešenie právneho postavenia klinického sociálneho pracovníka je nutné formulovať právne začlenenie pracovnej pozície klinický sociálny pracovník (sociálny pracovník v zdravotníctve) do kategórie iných zdravotníckych pracovníkov s vysokoškolským vzdelaním novelizáciou zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a taktiež legislatívne zadefinovať sociálnu starostlivosť o pacienta ako súčasť multidisciplinárneho prístupu k chorému alebo ranenému pacientovi a ich dôsledkami na sociálne prostredie.

V súčasnosti v zdravotníckych zariadeniach je prítomnosť klinického sociálneho pracovníka podmienená kladným rozhodnutím manažmentu o vytvorení danej pracovnej pozície, v mnohých prípadoch je však profesijne zaradený ako technicko-hospodársky pracovník alebo je vedený v pracovnej kategórii ako sestra.

Klinický sociálny pracovník má v zdravotníckych zariadeniach nepochybne svoje nezastupiteľné miesto.

Z vlastných skúseností v zdravotníckych zariadeniach v zahraničí vieme, akú dôležitú úlohu plnia v multidisciplinárnom tíme práve klinickí sociálni pracovníci. Najlepší model je taký, v ktorom na každej klinike (gynekologicko-pôrodnica, pediatrika, psychiatrická, interná, onkologická, geriatrická, neurologická, chirurgická atď.) pôsobí klinický sociálny pracovník. Rieši špecifické úlohy podľa typu oddelenia, diagnóz, počtu pacientov atď. Majú najkomplexnejší prehľad o pacientoch, ich zdravotných (diagnóza, terapia, prognóza, kompenzačné pomôcky), psychických, rodinných, sociálnych, ekonomických, pracovných problémoch. Spolupracujú s tímom odborníkov nielen v rámci zdravotníckeho zariadenia, ale aj s profesionálnymi interdisciplinárnymi inštitúciami.

Nepriaznivý pre klinických sociálnych pracovníkov je fakt, že pozícia sociálneho pracovníka doteraz nemá vytvorený právny status, chýba presné vymedzenie kompetencií sociálnych pracovníkov v zdravotníckych zariadeniach a nie sú pre nich vytvorené miesta s príslušným platovým zaradením.

2.4 Pacient klinického sociálneho pracovníka

Klinický sociálny pracovník je pomocník lekára, dopĺňa jeho medicínsku funkciu pri terapii o psychologický a sociálny rozmer. Pacient sa v zdravotníckom zariadení najskôr stretáva s diagnostikou, následne má stanovenú liečbu. V poslednom období významnú úlohu v starostlivosti o pacienta zohráva aj **sociálna pomoc a poradenstvo**, ktoré tvoria významnú súčasť multidisciplinárneho prístupu k pacientovi a jeho okoliu, čím nepriamo tvoria odbornú podporu pacienta pri jeho liečbe.

Náplň práce klinického sociálneho pracovníka je nasmerovaný k poskytovaniu služieb pacientom, ktorí potrebujú pomoc pri rôznych druhoch ochorenia, úrazov alebo pomoc ich blízkym. **Obsah práce je orientovaný podľa špecifických problémov, ako sú sociálno-právne poradenstvo prvého kontaktu, analýza sociálnej situácie, sociálna prevencia, sociálna diagnostika a prognóza a samotná sociálna intervencia.** Činnosť sociálneho pracovníka má veľký význam aj z hľadiska preventívnych opatrení, ktorej výsledkom je zamedzenie prehlbovania zdravotných problémov ľudí.

Objektom záujmu klinického sociálneho pracovníka je pacient a jeho sociálne a rodinné prostredie. Pacient je osoba, ktorá navštívila ambulantly alebo v rámci hospitalizácie zdravotnícke zariadenie za účelom diagnostiky zdravotných problémov, zahájenia a nastavenia liečby. Dôvodom tohto pobytu je medicínske riešenie zdravotného stavu s cieľom najrýchlejšieho možného návratu do pôvodného sociálneho prostredia, z ktorého prišiel do nemocničného prostredia za podmienky riadenia sa lekáorskými a sesternskými odporúčaniami a za predpokladu prítomnosti primeraných životných podmienok pre doliečenie v danom prostredí. Ak nastanú pochybnosti o sociálnom prostredí pacienta alebo ak aj samotný pacient signalizuje okrem zdravotných ťažkostí aj sociálne problémy týkajúce sa jeho osoby, rodiny a komunity, daný pacient sa stáva klientom klinického sociálneho pracovníka. Klientom klinického sociálneho pracovníka sa stáva v okamihu, keď zdravotný stav neumožňuje človeku plnohodnotne fungovať v spoločnosti (rodina, práca, širšie sociálne okolie, kultúra) alebo je jeho fungovanie podmienené používaním kompenzačných pomôcok alebo sociálnych služieb a stáva sa nielen pacientom zdravotníckeho zariadenia, ale aj klientom sociálnej práce.

Pacientov klinického sociálneho pracovníka z hľadiska praxe môžeme deliť podľa nasledovných hľadísk:

1. pacienti klinického sociálneho pracovníka z hľadiska veku:

- novorodenci,
- detskí pacienti,
- mladiství pacienti,
- dospelí pacienti v produktívnom veku,
- pacienti – seniari.

2. pacienti klinického sociálneho pracovníka z aspektu sociálneho prostredia:

- pacienti zo stabilného sociálneho prostredia,
- pacienti z rizikového sociálneho prostredia.

3. pacienti klinického sociálneho pracovníka z hľadiska typu ochorenia:

- akútne chorí pacienti,
- chronicky chorí pacienti.

4. pacienti klinického sociálneho pracovníka z hľadiska častosti hospitalizácie:

- prvýkrát hospitalizovaní pacienti,
- opakovane hospitalizovaní pacienti.

5. pacienti klinického sociálneho pracovníka z hľadiska postoja k sociálnej pomoci:

- spolupracujúci pacienti,
- nespôlpracujúci pacienti,
- odmietaví pacienti,
- pacienti zbavení spôsobilosti na právne úkony a zastupovaní druhou osobou (spolupracujúcou alebo s odmietavým postojom).

6. pacienti klinického sociálneho pracovníka z hľadiska bližšej špecifikácie:

- pacienti – seniori so zníženou schopnosťou samostatne fungovať,
- onkologickí pacienti,
- detskí pacienti,
- ťažko chorí pacienti v terminálnom štádiu ochorenia,
- pacienti po ťažkom úraze,
- pacienti zo zdravotne ťažkým postihnutím,
- pacienti gynekologicko-pôrodnického oddelenia,
- pacienti s duševným ochorením,
- pacienti závislí na návykových látkach,
- pacienti – bezdomovci,
- pacienti – osamelo žijúci jedinci,
- pacienti po úmrtí.

2.5 Komunikácia s pacientom

Komunikácia je v každodennom živote úplne samozrejماً a nevyhnutná. V pomáhajúcich profesiách, resp. pri práci s ľuďmi je nesmierne dôležitá. Väčšina zdravotníkov umenie komunikácie podceňuje, resp. si myslí, že vie komunikovať s pacientom. Výsledky rôznych výskumov však hovoria o opaku. Pacienti zdravotníkom vyčítajú nielen **neochotu, ale aj neschopnosť správnej komunikácie s nimi. Medzi ďalšie chyby zdravotníkov patria: ponížujúce zaobchádzanie, nezájum, oznamovanie dôverných informácií v prítomnosti ďalších osôb, v nevyhovujúcich podmienkach (na chodbe, pri výťahu, medzi dverami ambulancie...), neprofesionálny prístup.** V súvislosti s lekármi sa pacienti sťažujú, že čakajú dlho v čakárňach a keď sa dostanú na rad, lekár sa v mnohých prípadoch na nich ani nepozrie, predpíše recept a vypoklonkuje pacienta do dvoch minút bez toho, že by mu oznámil diagnózu a už vôbec nie ďalšie, pre pacienta dôležité informácie.

V roku 2004 Inštitút zdravotnej politiky a ekonomiky ČR urobil zaujímavý výskum vzťahu pacientov k nemocničným, praktickým a ambulantným lekárom. Za najčastejší nedostatok uvádzali komunikáciu. Pacienti ju hodnotili prívlastkami **zlá, nedostatočná, hrubá, zľahčujúca, neprimeraná situácii či pacientovi.** Pacienti očakávajú otvorený a rovnocenný dialóg, to, aby im lekári hovorili pravdu im zrozumiteľným jazykom, aby dostali dostatočné množstvo informácií, a to nielen o svojom aktuálnom stave, o chorobe a o priebehu ich liečby, ale aj o prevencii, či o zdravom životnom štýle. Lekári sa kritike bránia odkazom na veľký počet pacientov, teda na nedostatok času stanoveného na jednu návštevu, čo je v priemere 5 až 10 minút. Poistovne ich však ženú do zjavného rozporu so zásadami správnej komunikácie aj lekárskej etiky (Klusáková, 2004).

Nagyová, Krčméry a Špánik (1999) tiež vo svojej malej štúdií poukazujú na nevyhnutnosť komunikácie s pacientom. V tomto prípade išlo o zisťovanie spokojnosti 138 onkologických pacientov hospitalizovaných v Onkologickom ústave s komunikáciou so zdravotníkmi. Z celkového počtu len 40% pacientov bolo informovaných o nežiaducich účinkoch chemoterapie, len 20% dostalo informáciu o prognóze ochorenia a cca 10% nedostalo žiadne informácie. Napriek tomu, až 80% požadovalo kompletne informácie o chorobe, vrátane diagnózy, prognózy, liečebných alternatív a nežiaducich účinkoch. Aj tento miniprieskum poukazuje na to, aká je komunikácia medzi pacientom a zdravotníkom dôležitá.

Poznáme dva typy komunikácie - **verbálnu (slovnú) a neverbálnu (reč tela).** Medzi formy neverbálnej komunikácie

patria: mimika – komunikácia pomocou výrazu tváre, haptika – pomocou dotykov, proxemika – vzdialenosť, kinetika – pohyb, gestá, úprava zovňajšku. Neverbálna komunikácia vždy zanechá hlbší dojem, resp. človek ju považuje za pravdivejšiu než verbálne vyriešené vety. Miera spokojnosti pacienta závisí práve od verbálnej a neverbálnej komunikácie so zdravotníkom, ale aj kvality poskytnutých služieb. Nenadarmo sa traduje, že dobre spracovanou anamnézou máme polovicu problému vyriešenú. **Zdravotník s dobrými komunikačnými zručnosťami si získa dôveru pacienta**, ktorý mu prezradí podstatné a možno aj menej podstatné informácie o svojich problémoch a zároveň bude spokojný, že si naňho konečne niekto kompetentný našiel čas. Mali by sme si uvedomiť, že komunikácia so zdravotníkom, resp. klinickým sociálnym pracovníkom začína v okamihu otvorenia dverí do miestnosti. Stáva sa, že pacienti majú o lekárovi, resp. zdravotníkovi informácie ešte skôr než ho navštívia. Na základe vlastných skúseností či počutých informácií prichádzajú s dôverou alebo nedôverou, so svojimi predstavami, nádejami, obavami a očakávaním, čo bude ďalej, keďže sa dostali do pre nich novej, nepríjemnej, problémovej situácie, ktorú potrebujú vyriešiť. Efektívne vyriešenie problémov vyžaduje úzku spoluprácu medzi pacientom a klinickým sociálnym pracovníkom, a to nie je možné bez **vzájomnej dôvery a kvalitnej komunikácie**.

Jednou z najdôležitejších komunikačných zručností je **aktívne počúvanie**. Tvorí najdôležitejšiu súčasť rozhovoru. Ide v ňom nielen o to, že počúvame, ale tiež o to, že chápeme, rozumieme. To znamená schopnosť zdravotníka správne interpretovať, čo sa v komunikácii dozvedá. Křivohlavý (1993) veľmi dobre poznamenal, že **počúvame troma spôsobmi: ušami** (počujeme vypovedané, tón hlasu, intonáciu...), **očami** (vidíme tvár, gestá, pohyby hovoriaceho) a **srdcom** (schopnosť zapojiť emócie).

2.5.1 Kritériá úspešnej komunikácie

V zdravotníckom zariadení sa stretávame s rôznymi skupinami pacientov. Každý má svoje špecifické potreby, na ktoré treba pamätať počas komunikácie. Spôsob komunikácie prispôbujeme podľa typu pacienta, s ktorým hovoríme: **detský pacient, geriatrický pacient, psychiatrický pacient, pacient s rôznym typom postihnutia (s poruchou sluchu, zraku, reči, pohybového aparátu), pacient hovoriaci cudzím jazykom, nevyliciteľne chorý pacient, zomierajúci pacient**. Základným pravidlom je používať bežné slová, nie odborné termíny, vyjadrovať sa jednoducho, jasne, zrozumiteľne, s ohľadom

na vek, psychickú a intelektuálnu zrelosť. Dôležité je vnímať pacienta ako človeka so svojou jedinečnou výbavou a svojimi špecifickými problémami. Nemali by sme mentorovať, prikazovať ani sa chovať paternalisticky. Vždy musíme dať pacientovi priestor na vyjadrenie, neskáčeme mu do reči. Hovoríme pokojným hlasom, pomaly, aby nám mohol správne porozumieť. Ak nám pacient nerozumie, zopakujeme mu podstatné informácie opakovane. Hovoríme vždy pravdu.

V prípade, že sa pacient hanbí alebo ostýcha niečo spýtať, posmeľujeme ho napr. **používaním rôznych techník** (Křivohlavý, 1993):

1. **Rezonancia** – druh spätnej väzby, kedy zopakujeme, čo pacient povedal. Dávame tým najavo, že ho vnímame a rozumieme významu toho, čo hovorí.
2. **Reflexia (zrkadlenie)** – odozva, je to pokus pochopiť širší myšlienkový celok a formulovať ho vlastnými slovami. Princíp je v tom, že nevkladáme vlastné predstavy o pocitoch druhého.
3. **Sumarizácia** – je to poskytnutie celkového prehľadu rozhovoru, vyjadríme sa k tomu, čo podstatné sme z celého obsahu vypočutého vyzoomeli.
4. **Povzbudzovanie** – povzbudiť pacienta, aby v komunikácii pokračoval.
5. **Empatia** – súcitenie, je vedomý príklon k druhému človeku a jeho citovému stavu. V zdravotníctve sa často stretávame s bolesťou a strachom. Nemôžeme síce vedieť, ako veľmi pacienta niečo bolí alebo akým spôsobom svoje ochorenie prežíva, je však dôležité, aby cítil, že sme s ním. Je absolútne neprípustné prežívanie druhých v záťažových situáciách zľahčovať.

Pacienti s poruchami sluchu

Nepočujúci inak myslia, rodná reč im je absolútne cudzia. Nerozumejú bežnej slovnej zásobe, nepoznajú synonymá, nie to ešte odbornú terminológiu. **Znaková reč** je súborom manuálnych pohybov v definovanom priestore, v ktorom sa nepočujúci zorientuje tak dobre ako počujúci v spleti zvukov. Niektorí dokážu odzerať z pier. Na začiatku komunikácie musíme nadviazať obojstranný zrakový kontakt. Dotyk je prípustný v hornej časti paže, na predlaktí alebo ramene, len zľahka. Nedotýkame sa zozadu, aby sa nezľakol. V komunikácii s pacientom s poruchou sluchu je dôležité, aby dobre videl našu osvetlenú tvár. Pozor na ruku pred ústami, rúško na tvári, otáčanie hlavou atď. Používať by sme

mali len jednoduché a krátke vety. Dôsledne artikulovať. V prípade, že má tľmočníka, hovoriť na pacienta a nie na ostatných. Dôležité informácie je dobré napísať na papier.

Pacienti s poruchami zraku

V prípade, že chýba zrak, o to dôležitejší je sluch – **hlas**. Nevidiaci veľmi citlivo rozlišujú intonáciu, počujú v nej takmer každé pohnutie vašej mysle. Takisto hmat (podanie ruky, dotyk) nahrádzajú nevidiacim očný kontakt.

To, čo pre vidiacich znamená vizuálny kontakt pre čaro prvého dojmu, to je hlas so všetkým, čo sa z neho vôbec dá „vyčítať“, pre nevidiaceho. To je len malý dodatok k zamysleniu. Tvár si môžeme nalíčiť a prezentovať vonkajšie prednosti, ale hlas prezrádza vnútro človeka. ***Nevidiaci pacient prežíva hlas prvé minúty stretnutia s lekárom, sestrou, či sociálnym pracovníkom ako najdôležitejšiu chvíľu na vytvorenie budúceho vzťahu dôvery*** (Linhartová, 2007).

2.5.2 Zásady dobrej komunikácie

V sociálnej oblasti je pojem pacient nahradený pojmom klient. Klient je ten, kto stanoví dopyt a prijíma ponuku sociálneho pracovníka. Venglářová – Mahrová (2006) sa vo svojej publikácii zameriavajú aj na komunikáciu s pacientom so sociálnymi problémami. My sme kritériá dobrého rozhovoru rozšírili o niekoľko bodov:

- Navodiť uvoľňujúcu atmosféru, v ktorej možno otvorene hovoriť o náročných životných situáciách.
- Na rozhovor zabezpečiť pokojné miesto bez rušivých podnetov.
- Vyhradiť si čas (time-management), ktorý môžem pacientovi venovať.
- Prejaviť skutočný záujem o pacienta.
- Zladiť verbálny a neverbálny prejav.
- Zotrvať v téme, o ktorej rozpráva pacient.
- Pomôcť pacientovi pomenovať problém.
- Citlivo reagovať na pacienta.
- Zrozumiteľne komunikovať.

- Poskytnúť ponuku možných riešení.
- Zistiť očakávania pacienta.
- Mať k dispozícii pohár s vodou.
- Mať k dispozícii vreckovky (pri emocionálnych prejavoch – plač...).

Často sa stáva, že pacient sa dostane do zdravotníckeho zariadenia nečakane, ak utrpel náhly úraz alebo zranenie. Je dobré mať na pamäti, že pacient môže mať po prevoze do nemocnice nezaopatrené deti, zvieratá, nezamknutý dom atď. Ochorenie alebo úraz mu môžu spôsobiť právne, pracovné alebo finančné problémy. Tu môže veľmi účinne pomôcť sociálny pracovník zabezpečením záchranej sociálnej siete – kontaktovanie rodiny, obecného úradu, polície.

2.6 Prierez históriou a vzdelávaním sociálnych pracovníkov v zdravotníctve

Práca klinických sociálnych pracovníkov je náročná, humánna, veľmi zaujímavá a obohacujúca.

Ako štátom riadenú činnosť ju evidujeme od konca 19. storočia. V európskych krajinách ju tvorila najmä charitatívna a filantropická činnosť spolkov a kresťanských spoločenstiev, mala však sporadický charakter. Priekopníkom boli vyspelé priemyselné štáty. V berlínskych nemocniciach začali pracovať prvé sociálne pracovníčky roku 1914 a vo Francúzsku v roku 1917. Ich činnosť sa zameriavala najmä na úmrtnosť dojčiat, boj proti pohlavným chorobám a proti alkoholizmu. **V roku 1908** bola v Prahe založená **Sekcia sociálneho lekárstva**. V roku 1911 vznikla Sociologická sekcia, ktorá mala v programe sociologické vzdelávanie, sociálnu teóriu a sociálnu prax. Po 1. svetovej vojne sa však jej činnosť skončila. **Od roku 1919** vznikali u nás nové oblasti sociálnej činnosti. **Veľká pozornosť sa venovala rozvoju sociálneho školstva**. Postupne bola otvorená Vyššia sociálna škola, Sociálna škola pri Ministerstve sociálnej starostlivosti, Masarykova štátna škola sociálnozdravotnej starostlivosti, vysoké školy v Prahe a v Brne a bolo založené Združenie pracovníkov sociálnej starostlivosti.

Dávideková (2008) poukazuje na významné osobnosti, ktoré sa zaslúžili o rozvoj sociálnej práce, ako napríklad Přemysl Pitter - pedagóg, pacifista spisovateľ, redaktor, ktorý sa narodil 21.6.1885 v Prahe a zomrel 15.2.1976 vo Švajčiarsku. Bojoval v I. svetovej vojne, ale odmietal zabíjať, za čo mu hrozila poprava. Propagoval vegetariánstvo.

V roku 1922 otvoril pre deti tzv. Milíčuv dům, ktorý bol postavený vďaka príspevkom priaznivcov P. Pittera a sponzorovi K. Skvorkovskému. V dome v Mýte pri Rokycanoch našli zázemie deti utečencov z českej a nemeckej strany pri Mníchove. Za okupácie schovával a podporoval židovské deti a po vojne sa stal zmocnencom pre ich ochranu.

Roku 1919 v Martine sa zriadila škola pre ženské povolania Živena, ktorá od roku 1925 už ako Štefánikova škola bola prvou strednou školou s maturitou v Československu pre sociálne pracovníčky a sociálne sestry. Od roku 1933 v tejto škole maturovali ošetrovatelky.

V rokoch 1919-1951 sa vydávalo pomerne veľké množstvo časopisov, revue a publikácií so sociálnou a odbornou problematikou. Za prvej Československej republiky až do päťdesiatych rokov sa sociálna práca vykonávala v piatich oblastiach (Majchráková, 1990, s. 7):

1. **v zdravotníctve:** v nemocniciach, v ženských a detských poradniach, v poradniach pre diabetikov, pre duševnú hygienu, v školskom lekárstve, v rehabilitačných ústavoch, v ústavoch pre liečbu TBC,
2. **v organizáciách Ministerstva sociálnej starostlivosti a starostlivosti o mládež,** vykonávali verejné a hromadné poručenstvo mládeže pri súdoch, dávali deti do pestúnskej starostlivosti, zriaďovali poradne pre voľbu povolania,
3. **v spolkoch:** Masarykova liga proti tuberkulóze, Abstinentský zväz, Spolok proti pohlavným chorobám,
4. **v Československom Červenom kríži,**
5. **v Charite:** domovy pre starých občanov a domovy pre deti.

V povojnových rokoch (1945-1951) mali sociálni pracovníci v zdravotníctve svoje odôvodnené miesto a patrili ku piatim hlavným odborom: **všeobecné, detské, ženské, zubné a sociálno-zdravotné.**

Po roku 1951 sa zrušila **Koncepcia sociálnej služby v zdravotníctve, zrušil sa aj odbor sociálna sestra,** stredné a vysoké školy pre sociálne sestry a sociálne pracovníčky v Prahe a v Brne, prestali sa vydávať odborné učebnice a literatúra. Táto skutočnosť vyplynula z mylného predpokladu, že politickými a administratívnymi opatreniami možno vyriešiť všetky sociálne problémy. Predpokladalo sa, že po odstránení nezamestnanosti, zjednotení zdravotníctva, zavedení bezplatnej liečby, zlepšení starostlivosti o človeka v starobe a chorobe nebude u nás už ľudí, ktorí by boli vo väčšej miere odkázaní na sociálnu pomoc. Výsledky spomenutých rokov majú nechcené dopady

v zdravotníctve dodnes, žiaľ aj v chápaní práce sociálnych pracovníkov inými profesionálmi v zdravotníctve. **Až v roku 1984 sa podarilo oficiálne presadiť potrebu sociálnej práce, kedy to bolo legalizované a vo Vestníku MZ vyšla „Konceptia sociálnej služby“, kde je zakotvená v širokom meradle náplň sociálnej sestry.** Doteraz sociálnu prácu v zdravotníctve vykonávali sociálne sestry (historicky starší pojem) so stredným zdravotníckym alebo ekonomickým vzdelaním v odbore sociálno-právna starostlivosť alebo so špecializačným pomaturitným štúdiom v odbore starostlivosti o chorých. Funkcia sestry pre sociálnu službu sa chápala ako špeciálne povolanie, ktoré vyžaduje odborné zdravotnícke a sociálne vzdelanie založené na znalostiach spoločenských vied (psychológia, medicína, pedagogika, právo, etika, atď.). **Sociálne sestry však často plnili funkciu administratívnych pracovníčok, resp. dokumentaristiek.**

V súčasnosti je snaha o transformáciu sociálnej práce na jej podstatu, a tou je primárne priama práca s ľuďmi a nie s dokumentmi. Tomu sa prispôsobuje aj oblasť vzdelávania. *Dôraz sa kladie na zvyšovanie si kvalifikácie a od profesionálneho sociálneho pracovníka pracujúceho v zdravotníctve sa vyžaduje absolvovanie bakalárskeho alebo magisterského štúdia odboru Sociálna práca.* V roku 1991 vznikla Katedra sociálnej práce na Pedagogickej fakulte UK v Bratislave, neskôr na Trnavskej univerzite, v Banskej Bystrici, v Nitre a na iných univerzitách. Okrem kvalifikačných predpokladov by absolvent vysokoškolského vzdelania v odbore sociálna práca mal mať praktické skúsenosti minimálne v rámci praktickej prípravy študentov v procese vzdelávania. Z doterajších skúseností je však známe, že pri vzdelávaní sa zabúda na prax, t.j absolvent VŠ má teoretické vedomosti, avšak žiadnu prax. Pri vytváraní nových modulov vzdelávania by požiadavka na praktickú prípravu sociálnych pracovníkov mala byť zohľadnená – teória by mala pokrývať 50% a prax by mala tvoriť ďalších 50%. Samotná prax by mala prebiehať v špičkových pracoviskách na Slovensku, ale aj v zahraničí, aby študenti ako budúci profesionáli mali vo svojom povolaní možnosť výberu tých prvkov a praktík, ktoré ich počas praxe (stáže) oslovili a s ktorými sa stotožňujú (Mojtová, 2008).

Výkon sociálnej práce je predovšetkým závislý od odborných vedomostí a praktických zručností jej realizátorov **a je potrebné, aby popri kvalifikačných predpokladoch klinickí sociálni pracovníci mali osvojené i vedomosti z oblasti:**

- medicíny (základné odborné termíny, charakteristiky chorôb, význam psychologických, sociálnych a somatických faktorov),

- psychológie, psychoterapie, patopsychológie, psychiatrie,
- zdravotníckej etiky,
- sociológie,
- sociálnej a zdravotnej politiky,
- pedagogiky, andragogiky,
- ošetrovateľstva,
- práva a legislatívy,
- výpočtovej techniky, informačných technológií.

Klinický sociálny pracovník by mal vedieť riešiť zložité sociálne situácie pacientov vzniknutých v súvislosti s ochorením alebo zdravotným postihnutím, dodržiavať etické kódexy a požiadavky na ochranu informácií, vedieť sledovať odborné informácie v oblasti činností, ktoré je spôsobilý vykonávať a vie s nimi efektívne pracovať.

Kompetencie klinického sociálneho pracovníka:

- *Komunikatívne* – vyjadrovať sa presne, efektívne komunikovať, vedieť počúvať druhých.
- *Interpersonálne* – usilovať sa o svoj ďalší rozvoj, spolupracovať s ostatnými, prijímať zodpovednosť za vykonanú prácu a pod.
- *Manažérske* – vedieť riešiť bežné pracovné problémy a problémové situácie, najmä identifikovať problémy a hľadať vhodné riešenia.

Klinický sociálny pracovník sa riadi v procese sociálnej práce najnovšími metódami a používa najnovšie pracovné postupy pri riešení problémovej sociálnej situácie, vrátane prístupu k pacientovi. Klinická sociálna práca je zameraná na individuálny prístup k pacientovi. Motivuje pacientov k riešeniu vlastných problémov a napomáha k zabezpečeniu a uspokojeniu ich biologických, psychických a sociálnych potrieb. Napomáha účelnému využitiu materiálnych a finančných prostriedkov služieb sociálnej starostlivosti. Prispieva k prevencii patologicko – sociálnych javov.

Pri kontakte s pacientom sa klinický sociálny pracovník nezaobíde bez komunikácie a aktívneho počúvania, ktoré v podstatnej miere ovplyvňujú vzťah pacient – sociálny pracovník. Schopnosti efektívne komunikovať sa nedá naučiť len pochopením teórie, ale predovšetkým neustálym komunikačným a tréningovým procesom.

Klinickí sociálni pracovníci pracujú s mnohými zložitými prípadmi, s rôznymi typmi ľudí, v krízových situáciách, ktoré so sebou prinášajú viaceré riziká. Každý profesionál pracujúci v pomáhajúcej profesii by mal na sebe pracovať celoživotným vzdelávaním, mal by absolvovať psychoterapeutické výcviky, napr. krízových intervencií, komunikačných zručností, či rôzneho špecializovaného zamerania (sprevádzanie v smútení po strate blízkeho, terapia drogovu závislých, práca s psychiatrickými pacientmi, poradenský proces, ergoterapia atď.). Len ak bude pracovať na sebe a spozná sám seba, dobré aj zlé stránky svojej osobnosti, bude vedieť pomôcť iným bez predsudkov a odsudzovania. Klinický sociálny pracovník využíva skúsenosti s individuálnou, rodinnou a skupinovou prácou. Aj preto by sám mal prejsť zážitkovými terapiami.

Sociálny pracovník by mal mať vlastnosti zrelej osobnosti, medzi ktoré patrí citová stabilita, životný optimizmus a životné skúsenosti, ktoré mu pomáhajú reagovať, zvládať a prekonávať zaťaženie prameniace z náročnosti povolania.

Tímová práca je častokrát náročná a môže viesť ku konfliktom. Sociálny pracovník by mal mať schopnosti znášať konflikty a vedieť ich riešiť. Je dôležité, aby poznal svoje úlohy v tíme, a budoval si svoje vlastné profesionálne napredovanie prostredníctvom nepretržitého samovzdelávania.

Z iniciatívy Európskej komisie (MŠMT, 2011) boli spracované scenáre, dôsledky a možnosti predvídaných potrieb znalostí a vedomostí, z ktorých vyplýva, že dopyt po sociálnych pracovníkoch v zdravotníctve vzrastie. Tiež starnutie populácie je faktorom zvyšujúcim dopyt po sociálnej starostlivosti. I tieto faktory ovplyvňujú náplň práce a podnecujú vznik nových vedomostí. Očakáva sa nárast významu a nasledujúcich vedomostí:

- **sociálne vedomosti:** vytváranie a udržanie siete, nasmerovanie všetkých zainteresovaných aktérov k spoločným cieľom,
- **jazykové a interkultúrne vedomosti:** kvôli rozmanitejšej rastúcej skladbe pacientov,
- **vedenie tímu a inštruktorské vedomosti:** vzhľadom k väčšej zložitosti systému a nutnosti prepojovania viacerých disciplín.

K ďalším potrebným vedomostiam patrí predovšetkým **znalosť právnych predpisov a smerníc.**

Oblasti zdravotníctva a sociálnej starostlivosti boli tradične riešené samostatne, ale v posledných rokoch dochádza k ich zjednocovaniu vzhľadom k starnutiu populácie, dôrazu na prevenciu a rastúcej požiadavky na integrované služby. Tento trend vychádza z bio – psycho – sociálneho a spirituálneho modelu, ktorý predpokladá, že pri výskyte a liečbe ochorenia je potrebné brať do úvahy biologické, psychologické, sociálne i spirituálne (duchovné) faktory. Sektor zdravotníctva a sociálnej starostlivosti je veľmi komplikovaný pre ešte stále existujúce rozdiely medzi subsektormi, v oblastiach ako sú predpisy a nariadenia, liberalizácia, poistenie a medicínske postupy. Napriek tomu je veľmi dôležité venovať sa problematike prepojenia zdravotného a sociálneho systému a nájsť väčšiu homogénnosť pre dané sektory.

Zdravotníctvo je jedna z najviac diskutovaných oblastí, pre naše životy veľmi zásadné – lieči ochorenia, zachraňuje životy a v neposlednom rade rieši mnoho sociálnych problémov. Na zamestnancov sú preto kladené vysoké nároky, pretože každým dňom sa medicínske postupy vyvíjajú a menia, a preto je veľmi dôležité sa neustále vzdelávať. Okrem odborných znalostí je dôležité prispôsobovanie sa potrebám pacientov a naplňovať ich očakávania. Žiaľ ešte stále náš vzdelávací systém nie je tak pružný, aby vyhovel všetkým súčasným požiadavkám a nárokom.

V oblasti vzdelávania by sme tiež mohli prevziať model zo zahraničných vyspelých krajín, kde študenti sociálnej práce získavajú najprv všeobecnejšie informácie a vo vyšších ročníkoch sa špecializujú napr. na oblasť sociálnej kurately, klinickú sociálnu prácu v zdravotníctve, sociálne poradenstvo, terénnu soc. prácu atď. Spolupracujú s organizáciami a inštitúciami, v ktorých absolvujú študenti prax a stáž. Takýto model vzdelávania sociálnej práce v SR neexistuje, ale veríme, že **v rámci dopytu po kvalitnej profesionálnej starostlivosti sociálnych pracovníkov** sa podobného modelu dočkáme.

V Českej republike je vzdelávanie zdravotne sociálnych pracovníkov v súčasnosti regulované predovšetkým Zákonom č. 96/2004 o nelekárskych zdravotníckych povolaniach. Česká zdravotnícka legislatíva zaradila zdravotne sociálneho pracovníka medzi nelekárske povolania, presne vymedzila jeho činnosť a zásadne zasahuje i do systému vzdelávania. Tak ako na Slovensku, tak i v Českej republike neustále vzrastá potreba sociálnych pracovníkov a vo väčšine rezortov je udávaný ich nízky počet. Česká republika na túto situáciu reagovala vytvorením plne akreditovaného bakalárskeho študijného odboru – Zdravotne sociálny pracovník, ktorý je v súlade s legislatívami

Ministerstva práce a sociálnych vecí ČR a Ministerstvom zdravotníctva ČR. Kuzníková (2011) uvádza, že cieľom tohto študijného odboru je získanie kompetencií a spôsobilostí pre výkon nelekárskeho zdravotníckeho povolania. Neoddeliteľnou súčasťou rozvoja zdravotne sociálnych pracovníkov, a tým i samotného odvetvia odboru, je celoživotné vzdelávanie.

Na Slovensku by sa mala vytvoriť možnosť ďalšieho vzdelávania napríklad vytvorením kvalifikačného kurzu – klinická sociálna práca, kedy bol absolvent pripravený na výkon povolania klinického sociálneho pracovníka, ktorého činnosťou by bola preventívna, diagnostická, rehabilitačná starostlivosť a podieľanie sa na ošetrovateľskej starostlivosti v oblasti uspokojovania sociálnych potrieb pacienta.

Použitá literatúra k 2. kapitole

- BÁRTLOVÁ, S. - MATULAY, S. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny. Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
- DÁVIDEKOVÁ, M. 2008. Niektoré významné osobnosti v dejinách sociálnej práce. In: Oláh, M. - Schavel, M. - Ondrušová, Z. *Úvod do štúdia sociálnej práce*. Bratislava, VŠZaSP sv. Alžbety, 2008, 2.vyd., s. 61-69. ISBN 80-969449-6-7.
- KALLWAS, A. 2007. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: portál, 2007. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
- KEBZA, V. - ŠOLCOVÁ, I. 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
- KLUSÁKOVÁ, P. 2004. Jak pacienti hodnotí své lékaře. *Zdravotnické noviny*, č. 47, 2004.
- KOPŘIVA, K. 1997. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese, 2. vyd.* Praha: 1997, 147 s. ISBN 80-7178-150-9.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1993. *Povídej, naslouchám*. Praha: Návrat 1993, 104 s. ISBN 80-85495-18-X 4.
- KUZNÍKOVÁ, I. a kol. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- LINHARTOVÁ, V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MAJCHRÁKOVÁ, H. a kol. 1990. Sociálna služba a zdravotno- sociálna starostlivosť o populáciu. Bratislava: Osveta, 1990. ISBN 80-217-0189-7.
- MOJTOVÁ, M. 2008, 2010. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Bratislava: SAP, 2008, 2010. 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.
- MŠMT, 2011. *Zdravotníctví a sociální péče. Scénáře, důsledky a možnosti budoucích potřeb znalostí a dovedností*. Praha: MŠMT, 2011.
- NAGYOVÁ, M. - KRČMÉRY, V. - ŠPÁNIK, S. 1999. Patient – staff communication in a tertiary cancer center. How happy are cancer patients with communication skills of doctors and nurses? In: *Supportive Care in Cancer*, Vol 7, 2, 1999, p. 72.

ROSDAHL, C. B. - KOWALSKI, M. T. 2008. *Textbook of basic nursing*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2008. 1741 p. ISBN 978-0-7817-6521-3.

ŠPATENKOVÁ, N. 2003. *Problematika zdraví a nemoci*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 121 s. ISBN 80-244-0648-9.

TOKÁROVÁ, A. 2002. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov, Akcent Print 2002. ISBN 80-8068-086-8.

TOMAGOVÁ, M. - BÓRIKOVÁ, I. a kol. 2008. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008. 198 s. ISBN 978-8063-270-0.

VENGLÁŘOVÁ M. – MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva, 2012. Čiastka 39-60, roč. 60.

VÝNOS Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 14. decembra 2012 č. 09780-OL-2012, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálne – technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov, uverejnený vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky čiastka 39 – 60 zo dňa 27. decembra 2012, s. 283 – 285.

VODÁČKOVÁ, D. a kol. 2007. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007. 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

ZACHAROVÁ, E. – HERMANOVÁ, M. – ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnícká psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

3 METÓDY SOCIÁLNEJ PRÁCE V ZDRAVOTNÍCTVE

Metódy sociálnej práce sú spôsoby ako dosiahnuť vopred stanovené ciele prostredníctvom profesionálnej činnosti sociálnych pracovníkov pri práci s jednotlivcom, rodinou, skupinou, komunitou alebo inštitúciou (Mátel, Hardy a kol. 2013).

Človek v role pacienta a objektu sociálnej práce vyznačujúci sa svojou minulosťou a prítomnosťou, svojimi osobitosťami vyžaduje individuálny prístup a čo najhlbšie skúmanie svojej situácie. Nestačí konštatovať, že pacient má určitý problém, ale treba zistiť, prečo existuje, skúmať reálne možnosti a schopnosti, ako a s kým ho riešiť. Toto všetko kladie vysoké nároky na osobnostné a vedomostné vlastnosti klinického sociálneho pracovníka, jeho schopnosť správne vyhodnotiť celkovú situáciu pacienta, určiť strategické plány a prístupy k riešeniu problémov. Široký rozhľad, značná dávka trpezlivosti, sebaobetovania, sebaovládania a hlavne ľudský vzťah k človeku tvoria základné osobnostné predpoklady pre náročnú sociálnu prácu s pacientom. Sociálna práca vyžaduje diferencovaný prístup k ľuďom, pochopenie, zdvorilosť a empatiu, ktoré nesmú predchádzať do nemiestnej zvedavosti. Platí tu proces neustáleho vzdelávania počas celého obdobia vykonávania sociálnej práce s pacientom a jeho okolím (Majchráková a kol., 1990).

Začiatky profesionalizácie sociálnej práce ako praktickej aplikovanej disciplíny siahajú až do obdobia 19. storočia. Od tohto obdobia sa v oblasti teórie a praxe sociálnej práce s pacientmi etablovalo niekoľko špecifických prístupov. Kvalifikovaní sociálni pracovníci so svojimi kompetenciami môžu byť plnohodnotnou súčasťou multidisciplinárneho tímu a prispievajú k liečbe, rehabilitácii a zlepšovaniu kvality života pacientov (Hambálek, 2009).

3.1 Sociálna práca s jednotlivcom (pacientom)

Sociálna práca s jednotlivcom (nazývaná taktiež prípadová sociálna práca) patrí medzi najčastejšie metódy sociálnej práce, ktorá je využívaná aj v oblasti zdravotníctva – práca s ambulantným alebo hospitalizovaným pacientom.

Hoci je **prípadová sociálna práca** považovaná za metódu sociálnej práce s jednotlivcom, od jej počiatku je veľmi úzko spätá s dôležitou úlohou rodiny pri riešení sociálnych prípadov. Klient je vnímaný primárne ako člen rodiny (Mátel a kol., 2011, s. 69).

Pod pojmom sociálna práca s jednotlivcom sa rozumie priamy kontakt sociálneho pracovníka s klientom v záujme vyriešenia jeho sociálnej problémovej situácie, pričom dôraz sa kladie rovnomerne na možné vplyvy koreniace v osobnosti klienta (vplyvy mikroprostredia), ako aj možné následky spôsobené jeho okolím. Súčasťou mikroprostredia klienta je z hľadiska sociálnej práce aj jeho rodina, preto pri riešení klientových problémov venujeme rodine a vzťahom v nej mimoriadnu pozornosť. Sociálna práca s jednotlivcom patrí medzi najrozpracovanejšie oblasti metód sociálnej práce. V teoretickej rovine sa sociálna práca s jednotlivcom zaoberá otázkami životného cyklu, vplyvu rodiny na úspešnú socializáciu jednotlivca, na problémové správanie a možnosti jeho nápravy (Levická, 2002).

Individuálna práca s pacientom patrí medzi najčastejšie metódy sociálnej práce v zdravotníckom zariadení. Samotná sociálna práca s pacientom začína v okamihu prijatia informácie o prítomnosti pacienta v zdravotníckom zariadení (ambulancná starostlivosť alebo hospitalizácia) a prevzatím avíza o výskyte sociálneho problému alebo súboru týchto problémov s potrebou analýzy, vyhodnotenia a intervencie klinickým sociálnym pracovníkom. Nasleduje prvý kontakt s pacientom, ktorému predchádza zoznámenie sa s chorobopisom, názormi lekárov a sestier k jeho aktuálnej zdravotnej situácii a ich vyhodnotenie prípadných sociálnych problémov hospitalizovaného klienta.

Sociálnu prácu s hospitalizovaným pacientom zhrnieme do nasledujúcich na seba nadväzujúcich postupov:

- 1. prijatie informácie o prítomnosti budúceho klienta sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení** – informácia od lekárov, sestier, iných zdravotníckych pracovníkov (psychológ, liečebný pedagóg, fyzioterapeut), informácia od rodinných príslušníkov pacienta a jeho najbližších, informácia od tretej osoby – samospráva, štátna správa, polícia, tretí sektor, charitatívne organizácie a samozrejme zistená prítomnosť klienta (pacienta) v nemocnici samotnou vyhľadávacou činnosťou klinického sociálneho pracovníka (prítomnosť na vizitách, monitoring pacientov),
- 2. oboznámenie sa s chorobopisom pacienta a prvé osobné stretnutie s hospitalizovaným klientom** – prostredníctvom zdravotnej dokumentácie klinický sociálny pracovník získa informácie o aktuálnom zdravotnom stave pacienta, príčine návštevy a hospitalizácie v zdravotníckom zariadení, analyzuje jednotlivé typy anamnézy (rodinná, osobná, alergická, sociálna, lieková, gynekologická), preštuduje objektívne zhodnotenie pacienta

lekárom pri prijatí a jeho aktuálny medicínsky a ošetrovateľský status; komunikuje s jednotlivými členmi multidisciplinárneho tímu za účelom získania ich profesionálneho pohľadu na pacienta; nasleduje prvé osobné stretnutie s pacientom s cieľom objektívneho zhodnotenia, nadviazania pracovného kontaktu, realizácie vstupného rozhovoru s cieľom analýzy sociálnej, rodinnej a zdravotnej situácie pacienta, rozbor sociálnych problémov, ktoré vznikli v dôsledku choroby, úrazu a samotnej hospitalizácie prípadne rozbor sociálnych problémov dlhodobo prítomných v živote pacienta, ktoré sa v dôsledku návštevy zdravotníckeho zariadenia identifikovali,

- 3. analýza získaných informácií, kontaktovanie a stretnutie s členmi rodiny pacienta a jeho najbližším okolím a kontaktovanie príslušných inštitúcií** – rozbor získaných informácií, zadefinovanie klinickým sociálnym pracovníkom, stretnutia a pohovory s rodinou pacienta a najbližšími, konzultácie sociálnej situácie pacienta s inštitúciami samosprávy štátnej správy a inými inštitúciami,
- 4. stanovenie sociálnej diagnózy a plánu sociálnych intervencií** – na základe získaných údajov od pacienta, rodinných príslušníkov a príslušných inštitúcií klinický sociálny pracovník definuje jednu alebo viac sociálnych diagnóz, navrhuje, predstavuje plán sociálnych intervencií na posúdenie samotnému pacientovi a jeho okoliu,
- 5. samotná realizácia sociálnych intervencií** – na základe stanovených plánov sa začína realizácia sociálnych intervencií s cieľom zmiernenia až vyriešenia sociálnych problémov pacienta a jeho sociálneho prostredia, samozrejme platí pravidlo aktívneho prístupu samotného pacienta a jeho najbližších, spoluúčasť na sociálnych intervenciách pod odborným manažmentom klinického sociálneho pracovníka; existuje tu vysoké riziko nedostatočnej spolupráce, pasivity a apatie zo strany pacienta, neochoty jeho rodiny a najbližších na participácii týchto krokov.

Jednotlivé kroky sociálnej práce s pacientom sú veľmi náročné a sú podmienené mnohými činiteľmi, ktoré majú vplyv na realizáciu jednotlivých postupov:

- vek, osobnosť pacienta, zdravotný stav pacienta a jeho vývoj,
- aktuálny sociálny a ekonomický status pacienta,
- typ hospitalizácie – akútna alebo plánovaná hospitalizácia,

- výsledok prvého kontaktu klinického sociálneho pracovníka s pacientom,
- vzťah pacient – klinický sociálny pracovník – zdravotnícki pracovníci,
- vzťah pacienta k svojmu užšiemu a širšiemu sociálnemu prostrediu,
- vzťah užšieho a širšieho sociálneho prostredia k pacientovi,
- samotný postoj pacienta k etiológii sociálnych problémov a spôsobom ich riešenia.

3.2 Sociálna práca s rodinou pacienta

Význam rodiny v súčasnej spoločnosti je rôznorodý, rodina plní množstvo funkcií voči svojim členom i svojmu okoliu. Funkčná rodina je charakterizovaná postupným vývojom a neustálymi interakciami medzi fyzickou, psychickou, sociálnou, kultúrnou, duchovnou, emocionálnou a ekonomickou stránkou, ktorej výsledkom je holistický pohľad spoločnosti na rodinu ako celok. Rodina je definovaná ako systém viacerých ľudí, medzi ktorými sú určité vznikajúce väzby (manželstvo, narodenie, adopcia) a spoločným úsilím jej členov je rozvoj funkčnej rodiny. Tento rozvoj funkčnosti rodiny sa opiera na jej zloženie, transakčnosť vzájomných vzťahov, ktorej cieľom je plnohodnotná rodina vo vzťahu k potrebám rodiny a jej členov (Yuen, 2005).

Základom sociálnej práce s rodinou pacienta je poznanie jeho rodinného prostredia, vzťahy vo vnútri rodiny i smerom navonok, vzťah k normám i k prípadným poruchám rodinného spolužitia. Zvýšený dôraz sa kladie aj na definovanie prípadných problémov vo vzťahu k potrebám pacienta, možnosti a úlohy rodiny pri ich zabezpečovaní. Pri samotnej sociálnej práci s rodinou pacienta je dôležitý profesionálny prístup nielen k samotnému pacientovi, ale aj členom jeho rodiny, prípadne známym a priateľom pacienta. Výsledkom tohto prístupu je objektívne zhodnotenie sociálneho prostredia pacienta a jeho vplyv na svoj život a zabezpečenie potrieb. Pri hľadaní príčin porúch zabezpečenia potrieb zo strany rodiny vychádzame z potreby dôkladnej odbornej diagnostiky rodinného prostredia, pri ktorej sa zameriavame na vzájomné zhody a vzťahy medzi členmi rodiny vo vzťahu k pacientovi, i vzťahy medzi členmi rodiny s definovaním postavenia pacienta v štruktúre rodiny a vývoj vzájomných rodinných vzťahov, hlavne tých negatívnych. Rodina ako najstaršia sociálna skupina

musí spĺňať voči svojim členom i okoliu mnohé funkcie, ktoré sú jej dané. V prípade absencie, nedostatočného plnenia stanovených funkcií dochádza k postupnej poruche funkčnosti rodiny a nastupuje proces diagnostiky rodinného prostredia ako významného medzníka stanovenia miery poruchy funkčnosti rodiny voči svojim členom i svojmu okoliu.

„V čase, kedy je jeden z členov rodiny vážne chorý, dostáva sa do krízy celý rodinný systém. Komunikácia v rodine viazne a ľudia sa dostávajú do izolácie, pretože sa snažia chrániť jeden druhého pred zlými správami. Tento proces niekedy podporujú aj zdravotníci, ktorí často informujú iba rodinu a pacienta nechajú tápať v neistote. Sociálny pracovník, ktorý je školený pre prácu s rodinou či skupinou, môže významnou mierou prispieť ku zlepšeniu komunikácie medzi jednotlivými členmi rodiny. Je dôležité si uvedomiť, že sociálny pracovník v hospici zväčša nepracuje s dysfunkčnou rodinnou štruktúrou, ale pracuje s fungujúcou rodinou, ktorá sa snaží vyrovnat' s abnormálnou situáciou“ (Kasanová, 2009b, s. 57).

Rodina vo vzťahu k pacientovi zohráva mnohé významné funkcie, z ktorých spomenieme tie najdôležitejšie v spojitosti so sociálnou prácou s rodinou pacienta:

- **sociálna funkcia** – rodina predstavuje pre pacienta miesto sociálneho správania a fungovania, zabezpečenia svojho sociálneho statusu, sociálnej role a to, aby aj v čase choroby alebo úrazu zostal sociálnou bytosťou,
- **emocionálna funkcia** – pacient potrebuje pozitívne emócie, pocit bezpečia a istoty a v tomto smere je význam rodiny pre pacienta nenahraditeľný,
- **ekonomická funkcia** – finančný príjem pacienta je vplyvom choroby (úrazu) výrazne ovplyvnený v zmysle závislosti na finančné príjmy z nemocenského poistenia, štátnych sociálnych dávok, ale aj na peňažnú alebo materiálnu pomoc zo strany najbližších,
- **ochranná funkcia** – ochrana pacienta pred nepriaznivými vplyvmi vonkajšieho prostredia,
- **opatrovateľská funkcia** – táto funkcia je veľmi významná, kde rodina zabezpečuje komplexnú opatrovateľskú starostlivosť o svojho člena v prirodzenom domácom prostredí, v súčasnosti je mnohokrát nahrádzaná inštitúciami (zariadenia sociálnych služieb, zdravotnícke zariadenia) pre negatívny postoj, prípadne neschopnosť zabezpečiť túto funkciu členmi rodiny pacienta.

Sociálna práca s rodinou poskytuje priestor metódam sociálnej práce, ktoré dávajú návody, ako pracovať s rodinou ako významnou primárnou skupinou spoločnosti. Cieľom tejto práce je napomôcť členom rodiny k aktívnej účasti na živote danej skupiny, pomôcť rozvíjať vlastné chápanie problémovej situácie, posilňovať občiansku zodpovednosť a záujem o sociálne dianie v spoločnosti. **Práca s rodinou znižuje riziko sociálnej dysfunkcie u jej členov a následne poskytuje pomoc a oporu týmto osobám k zlepšeniu a hlavne udržaniu funkčnosti rodiny.** Táto činnosť kladne pomáha funkčnej existencii pacienta v rámci rodiny, a tým umožňuje kooperatívne riešiť jeho problémy, ale aj problémy ostatných členov rodiny, ktorí samostatne dané problémy nedokážu vyriešiť. Rodina pomáha pacientovi získať odvahu, sebadôveru, pocit spolupatričnosti a pomáha prekonať negatívne vplyvy, čím jednotlivec pociťuje psychickú oporu v danej sociálnej skupine. Od začiatku profesionalizácie sociálnej práce sa rodina stala objektom záujmu sociálnych pracovníkov. Predstavuje sociálne prostredie pacienta, ktoré zohráva svoju úlohu pri vzniku problémov pacienta a zároveň predstavuje skupinu, ktorá môže byť nápomocná svojmu členovi.

Predmetom intervencie sociálneho pracovníka sa stáva interakcia medzi spôsobilosťou klienta zvládať nároky prostredia a tým, čo od neho prostredie očakáva. Cieľom sociálnej práce s rodinou je podporovať sociálne fungovanie klienta tým, že mu pomáha obnoviť alebo udržiavať rovnováhu medzi viac či menej dostatočnou kapacitou zvládania a tejto kapacity viac či menej primeranými požiadavkami prostredia. Pri takto vnímaní poslania sociálnej práce môžeme miesto sociálnej práce v práci s rodinou vnímať v dvoch rovinách (Hudecová, Brozmanová Gregorová, 2008):

- **v rovine chápania rodiny ako sociálneho prostredia klienta – jednotlivca.** Sociálna práca je zameraná na odstránenie, respektíve zmiernenie sociálnych problémov jednotlivca prostredníctvom rodinného systému, ktorý predstavuje jeden z možných zdrojov vzniku i riešenia problému klienta. Prácu s rodinou možno v tomto prípade vnímať ako súčasť sociálnej práce s jednotlivcom.
- **v rovine chápania celej rodiny ako klienta.** Sociálna práca je zameraná predovšetkým na zmenu fungovania rodinného systému, prípadne na adaptáciu celej rodiny na nové podmienky.

Klinický sociálny pracovník sa počas svojej praxe stretáva s rôznymi pacientmi a členmi rodín pacientov, s rôznymi osobnostnými črtami a sociálnymi zázemím. Súčasná rodina prechádza mnohými ťažkými úlohami, mení svoju štruktúru a tvar a je ovplyvnená

negatívnymi znakmi z minulosti, ale aj znakmi prítomnosti (rodiny po rozvoode alebo v rozvodovom konaní, neúplné rodiny, nefunkčné rodiny, rodina s narušenými vzájomnými väzbami). Pri práci s hospitalizovaným pacientom zohráva rodina významné miesto v procese vyhodnotenia sociálnej situácie ich člena a taktiež má dôležité miesto v procese samotnej intervencie k zmierneniu až vyriešeniu daných problémov. Na prvom mieste je samotný pacient a jeho postoj k svojmu zdraviu, sociálnemu statusu, jeho vyhodnotenie a správna interpretácia sociálnych problémov a postoj k ich riešeniu a na druhom mieste je najbližšia sociálna skupina pacienta, rodina, ktorá poskytne alebo odmietne podať svojmu blízkeму pomocnú ruku. Spojkou medzi prvou a druhou skupinou sa stáva klinický sociálny pracovník, ktorý zohráva dôležitú úlohu. Napomáha k mobilizácii vnútorných síl oboch skupín s cieľom rozvoja vzájomných vzťahov vedúcich k riešeniu problémov člena alebo celej skupiny.

3.3 Sociálna práca s komunitou

Sociálna práca s komunitou patrí medzi najmladšie metódy sociálnej práce, ktorá prináša nové možnosti a stratégie pre rozvoj našich komunít. **Pre rozvíjanie komunity je charakteristické zahrnutie veľkého počtu osôb do určovania spôsobov riešenia ich vlastných problémov, a tým využiť potenciál jednotlivých členov na zlepšenie podmienok v komunite.**

Klientom sociálnej práce je celá komunita, ktorá je charakterizovaná (Matoušek et al., 2003):

- je rôznorodá a zároveň jednotná,
- má spoločný základ v hodnotách,
- vyznačuje sa vzájomnou starostlivosťou, dôverou a tímovou prácou,
- má rozvinutú efektívnu vnútornú komunikáciu,
- uľahčuje ľuďom účasť na správe verejných vecí,
- vytvára si vlastnú identitu, ciele,
- vychováva, je schopná odovzdávať hodnoty aj formy ďalšej generácii,
- je otvorená do budúcnosti,
- má vyvážené inštitucionálne usporiadanie.

Veľmi častými pacientmi zdravotníckych zariadení sú členovia znevýhodnených komunít. Znevýhodnené komunity (sociálne znevýhodnená skupina) sú skupiny obyvateľov, ktoré z rôznych objektívnych a subjektívnych príčin nemajú rovnaký prístup k vzdelaniu, zdravotnej starostlivosti, zamestnanosti a k ďalším oblastiam spoločenského života. Medzi znevýhodnené skupiny obyvateľov zaradujeme napr. zdravotne postihnutých, nezamestnaných, deti a mládež, seniorov, utečencov, bezdomovcov a rómsku komunitu žijúcu v separovaných a segregovaných osídleniach. Významnou charakteristikou týchto skupín obyvateľstva sú črty rôznych foriem nerovnosti.

Z pohľadu zdravotného stavu uvádzame formy, ktoré priamo ovplyvňujú zdravie členov komunity (Vašečka, 2002):

- nerovnosť v zdraví (v prístupe k prevencii, k zdravotnej starostlivosti, k súčasnému zdravotnému stavu, morbidite, mortalite),
- príjmová nerovnosť,
- nerovnosť v spotrebe a životnom štýle (nerovnosť životných šancí),
- nerovnosť statusová (symbolické vyjadrenie nerovnosti),
- nerovnosť v schopnostiach a na trhu práce,
- nerovnosť vo vzdelaní a v prístupe k vzdelaniu,
- nerovnosť v rozdelení vplyvu a moci.

Tieto nerovnosti sa prejavujú v každej spoločnosti, v ktorej aj napriek rozsiahlym intervenčným opatreniam majú stúpajúci charakter a významný vplyv na zdravie. Jednou z priorit spoločnosti je znižovať nerovnosti v zdraví, ktoré sa realizujú prostredníctvom cieľených stratégií podpory zdravia a zdravotnej politiky zameranej hlavne na ohrozené skupiny komunity. Do tejto skupiny, v ktorej zdrojom nerovností môžu byť rozdiely etnické, sociálne, vekové, patria predovšetkým segregovaná rómska komunita, bezdomovci a azylanti, drogov závislí, zdravotne postihnutí (telesne a mentálne), seniori, deti, komunita drogov závislých.

Sledovanie, účinná eliminácia nerovností a hlavne pozitívne ovplyvňovanie sociálno-ekonomických determinantov zdravia je jednou dôležitých úloh samotnej profesionálnej práce s takouto komunitou, s cieľom použiť účinné nástroje sociálnej práce, ktoré budú viesť

k zvýšeniu individuálnej zodpovednosti za zdravie, vzdelanie, zamestnanie a sociálny status ohrozených skupín populácie.

Klinický sociálny pracovník pri práci s komunitou pravidelne sleduje zdravotný stav a správanie sa danej komunity, identifikuje zdravotné riziká a potreby súvisiace so zdravím, zúčastňuje sa na vykonávaní preventívnych programov podpory zdravia, poskytuje poradenstvo o zdraví, prevencii chorôb, poskytovaní zdravotnej starostlivosti, zdravotnom poistení a právach pacienta, podporuje zvyšovanie vlastnej zodpovednosti za zdravie. Táto činnosť je podmienená atmosférou dôvery medzi sociálnym pracovníkom a samotnou komunitou.

3.4 Špecifiká krízovej intervencie a sociálna práca s pacientom v kríze

Krízová intervencia je špecializovaná pomoc ľuďom – ***druh odbornej práce s človekom, ktorý sa ocitol v krízovej situácii, a ktorý sa snaží vyrovnať s náročnou životnou situáciou, ktorú nemôže jednoducho riešiť obvyklou stratégiou, ktorou je inak zvyknutý zátáž zvládať.*** Krízová intervencia sa snaží minimalizovať ohrozenia pacientov a posilniť ich schopnosť vyrovnať sa so zátážou. Rieši situáciu „*tu a teraz*“ a má významný preventívny charakter.

Krízová intervencia je poradenská metóda a pozornosť nezameriava na nevyriešené problémy z minulosti, ale na pokiaľ možno čo najrýchlejšie navodenie rovnakej funkčnej úrovne pacienta a jeho rodinných príslušníkov, ktorú mali pred vypuknutím krízy (Tschuschke, 2004).

Väčšinu zátážových situácií a životných kríz ľudia prekonávajú bez profesionálnej pomoci. ***To, či človek vyhl'adá alebo nevyhl'adá odbornú pomoc je na jeho rozhodnutí, závisí na tom, ako je schopný využiť vlastný potenciál, či má k dispozícii podporu z okolia, ale tiež na dostupnosti služieb a na ich kvalite*** (Matoušek, 2003).

Kríza je subjektívne ohrozujúca situácia s veľkým dynamickým nábojom a potenciálom zmeny. Bez nej by nebolo možné dosiahnuť životný posun a zrelosť (Vodáčková, 2007).

Krízu môžeme chápať ako zvýšenú úroveň psychického a fyziologického vzruchu. Je to neriešená situácia vyvolávajúca stres. Ide teda o prechodný stav vnútornej nerovnováhy spôsobený udalosťami,

ktoré vyžadujú zásadné zmeny riešenia, ako napr. vážne ochorenie, smrť blízkeho človeka, nezamestnanosť, dlhy a pod.

Vodáčková (2007) uvádza **Baldwinov klasifikačný systém krízy**:

- Situačná kríza.
- Kríza z očakávaných životných zmien.
- Kríza prameniaca z náhleho traumatického stresora.
- Kríza zrenia, vývojová.
- Kríza v kontexte psychopatológie.
- Neodkladné krízové stavy.

Krízovú pomoc môžeme teda definovať ako zostavu služieb, ktoré odpovedajú na klientov/pacientov prežitok vlastnej situácie, ktorú vníma ako neodkladnú a naliehavú a nie je ju schopný riešiť z vlastných zdrojov. **Cieľom krízovej pomoci je poskytnúť klientovi/pacientovi bezpečie, podporu, nádej a vedenie, aby pocítil úľavu, aby sa zvýšila jeho schopnosť situáciu zvládať, a aby sa vrátil na predkrízovú úroveň prispôsobenia sa a života** (Baštecká, 2003).

Špecifickými znakmi krízovej intervencie sú (Špatenková, 2004):

- Okamžitá pomoc.
- Redukcia ohrozenia (utváranie emocionálnej podpory, zaistenie pocitu bezpečia, atď.).
- Koncentrácia na problém „tu a teraz“.
- Časové ohraničenie.
- Intenzívny kontakt krízového intervenanta s klientom/pacientom.
- Štruktúrovaný, aktívny, niekedy i direktívny prístup krízového intervenanta.
- Individuálny prístup ku klientovi/pacientovi.

Klinický sociálny pracovník sa stretáva s pacientmi v krízových situáciách, ktoré nevedia sami bez pomoci vyriešiť. Úlohou klinického sociálneho pracovníka je získať pomocou otázok informácie (anamnéza), zmapovať situáciu, zhrnúť získané informácie a následne poskytnúť intervenciu. Podľa Hofmanna, Galleya, Solomona (2006) je dôležitým momentom, že príležitosť k intervencii vo včasnom štádiu ochorenia

môže navodiť také terapeutickú klímu, v ktorej bude možné budúce prekážky a neúspechy predvídať a dostať pod kontrolu skôr, než sa z nich vyvinú maladaptívne štruktúry (rezignácia, stres, zúfalstvo, beznádej, trauma, záťaž pre sociálne prostredie, rodinné a partnerské vzťahy a pod.).

Tabuľka: *Krízová situácia a jej vplyv na pacienta (Loscalzo, Brintzenhofszoc, 1998, In Tschuschke, 2004)*

Vplyv nádorového ochorenia na pacienta v priebehu nádorového prežívania				
Kríza/ udalosť	Osobné hodnotenie	Následky	Požiadavky na zvládnutie	Profesionálna intervencia
Pokročilé štádium choroby	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratil som úplnú možnosť kontroly ▪ Existujú nejaké ďalšie možnosti liečby? ▪ Čo robím zle? ▪ Bude to rovnako strašné ako naposledy? ▪ Zrútím sa potom? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresia ▪ Strach ▪ Demoralizácia ▪ Popretie ▪ Zlosť ▪ Obavy z intimity 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Získanie nádeje a stanovenie cieľov ▪ Využitie lekárskeho prostriedkov ▪ Využitie schopnosti zvládania ▪ Otvorenosť v komunikácii s rodinou, s priateľmi a s lekárskeho personálom ▪ Odhadnutie možnosti starostlivosti a liečby ▪ Vybudovanie vzťahu s lekárskeho tímom 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podpora ▪ Kognitívne-behaviorálne tréningové programy ▪ Podporná psychoterapia ▪ Fyzická kompetencia ▪ Aktivovanie zdrojov/sprostredkovanie ▪ Podávanie informácií ▪ Prevádzanie vzdelávacích opatrení

Krízovú intervenciu poskytujú profesionáli, poloprofesionáli i preškolení laici. Môže mať podobu osobného stretnutia pracovníka s klientom/pacientom, tzv. **tvárou v tvár** (face to face), formu **telefonickej krízovej intervencie**, či **elektronického kontaktu**.

Každý človek je vybavený obrannými mechanizmami, ktoré mu pomáhajú reagovať a vyrovnávať sa s náročnými životnými

situáciami. Od vyrovnávacích mechanizmov (tie, ktoré nám pomáhajú, ktoré robíme vedome ako napr. koníčky, práca, rozprávanie, hudba, sex atď.) sa líšia tým, že sú nevedomé, naskakujú v ohrození a **nastupujú zvyčajne, keď vyrovnávacie mechanizmy nezaberú** (disociácia, popretie, prenos, protiprenos, agresivita, bagatelizácia, vytesnenie, útek pred realitou atď.). Cieľom týchto obranných mechanizmov je ochrániť nás, a preto sú i častým symptómom krízy. Nie je nutné vždy s nimi bojovať, a preto keď ich klinický sociálny pracovník ozrejmi pacientovi, môže to viesť k stavu, ktorý organizmus neunesie. Klinický sociálny pracovník a však môže pýtať: „Ako tomu rozumiete, že sa Vám to deje?“ (nepýtať sa „Prečo...“), „Čo to pre Vás znamená“? a pod.

Pokiaľ sa prehľbuje kríza u pacienta, je na mieste využitie krízovej intervencie. **Hĺbka krízy je veľmi individuálna** a dá sa zistiť kladenými otázkami. Pacient na dne krízy prežíva beznádej, úplnú bezmocnosť, zúfalstvo, depresívne stavy, prázdnotu. Cesta z krízy ide buď hore alebo dole (samovražda, ale tiež úmrtie na základe absencie vôle k ďalšiemu životu).

Klinický sociálny pracovník ako krízový intervent musí ísť vždy pol kroka za pacientom, má „číhať“ a mal by mať prirodzenú vieru a nádej, že i z ťažkej životnej situácie sa dá vrátiť späť, že stojí za to opäť žiť, i keď raz umrieme, musí držať **nádej**, že svet je v poriadku, i keď pacient práve prežíva ťažké obdobie.

Klinický sociálny pracovník môže využívať tieto **nástroje krízovej intervencie:**

- Rozhovor.
- Práca s emóciami.
- Ocenenie (dôvera v pacienta, že má možnosť to zvládnuť).
- Informácie (kontakt s realitou).
- Plán (každá konzultácia by mala byť zakončená zhrnutím a plánom pre najbližšiu budúcnosť).

Vodáčková (2007) uvádza základné postupy / etapy v krízovej intervencii:

1. **Úvodná fáza konzultácie, kým klient nezačne rozprávať svoj príbeh**
 - Príprava rámca (predstaviť sa klientovi)

- Kontrakt – informácie o časovom rámci (konzultácia trvá cca 50 – 60 minút), možnosť zostať v anonymite, konzultácia je zadarmo
- Prvý odhad situácie – než začne samotná konzultácia
- Reflexia emócií na začiatku konzultácie – slovami, neverbálne
- Užitie podporných prostriedkov k zaisteniu klientovho bezpečia a stabilizácie telesných potrieb (deka, papierové vreckovky, tekutiny, WC, bezpečné miesto v konzultačnej miestnosti a pod.)

2. Práca s klientom a jeho príbeh

- Popis situácie – čo sa deje, čo sa stalo, prítomné ťažkosti (Čo bezprostredne predchádzalo tomu, že klient sa rozhodol prísť? Čo sa stalo, že...? Aké kroky viedli k...?)
- Posúdenie, kto je v kríze – vzťahový kontext
- Posúdenie duševného stavu – kontrolná funkcia, orientácia v realite, vývoj emočného stavu v priebehu konzultácie
- Klientova zákazka a práca s ňou („Čo by ste potrebovali najviac riešiť? „S akým očakávaním ste k nám prišli?“)
- Katastrofický scenár – posúdenie čím, ako a do akej miery je klient reálne ohrozený a ako sa subjektívne cíti byť ohrozený
- Suicidálne úvahy – cielene sa na ne pýtať
- Psychodynamické východiská
- Osobná zraniteľnosť
- Prítomné vyrovnávajúce stratégie – adaptívne, maladaptívne
- Predkrízová úroveň fungovania
- Komunikačné vedomosti
- Sociálny podporný systém

3. Záver konzultácie

- Kontrakt s klientom o ďalšom postupe

Za základný prvok krízovej intervencie by sme mohli považovať najmä nadviazanie kontaktu s klientom, posilnenie jeho kompetencií v riešení krízy a mobilizáciu rôznych zdrojov pomoci.

Z vlastnej skúsenosti vieme, že k osvedčeným nástrojom, ktoré môžeme využívať pri krízovej intervencii zaraďujeme:

- **Zrkadlenie** – reflektujeme emócie pacienta („*Vidím, ako Vám je ťažko*“)
- **Kotvenie** – vyjadrovanie súhlasu a porozumenia („*Rozumiem tomu, že sa Vás to silne dotýka*“, „*Hmmm*“)
- **Zhrnutie** – neponáhľať sa, dať situácii formu („*Takže, ak Vám dobre rozumiem...*“)
- **Ocenenie** – vždy sa snažíme niečo oceniť – že pacient situáciu zvláda, i keď je náročná, že čo už všetko urobil a pod.
- **Poskytnutie nádeje** – vždy poskytujeme nádej („*I z tak ťažkej situácie sa dá dostať...*“, „*I táto situácia má svoje východisko...*“)
- **Kontrakt** – využiť najmä u samovražedných pacientov – dohoda, že do určitej doby nespácha samovraždu a pod.

Treba zdôrazniť, že úlohou klinického sociálneho pracovníka je tiež hľadanie pomoci (alebo aspoň niekoho, kto by o probléme vedel) v prirodzenej sieti pacienta, je to najmä jeho rodina, priatelia, kolegovia v práci, prípadne ľudia z prostredia jeho koníčkov (tréneri, učitelia).

Práca klinického sociálneho pracovníka i ako krízového interventa je náročná, a preto je dôležitý tím a kvalitná supervízia. Klinický sociálny pracovník okrem potrebných znalostí krízovej intervencie by mal vynikať v empatickom načúvaní, mal by mať dobre zmapovanú psychosociálnu sieť a dokázať s ňou spolupracovať, mať znalosti z právnej oblasti, prvej pomoci, schopnosť rýchlo sa rozhodovať a rozpoznávať hranice svojich možností.

Použitá literatúra k 3. kapitole

BAŠTECKÁ, B. 2003. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-736-3.

HAMBÁLEK, V. 2009. Návrh možností odborných intervencií sociálneho pracovníka v kontexte komprehenzívnej rehabilitácie klientov s psychickými ochoreniami. In *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*. 2009, roč. 16, č. 1, s. 25-30. ISSN 1335-423X.

HOFMANN, A. – GALLEY, N. – SOLOMON, R. 2006. *EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart: Thieme, 2006. 149 s. ISBN 3-13-118242-5.

HUDECOVÁ, A., BROZMANOVÁ GREGOROVÁ, A. et al. 2008. *Sociálna práca s rodinou*, 2. vyd. Banská Bystrica: PF UMB a OZ Pedagóg, 2008. 250 s. ISBN 978-80-8083-845-4.

LEVICKÁ, J. 2002. *Metódy sociálnej práce*. Trnava: ProSocio, 2002. 122 s. ISBN 80-89074-38-3.

MAJCHRÁKOVÁ, H. et al. 1990. *Sociálna služba a zdravotno-sociálna starostlivosť o populáciu*. Martin: Osveta, 1990. 158 s. ISBN 80-217-0189-7.

MATOUŠEK, O. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.

MÁTEL, A. – HARDY, M. 2013. *Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce II*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2013. 507 s. ISBN 978-80-8132-074-3.

MÁTEL, A. – OLÁH, M. – SCHAVEL, M. 2011. *Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce I*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2011. 214 s. ISBN 978-80-8132-027-9.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. 2004. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 200 s. ISBN 80-247-0586-9.

TSCHUSCHKE, V. 2004. *Psychoonkologie*. Praha: Portál, 2004. 215 s. ISBN 80-7178-826-0.

VAŠEČKA, M. 2002. *Čačipen pal o Roma. Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku*. Bratislava: IVO, 2002. 911 s. ISBN 80-88935-41-5.

VODÁČKOVÁ, D. a kol. 2007. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007. 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

YUEN, F. 2005. *Social Work Practice With Children and Families: A Family Health Approach*. New York: The Hawthorn Social Work Practice Press, 2005. 273 p. ISBN 0-7890-1795-4.

4 KLINICKÝ SOCIÁLNY PRACOVNÍK S VYBRANÝMI CIEĽOVÝMI SKUPINAMI

4.1 Sociálna práca so ženou v tehotenstve

4.1.1 Charakteristika odboru gynekológia a pôrodníctvo

Gynekológia a pôrodníctvo je špecializačný medicínsky odbor, ktorý sa zaoberá prevenciou, diagnostikou, liečbou, dispenzarizáciou gynekologických chorôb, fyziologickým a patologickým pôrodníctvom. Venuje sa fyziológii a patológii reprodukčného systému ženy vo všetkých obdobiach jej života. Náplňou odboru gynekológie a pôrodníctva je starostlivosť o zdravý vývoj ženskej populácie (Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodníctvo č. 28494-1/2006-OZSO).

Zdravotnícka etika v gynekológii a pôrodníctve je mimoriadne významná a aktuálna. Súvisí to s povahou každodennej práce zdravotníkov v tomto odbore. Každý deň musia riešiť problémy súvisiace s umelým ukončením tehotenstva (UUT), plánovaným rodičovstvom a antikoncepciou, sterilizáciou žien, umelým oplodnením, aplikáciou liekov počas gravidity, postojom k vývojovým chybám plodu a spôsobom vedenia pôrodu pri ich výskyte. Správne riešenie týchto otázok má nielen morálny, zdravotný, ale aj sociálny a ekonomický dopad na gravidnú ženu, na jej rodinu, a tým aj na celú spoločnosť (Mojtová, 2010).

4.1.2 Pacient gynekologicko-pôrodnického oddelenia

Pacientov gynekologicko-pôrodnického oddelenia rozdelíme nasledovne:

- **gynekologický pacient – dieťa a mladistvé dievča** – chorobné stavy a tehotenstvo, pôrod a pôrodné stavy u maloletých a mladistvých,
- **pacientka úseku gynekológie** – z dôvodu zápalového, onkologického, gynekologicko-endokrinného ochorenia – diagnostika, konzervatívna a operačná liečba, dispenzarizácia, starostlivosť o ženu z dôvodu sterility, infertility, plánovaného rodičovstva a antikoncepcie, starostlivosť o ženu v perimenopauze, klimaktériu a séniu,

- **pacientka s fyziologickým tehotenstvom** – diagnostika a monitoring tehotenstva, psychosomatická príprava na pôrod a materstvo, príprava otca na účasť pri pôrode, preventívna činnosť,
- **pacientka s rizikovým a patologickým tehotenstvom** – diagnostikovanie, monitoring patologických stavov u danej ženy,
- **žena po spontánnom pôrode a pôrode cisárskym rezom,**
- **žena v popôrodnom období** – fyziologické a patologické tehotenstvo, dohľad nad dojčením, vyhladávanie a liečba porúch dojčenia, zastavenie laktácie v indikovaných prípadoch.

4.1.3 Sociálna práca s pacientom gynekologicko-pôrodnického oddelenia

Zdravie ženy determinujú niektoré špecifické faktory, ktorými sa odlišujú od mužov. Tieto faktory sú vzájomne prepojené a ovplyvnené, majú svoj biologický, psychický, sociálny a spirituálny aspekt. Ženy častejšie využívajú zdravotnú starostlivosť ako muži a je to spôsobené najmä ich reprodukčnou funkciou (ženské choroby, tehotenstvo). Z hľadiska praxe je pozornosť klinického sociálneho pracovníka vo vzťahu k danej skupine pacientov zameraná na:

- **sociálnu prácu s hospitalizovanými ženami gynekologického oddelenia** – sociálne dôsledky ochorenia (sociálne poradenstvo, zabezpečenie sociálnych služieb, služby agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, psycho-sociálne stimulácie a pohovory),
- **sociálnu prácu so ženami v tehotenstve** – pohovory, poradenstvo v oblasti rodinného a sociálneho práva, postoj rodiny k tehotenstvu, príprava na pôrod, riešenie prípadného nechceného tehotenstva, osobitnú pozornosť klinický sociálny pracovník venuje osamelo žijúcim tehotným ženám, slobodným ženám v tehotenstve, tehotným ženám - drogovu závislým, ženám závislých od alkoholu a tehotným ženám s duševným ochorením,
- **sociálnu prácu s maloletou a mladistvou tehotnou ženou** – sociálnoprávne intervencie a ochrana (trestný zákon, zákon o rodine, zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele), šetrenia rodinného a sociálneho prostredia, sexuálna výchova, prevencia,

- **sociálnu prácu so ženou po pôrode** – monitoring starostlivosti o novorodenca matkou v prvé dni po pôrode, šetrenie rodinného prostredia, sociálne poradenstvo zamerané na štátnu rodinnú politiku (štátne sociálne dávky), otázka utajeného pôrodu, otázka vzdania sa rodičovských práv ženy po pôrode.

Sociálna práca s tehotnými ženami vyžaduje správne zmonitorovanie celkovej situácie ženy, dopady tehotenstva na jej sociálne prostredie. Mnoho tehotných žien prežíva krízu, zostávajú osamotené, sú bez podpory rodiny, životného partnera a nachádzajú sa vo veľmi zložitej psycho-sociálnej situácii. Majú rôzne problémy – problémy s bývaním, nízky finančný príjem, narušené väzby s ostatnou rodinou, stres a obavy z budúcnosti, otázky zabezpečenia podmienok pre ešte nenarodené dieťa, prítomné sú u ženy vážne dilemy – chcenie dieťaťa alebo vzdanie sa dieťaťa v rámci sociálno - existencionálneho rozhodovania. ***Nutný je vysoko profesionálny prístup klinického sociálneho pracovníka s komplexným prístupom a hlavne zameraním sociálnej pomoci obom – dieťaťu i jeho matke.***

4.1.4 Nechcené tehotenstvo z pohľadu klinického sociálneho pracovníka

Každý človek má právo na život, ktoré je najzákladnejším ľudským právom, a od neho sa odvíjajú všetky ostatné ľudské práva. Život predstavuje veľký dar, ktorý získame narodením, postupne sa vyvíjame, rozvíjame a zároveň sa stávame tými, ktorí máme možnosť život dať ďalšej generácii (Boledovičová et al., 2010).

Tehotenstvo predstavuje významnú etapu života dvoch ľudí, ktorí sa väčšinou tešia na príchod svojho potomka. V živote sa vyskytujú aj situácie, keď tehotenstvo a pôrod nie sú vítané a dieťa sa stáva nechcené. Hľadá sa spôsob, ako tento stav riešiť, či dať dieťaťu právo na život a zároveň získať maximálnu diskretnosť o tejto životnej udalosti alebo predčasne ukončiť jeho život. Tehotná žena sa ocitá pred zvláštnou dilemou, keď si uvedomuje, že dieťa prichádza v najnevhodnejší čas, stáva sa nechceným pre jednu alebo i obe strany (matka a otec dieťaťa).

Celosvetovo medzi **najčastejšie dôvody vedúce k ukončeniu tehotenstva** patrí *naplnený počet detí v rodine, ukončenie tehotenstva kvôli práci alebo škole, nedostatok financií, problémy vo vzťahu rodičov, nízky vek budúcej matky, znásilnenie*. To však nie sú jediné dôvody, pre ktoré sa matky, alebo páry rozhodujú pre UUT. Milióny rodičov si želajú dieťa len určitého pohlavia (tzv. *prenatálna selekcia*). Iní sú pod

tlakom populačnej kontroly, ako napríklad v Číne. Ďalší pristupujú k umelému potratu v dôsledku *nedostatku ochranných prostriedkov pred neželaným otehotnením, či kvôli slabej osvete* (Mojtová, 2008, 2010).

I keď sa v súvislosti s umelým potratom hovorí o slobodnej voľbe ženy, v skutočnosti u mnohých žien prevládajú dôvody, ktoré majú so slobodným rozhodovaním len veľmi málo spoločné. *Je to nátlak zo strany partnera alebo rodičov, niekedy spojený i s vyhrázaním či násilím, nedostatok podpory okolia a pocit alebo aj stav finančnej núdze. Závažnou prekážkou slobodnej voľby je slabá informovanosť o vývojovom štádiu dieťaťa, o metódach vykonávania potratu, ako aj o možných následkoch a komplikáciách takéhoto zákroku.*

UUT je možné buď na vlastnú žiadosť ženy, alebo zo závažných zdravotných dôvodov – zo strany matky alebo z dôvodu poškodenia dieťaťa (Mojtová, 2008).

Súčasný slovenský právny systém umožňuje a ponúka matkám nechcených detí štyri možnosti, ako riešiť stav nežiaduceho tehotenstva. Tri z nich umožňujú dať dieťaťu šancu na život v náhradnej rodine. **Prvou možnosťou je písomný súhlas matky** (ak otec nie je známy alebo nie je uvedený) **alebo oboch rodičov dieťaťa po pôrode na osvojenie**. Písomným vyhlásením, tzv. „*Privolenie na osvojenie dieťaťa*“, pred zástupcom súdu alebo oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny v mieste trvalého bydliska matky alebo rodičov, po podpísaní daného dokumentu sa môže začať proces osvojenia. **Druhou možnosťou je utajený pôrod** ako východisko riešenia nechceného dieťaťa za podmienky darovania života dieťaťu a utajenia osoby matky novorodenca. **Tretou možnosťou je anonymné odloženie dieťaťa do verejne prístupného inkubátora (Hniezda záchrany)**. **Štvrtou možnosťou je umelé ukončenie tehotenstva**, ktoré je možné uskutočniť do 12. ukončeného týždňa tehotenstva (§ 6b Zákona č. 576/2004 Z. z.).

4.1.5 Postup pri vykonaní interrupcie na Slovensku

Na Slovensku je uzákonená legálna interrupcia do 12. týždňa tehotenstva. Pri zistení genetickej chyby bola povolená výnimka, interrupcia sa mohla vykonať do 24. týždňa, ústavný súd SR ju ale v roku 2007 zrušil s odôvodnením, že je jej výkon upravený len vyhláškou ministerstva zdravotníctva a nie zákonom, čo sa považuje za protiústavné.

Žene, ktorá žiada o ukončenie tehotenstva dá gynekológ na vyplnenie „**Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva a hlásenie potratu**“. V nej vyplní osobné údaje, avšak nie dôvod, pre ktorý sa žena rozhodla podstúpiť potrat, ten je anonymný. Svojim podpisom potvrdí, že bola oboznámená s rizikom, vyplývajúcim z tohto zákroku a že bola poučená o antikoncepcii.

Ak je rodičkou maloletá do 15 rokov, lekár jej potrat odporučí zo zdravotných dôvodov a kontaktuje políciu pre zneužívanie maloletej, ak má od 15 do 16 rokov, na interrupciu potrebuje podpis zákonného zástupcu.

V priebehu šiestich mesiacov sa nesmie žena podrobiť viac ako jednej interrupcii.

Sociálny pracovník môže poskytovať odborné poradenstvo, takisto participovať na edukácii (antikoncepcia, utajené pôrody, hniezda záchranu) a v prevencii (napr. nechcených tehotenstiev). V prípade utajeného pôrodu pomôže vybaviť azylové centrum poskytujúce ubytovanie a stravu pred pôrodom a 6 týždňov po pôrode. Spolupracuje s príslušnými inštitúciami – orgánmi sociálnoprávnej ochrany dieťaťa, súdmi, políciou, zdravotníckymi zariadeniami, dáva návrh na umiestnenie dieťaťa do detského domova, prípadne zabezpečuje osvojenie (adopciu) dieťaťa. **Ak sa matka nachádza v hmotnej alebo sociálnej núdzi, sociálny pracovník jej môže zabezpečiť:**

- odbornú pomoc – poradenstvo lekára, psychológa, psychiatra, právnik, a
- sprevádzanie počas tehotenstva a po pôrode podľa potreby (napr. denná pomoc terénneho sociálneho pracovníka, účasť matky na terapeutických programoch a na stretnutiach svojpomocných skupín),
- ubytovanie a stravu (ideálne riešenie – pobyt v azylovom centre pred pôrodom a do jedného roku veku dieťaťa po pôrode),
- výbavu pre dieťa,
- pomoc s nákladmi na lekársku starostlivosť,
- pomoc so zvýšenými výdavkami na lieky,
- vybavenie žiadostí, úradných formalít (rodný list, príspevok pri narodení dieťaťa...),

- mesačný príspevok po dobu materskej dovolenky mimo azylového domu,
- ročný príspevok pri nástupe do školy.

Žiaľ, súčasnosť je v mnohých prípadoch taká, že v prvom trimestri (obdobie do ukončenia tretieho mesiaca tehotenstva) málokedy sociálny pracovník v nemocnici príde do kontaktu s pacientkou tohto typu, skôr chodia ambulantne a sú riešené ambulantnými gynekológmi alebo sociálnymi pracovníkmi úradov práce, sociálnych vecí a rodiny, ale samozrejme malé percento tvoria tieto pacientky, ak je ich tehotenstvo rizikové a vyžaduje hospitalizáciu.

Zákonný postup realizácie umelého prerušenia tehotenstva (UPT)¹ v zmysle Zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (na základe Zákona č. 345/2009 Z. z. ktorým sa mení a dopĺňa Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, platného od 1. septembra 2009, ktorým sa primárny Zákon č. 576/2004 Z. z. doplnil o § 6b – informovaný súhlas pri umelom prerušení tehotenstva).

Podmienkou vykonania umelého ukončenia tehotenstva je písomný informovaný súhlas po predchádzajúcom poučení. Takýto informovaný súhlas musí obsahovať dátum jeho udelenia a podpis ženy žiadajúcej o umelé ukončenie tehotenstva alebo jej zákonného zástupcu (§ 6b ods. 1 Zákona č. 576/2004 Z. z.). Poučenie predchádzajúce informovanému súhlasu poskytuje ošetrujúci zdravotnícky pracovník, a to zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu osoby, ktorú poučuje (§ 6 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z.). **Poučenie zahŕňa informácie o:**

¹ V zdravotníckej praxi sa ešte stále najčastejšie používa pojem UPT a je zakotvený aj v zákone č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej a nachádza sa i v žiadosti o tento výkon. S daným termínom sa však nestotožňujeme a navrhujeme ho zmeniť na UUT (umelé ukončenie tehotenstva).

- a) účele, povahe, priebehu a následkoch umelého ukončenia tehotenstva,
- b) fyzických a psychických rizikách umelého ukončenia tehotenstva,
- c) aktuálnom vývojovom štádiu embrya alebo plodu, ktorého vývoj má byť ukončený, a o jej oprávnení získať záznam zo sonografického vyšetrenia,
- d) alternatívach k umelému ukončeniu tehotenstva, najmä o možnosti utajenia jej osoby v súvislosti s pôrodom, osvojenia dieťaťa po narodení, finančnej, materiálnej alebo psychologickej pomoci v tehotenstve, poskytovanej občianskymi združeniami, neziskovými organizáciami, nadáciami, cirkvami a náboženskými spoločnosťami (§ 6b ods. 2 Zákona č. 576/2004 Z. z.).

Z pohľadu samotnej realizácie lekárskeho výkonu (UUT) sa môže tento zákrok vykonať najskôr po uplynutí lehoty 48 hodín od odoslania hlásenia o poskytnutí hore uvedených informácií (§ 6b ods. 3 Zákona č. 576/2004 Z. z.). V prípade, ak ide o neplnoletú osobu, podmienkou vykonania umelého ukončenia tehotenstva okrem písomného informovaného súhlasu žiadateľky je nutný aj písomný informovaný súhlas zákonného zástupcu neplnoletej osoby po predchádzajúcom poučení. Takýto informovaný súhlas musí obsahovať dátum jeho udelenia a podpis zákonného zástupcu (§ 6b ods. 4 Zákona č. 576/2004 Z. z.).

4.1.6 Utajený pôrod

Utajený pôrod predstavuje *jednu z najčastejších možností riešenia neplánovaného a nechceného tehotenstva, ktorý je legálny a vykonáva sa v zdravotníckom zariadení pod dohľadom odborného personálu*. Ponúka možnosť tehotnej žene v ťažkej životnej situácii rozhodnúť sa pre kladnú voľbu – darovať a zachrániť život dieťaťa, dať mu šancu žiť v rodine adoptívnych rodičov. Samotný pôrod je odborne vedený v zdravotníckom zariadení, a tým sa zabráni možným zdravotným rizikám na strane dieťaťa i matky (Mojtová, 2010).

V prípade, že sa tehotná žena rozhodne pre tento typ pôrodu, písomne požiada zdravotnícke zariadenie, v ktorom sa vykoná pôrod, o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom a následnou osobitnou ochranou svojich osobných údajov. Žiadosť obsahuje základné identifikačné údaje: meno a priezvisko, dátum narodenia, trvalé bydlisko a ďalšie dokumenty a informácie súvisiace

s tehotenstvom a samotným pôrodom. V Zákone č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti, sa presne uvádza, ako sa postupuje v prípade, že žena požiadala o utajenie tehotenstva a pôrodu. Uvádza sa tu postup pri vedení jej osobitnej zdravotnej dokumentácie, ako je pôrodná a operačná kniha či dokumentácia počas hospitalizácie v tehotenstve, vrátane vedenia utajeného pôrodu cisárskym rezom. U ženy, ktorá písomne požiadala o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom, sa vedie osobitná zdravotná dokumentácia v rozsahu zdravotnej starostlivosti súvisiacej s tehotenstvom a pôrodom, ktorej súčasťou sú osobné údaje tejto ženy, nevyhnutné na zistenie anamnézy a nasledovné údaje: *údaje o poučení a informovanom súhlase, údaje o chorobe osoby, o priebehu a výsledkoch vyšetrení, liečby a ďalších významných okolnostiach súvisiacich so zdravotným stavom osoby a s postupom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, údaje o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti, údaje o službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, údaje o dočasnej práceneschopnosti pre chorobu a úraz a skutočnosti dôležité na posúdenie zdravotnej spôsobilosti na výkon práce, epidemiologicky závažné skutočnosti, identifikačné údaje príslušnej zdravotnej poisťovne, identifikačné údaje poskytovateľa.* Osobné údaje nevyhnutné na jej identifikáciu sa vedú oddelene od osobitnej zdravotnej dokumentácie spolu s písomnou žiadosťou o utajenie pôrodu. Osobitná zdravotná dokumentácia sa o tieto údaje doplní a zapečatí ako celok (§ 19 ods. 4, 5 Zákona č. 576/2004 Z. z.). Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný osobitnú zdravotnú dokumentáciu, vrátane osobných údajov nevyhnutných na identifikáciu, viesť oddelene od zdravotnej dokumentácie ostatných osôb. Nemôže ju sprístupniť, ako je to možné pri iných prípadoch. Kompletná dokumentácia o tehotnej žene sa zapečatí ako celok a následne sa uloží na bezpečnom mieste gynekologicko-pôrodnického pracoviska na obdobie šiestich týždňov. „Utajená“ rodička odchádza na pôrodnú sálu po medicínskej a ošetrovateľskej príprave so zdravotnou dokumentáciou, kde v časti osobné údaje je uvedený len utajený pôrod s prideleným číslom. Po pôrode zostáva pod dohľadom zdravotníkov na pôrodnej sále a neskôr je preložená na štandardné lôžko gynekologického oddelenia (nie na šestonedelie). Ak je zdravotný stav ženy po pôrode stabilizovaný, prepúšťa sa čo najskôr zo zdravotníckeho zariadenia. Dieťa z utajeného pôrodu je odovzdané do starostlivosti novorodeneckého oddelenia a vedie sa mu osobitná dokumentácia z utajeného pôrodu s prideleným číslom. O každom novorodencovi sa posielajú na príslušný matričný úrad v mieste zdravotníckeho zariadenia hlásenie o narodení, len s tým rozdielom, že v časti hlásenia, kde sa uvádza meno dieťaťa a údaje o rodičoch, sa uvedie jednotné pomenovanie – neuvedené. Na základe tohto oznámenia príslušný

matričný úrad vydá pre dieťa rodný list (§ 13 ods. 1 a 5 zákona č. 154/1994 Z. z.). **Odo dňa pôrodu začína plynúť šesťtýždňová lehota, kedy biologická matka dieťaťa môže písomne požiadať zdravotnícke zariadenie o odtajnenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom. Po šiestich týždňoch je jej rozhodnutie nezvratné.** V prípade, že počas tohto obdobia neodvolala svoju žiadosť o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom, zdravotnícke zariadenie je povinné bez zbytočného odkladu odovzdať zapečatenú dokumentáciu určenému registru Ministerstva zdravotníctva SR na jeho ďalšiu úschovu (§ 23 ods. 5 Zákona č. 576/2004 Z. z.). Po tomto období začína hlavná etapa sociálnej práce s dieťaťom z utajeného pôrodu s cieľom zabezpečiť novorodencovi nový domov a adoptívnych rodičov. Zdravotná starostlivosť súvisiaca s tehotenstvom a pôrodom dieťaťa, ktorého matka požiadala o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom, sa uhrádza zdravotnou poisťovňou, ktorej je rodička klientkou (tzv. spárovanie údajov je možné napr. na základe čísla preukazu a názve zdravotnej poisťovne). Povinnosť mlčanlivosti v súvislosti s výkonom zdravotnej starostlivosti a ochrana osobných údajov tým nie je dotknutá (§ 49 Zákona č. 576/2004).

Uspokojovanie potrieb patrí k najdôležitejším požiadavkám starostlivosti o dieťa, poskytovanej kýmkoľvek a kdekoľvek. Podmienkou je rešpektovanie stavu a stupňa vývoja dieťaťa, aktuálnej situácie, v ktorej sa nachádza, i prostredia, ktorým je obklopené, a jeho vplyvu na dieťa a zároveň spätnému pôsobeniu dieťaťa k danému prostrediu (Dunovský et al., 1999). Starostlivosť o dieťa z utajeného pôrodu sa nelíši od starostlivosti o každé iné dieťa. Napriek tomu si vyžaduje špecifickú starostlivosť multidisciplinárneho tímu, ktorý tvoria lekári, sestry, ale aj klinický sociálny pracovník zdravotníckeho zariadenia, ktorých cieľom je zabezpečiť okrem iných potrieb, aj potrebu lásky a bezpečia v novej rodine. Po uplynutí šiestich týždňov odo dňa pôrodu sa stáva dieťa „právne voľné“ a začína proces osvojenia v manažmente príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny. Prvý rodný list je nutný k ďalšiemu procesu osvojenia a na návrh matričného úradu určí súd dieťaťu meno a priezvisko. Samotný proces osvojenia je riadený v súlade so zákonom o rodine (Zákon č. 36/2005 Z. z.). Osvojiteľom sa môže stať len fyzická osoba, ktorá je spôsobilá na právne úkony, má osobné, zdravotné, osobnostné a morálne predpoklady a je zapísaná do zoznamu žiadateľov o osvojenie (§ 98 Zákona č. 36/2005 Z. z.). Pred rozhodnutím súdu o osvojení musí byť maloleté dieťa po dobu deviatich mesiacov v starostlivosti budúceho osvojiteľa v rámci tzv. predosvojiteľskej starostlivosti. O zverení dieťaťa do starostlivosti budúcich osvojiteľov

rozhoduje súd na návrh budúceho osvojiteľa. Po vydaní rozhodnutia súdu o zverení dieťaťa do starostlivosti adoptívnych rodičov, sa osvojiteľia zapíšu v matrike do časti – rodičia a dieťa z utajeného pôrodu získava priezvisko svojich nových rodičov a začína svoju životnú etapu v náhradnej rodine (§ 103 - 109 Zákona č. 36/2005 Z. z.).

Význam utajených pôrodov: prijatím Zákona č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti, z 21. októbra 2004 s účinnosťou od 1. januára 2005, prišiel do oblasti zdravotnej starostlivosti nový právny stav – inštitút utajeného pôrodu. Ponúka tehotnej žene v ťažkej životnej situácii možnosť riešenia nechceného dieťaťa s cieľom darovať mu život, zabezpečiť matke dieťaťa maximálnu anonymitu a pre dieťa nájsť novú rodinu v procese osvojenia (adopcie). Nechcené dieťa je každé dieťa narodené v zdravotníckom zariadení alebo v prostredí mimo zdravotníckeho zariadenia, ktoré dostalo od svojej biologickej matky právo na život, ale za podmienky, že bude vychovávané v náhradnom rodinnom prostredí – u osvojiteľov, v detskom domove alebo v domove sociálnych služieb, a za predpokladu, že osobné údaje o biologickej matke alebo o rodičoch nechceného dieťaťa zostanú podľa možností v maximálnej anonymite, najmä u detí z utajených pôrodov. Utajené pôrody absolvujú ženy, ktoré sa z rôznych príčin nechcú a nemôžu starať o svoje deti, a sú motivované k tomu, aby si vybrali lepšie riešenie ako interrupciu či riskovať vlastný život pri domácom pôrode s následným zbavením sa dieťaťa a vystaviť sa tak trestno-právnomu konaniu za vraždu novorodenca. Každé dieťa má právo vyrastať a byť vychovávané v rodine. Aj dieťa z utajeného pôrodu je ako každé iné a zaslúži si lásku a pozornosť rodičov, v našom prípade adoptívnych rodičov. Prítomnosť dieťaťa v rodine neznamená pre nových rodičov iba starosť a zodpovednosť, ale stáva sa podnetom a poučením, prináša šancu pre náhradných rodičov, aby dozreli na svoju rolu, rolu milujúcej matky a otca. Dieťa potrebuje citovo zdravú rodinu a zázemie plné pochopenia, radosti, milý humor, vedomie spolupatričnosti, ale aj model správania. Kto sa vie tešiť z dieťaťa, ten sa stáva pravým rodičom. Radosť z príchodu dieťaťa do rodiny znamená novú filozofiu života a je najlepším dôkazom, že si dieťa, bez ohľadu na jeho minulosť, rodičia zaslúžia. Rodina má pre utajené dieťa veľký význam. Predstavuje okruh ľudí, u ktorých začína svoju životnú etapu, získava meno, priezvisko, osvojiteľa (rodičia) preberajú všetky práva a povinnosti súvisiace s príchodom, rastom, výchovou a starostlivosťou o toto dieťa. Stáva sa vytúženým dieťaťom svojich rodičov. Každý život má svoj scenár a príbeh dieťaťa z utajeného pôrodu začína svoju novú existenciu v rodinnom prostredí adoptívnych rodičov (Šrank, Boledovičová, 2011).

Tabuľka: Počet detí z utajených pôrodov v Slovenskej republike v rokoch 2009 – 2011 (Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny)

Rok	Počet detí z utajeného pôrodu	Z toho počet dievčat
2009	21	10
2010	46	26
2011	36	21

Poznámka: utajený pôrod v SR je možný od roku 2005, avšak údaje o počtoch utajených pôrodov sa v SR štatisticky sledujú až od roku 2009

4.1.7 Anonymné odloženie dieťaťa do verejne prístupného inkubátora (Hniezdo záchrany)

Od roku 2004 sme na Slovensku zaznamenávali postupné otvorenie celkovo 20 hniezd záchrany (Bratislava-Kramáre, Bratislava-Petržalka, Žilina, Prešov, Nové Zámky, Nitra, Trnava, Ružomberok, Banská Bystrica, Košice, Rožňava, Dolný Kubín, Spišská Nová Ves, Trenčín, Čadca, Rimavská Sobota, Skalica, Svidník, Vranov nad Topľou, Dunajská Streda), v ktorých sa od ich otvorenia do súčasnosti našlo 40 detí (v rokoch 2005 - 2012). Niektoré z týchto detí sa vrátili k svojim biologickým matkám, väčšina však skončila u náhradných adoptívnych rodičov, u ktorých dostali šancu žiť a vyrastať a začať nový život.

Hniezdo záchrany je verejne prístupný inkubátor, do ktorého je možné odložiť novorodenca v rámci riešenia krízovej životnej situácie s cieľom zaručiť mu prirodzené právo na život. Predstavuje situáciu, keď matka dieťaťa alebo blízka osoba rodičke odloží krátko po pôrode alebo v období do 28 dní po pôrode dieťa – novorodenca (§ 11 ods. 11 Zákona č. 576/2004 Z. z.). Matka sa v takomto prípade nedopúšťa trestného činu odloženia dieťaťa.

Hniezda záchrany (v zahraničí tzv. babyboxy) majú nielen svojich zástancov, ale aj odporcov, ktorí **upozorňujú na viacero problémov z hľadiska sociálneho, právneho aj technického** (Slaný, 2008):

- čo keď s vloženíím do hniezda záchrany nebude súhlasiť genetický otec dieťaťa, a to v čase pôrodu alebo kedykoľvek v budúcnosti?
- ako zabrániť, aby sa do schránky nedostalo staršie dieťa, ako je uvažovaný anonymne porodený novorodenec – teda dojča, batola atď.?
- čo v prípade, ak tam bude vložené staršie dieťa ako novorodenec?

- ako zaistiť, aby do schránky nebol vložený unesený novorodenec?
- čo v prípade, ak bude do hniezda vložený mŕtvy/zavraždený novorodenec alebo staršie dieťa?
- ako zaistiť, aby bolo možné do hniezda vložiť len novorodenca, nie napr. zvieru (živé či mŕtve...)?
- neotvára sa tým možnosť k nezákonným manipuláciám s deťmi, vrátane obchodovania s deťmi a s telesnými orgánmi?
- aký bude ďalší osud týchto „najdúchov“? Odkiaľ majú zástancovia hniezd záchrany istotu, že všetky tieto deti budú v čo najkratšom čase osvojení?

To všetko sú otázky, ktoré sa dotýkajú aj rozhodovania klinického sociálneho pracovníka o osude dieťaťa a o ktorých je dôležité diskutovať. Môžeme to nazvať **„dilemy klinického sociálneho pracovníka v oblasti anonymného odloženia novorodenca do hniezda záchrany.“**

Novorodenec sa vyberie z hniezda záchrany do 5. minút od jeho uloženia biologickou matkou alebo inou blízkou osobou po spustení signalizačného alarmu a umiestni sa na novorodenecké oddelenie daného zdravotníckeho zariadenia. Každé toto zariadenie má vypracovaný interný predpis s pokynmi transportu dieťaťa z verejne prístupného inkubátora na novorodenecké pracovisko.

Novorodencovi sa poskytuje primeraná zdravotná starostlivosť (klinické vyšetrenie, označenie, skrútingy, vstupné laboratórne a kultivačné vyšetrenia, vyšetrenia na potvrdenie alebo vyvrátenie hepatitídy typu B a typu C, BWR (syfilis) a HIV). Osobitná pozornosť pri prijatí dieťaťa sa venuje vyhľadávaniu príznakov fyzického týrania a zneužitia zo strany blízkej osoby dieťaťa, samozrejme dôležité je oddiferencovať spozorované zmeny na organizme spôsobené pôrodným mechanizmom od príznakov možného fyzického útoku na dieťa po pôrode. Následne sa poskytuje komplexná neonatologická starostlivosť o toto dieťa ako v ostatných prípadoch podľa vývoja zdravotného stavu novorodenca. Do nemocničného informačného systému sa dieťa zapíše ako neznámy/neznáma (podľa pohlavia), do časti dátum narodenia sa zapíše dátum a čas nájdenia dieťaťa vo verejne prístupnom inkubátore, do kategórie bydlisko sa zapíše a uvedie miesto zdravotníckeho zariadenia, kde sa hniezdo záchrany nachádza.

Matka dieťaťa zostáva v anonymite, ktorá si vyriešila svoju vážnu životnú situáciu a o dieťa sa postará personál nemocnice (lekár, sestra, klinický sociálny pracovník). Klinický sociálny pracovník komunikuje s príslušnými inštitúciami (úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, matričný úrad, súd) a začína sa riešiť daná sociálna situácia dieťaťa z anonymného odloženia vo verejne prístupnom inkubátore v zmysle platnej legislatívy. Hlásenie nálezu odloženého novorodenca sa oznamuje príslušnému Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny (oddelenie sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately) v mieste zdravotníckeho zariadenia, a to aj v prípade, ak sa pri dieťati nájde rodný list. Hlásenie nálezu obsahuje údaje o dátume a čase nájdenia dieťaťa v hniezde záchrany, údaje o pohlaví, o zdravotnom stave, prípadne zoznam vecí, ktoré sa pri dieťati našli v čase nájdenia v inkubátore. Toto hlásenie možno urobiť písomne, elektronickými prostriedkami alebo telefaxom. O dieťati sa vedie zdravotná a ošetrovateľská dokumentácia ako u každého iného novorodenca.

Sociálne intervencie u dieťaťa nájdeného v hniezde záchrany majú nasledujúcu postupnosť (Pápayová, Šrank, Boledovičová, 2011):

- po vykonaní základného vyšetrenia a ošetrovania novorodenca z hniezda záchrany a zaznamenaní všetkých údajov v zdravotnej dokumentácii, prijímajúci lekár informuje klinického sociálneho pracovníka daného zdravotníckeho zariadenia. Pracovník vykoná prvú návštevu neonatologického pracoviska a v spolupráci s prijímajúcim (ošetrojúcim) lekárom alebo vedúcim lekárom pracoviska zahájí nasledovné neodkladné sociálnoprávne kroky:
 - hlásenie nálezu odloženého novorodenca vo verejne prístupnom inkubátore Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny v mieste zdravotníckeho zariadenia,
 - oznámenie matričnému úradu v mieste zdravotníckeho zariadenia (§ 13 ods. 3 Zákona č. 154/1994 Z. z. o matrikách), na základe ktorého matrikár zapíše dané dieťa do knihy narodení a vystaví rodný list,
 - zdravotnícke zariadenie zastúpené klinickým sociálnym pracovníkom na základe súčinnosti rezortu ministerstva zdravotníctva s mimovládnyimi organizáciami poskytne písomne, telefonicky alebo elektronicky občianskemu združeniu „**Sanca pre nechcených**“ údaje o novorodencovi nájdenom v hniezde záchrany. Tieto údaje obsahujú dátum a čas nálezu dieťaťa vo verejne prístupnom inkubátore, pohlavie, hmotnosť a dĺžku

dieťaťa a názov zdravotníckeho zariadenia (Odborné usmernenie MZ SR č. 09894/2009 – OZS o postupe zdravotníckych pracovníkov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti novorodencom odloženým vo verejne prístupnom inkubátore);

- klinický sociálny pracovník následne komunikuje s príslušnými inštitúciami (Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, matričný úrad, súd) o jednotlivých sociálnoprávnych postupoch u dieťaťa z hniezda záchrany. Matričný úrad v mieste zdravotníckeho zariadenia na základe písomnej správy o nájdení dieťaťa vo verejne prístupnom inkubátore požiada príslušný súd o určenie mena a priezviska (§ 1 ods. 4 a § 4 ods. 6 Zákona č. 445/2006 Z. z. o mene a priezvisku). Príslušný súd vytyčí termín pojednávania, ktorého sa zúčastňuje zástupca navrhovateľa (matričný úrad) a kolízny opatrovník dieťaťa (súdom určený zástupca úradu práce, sociálnych vecí a rodiny). Súd určí dieťaťu meno a priezvisko, ktoré sa na základe súdneho uznesenia zapíše do knihy narodení a matričný úrad vydá rodný list dieťaťa. Po vydaní rodného listu klinický sociálny pracovník zdravotníckeho zariadenia alebo určený pracovník úradu práce, sociálnych vecí a rodiny podáva prihlášku do zdravotnej poisťovne, čím je dieťaťu zabezpečené verejné zdravotné poistenie (§ 6 Zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení). Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, oddelenie sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately – úsek náhradnej rodinnej starostlivosti monitoruje tieto právne kroky a zároveň hľadá pre dieťa budúcich osvojiteľov zo zoznamu žiadateľov o osvojenie. ***Môže však nastať situácia, že sa v zdravotníckom zariadení objaví žena, ktorá tvrdí o sebe, že je biologickou matkou novorodenca nájdeného v hniezde záchrany a prejaví záujem o prevzatie dieťaťa do osobnej starostlivosti.*** Táto matka prostredníctvom úradu práce, sociálnych vecí a rodiny podá na príslušný súd žiadosť o určenie materstva. Súd stanoví podmienky dokazovania materstva (lekárske vyšetrenie, genetické dokazovanie) a na základe výsledkov dokazovania rozhodne v prospech alebo v neprospech žiadateľky (§ 83 Zákona č. 36/2005 Z. z. – zákon o rodine);
- v prípade, ak sa matka neohlási, príslušný súd na návrh úradu práce, sociálnych vecí a rodiny určí dieťaťu osvojiteľov (adoptívnych rodičov) alebo osvojiteľa (adoptívny rodič). Môže nastať stav, že dieťa je na základe predbežného rozhodnutia súdu dočasne umiestnené v zariadení nahradzujúcom rodinné prostredie – do detského domova (profesionálna rodina) alebo

priamo z nemocničného prostredia je na základe uznesenia súdu zverené do predosvojiteľskej starostlivosti náhradných rodičov, ktorí zabezpečujú podmienky a starostlivosť pre zdravý rast a vývoj dieťaťa (§ 97 - § 109 Zákona č. 36/2005 Z. z. – Zákon o rodine);

- adoptívni rodičia zabezpečujú právnu a morálnu ochranu dieťaťa, kompletnú starostlivosť, ako môže dieťaťu poskytnúť rodič. Toto dieťa a jeho nová rodina je v rámci predosvojiteľskej starostlivosti monitorovaná príslušným úradom práce, sociálnych vecí a rodiny za účelom sledovania rodinného a sociálneho prostredia a celkového vývoja dieťaťa. Po deviatich mesiacoch predosvojiteľskej starostlivosti podávajú budúci osvojitelia na príslušnom súde návrh na osvojenie. Ak nie sú vážne prekážky a výhrady úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, prípadne iných inštitúcií (samosprávne orgány, policajné orgány, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti) uznesením súdu je dieťa zverené do starostlivosti osvojiteľov. Na základe rozhodnutia súdu matričný úrad vykoná nový zápis do knihy narodení – dieťaťu sa mení priezvisko na priezvisko osvojiteľov a je možná aj zmena mena na základe súhlasného vyhlásenia oboch osvojiteľov. Po zápise do knihy narodení sa dieťaťu vydáva nový rodný list s menom a priezviskom osvojiteľov a v časti matka a otec dieťaťa sa uvedú mená osvojiteľov, prípadne osvojiteľa, ktorým môže byť aj slobodná žena alebo muž, nielen manželia.

Tabuľka: Počet detí anonymne odložených do verejne prístupného inkubátora v Slovenskej republike v rokoch 2009 – 2011 (Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny)

Rok	Počet detí z anonymného odloženia do verejne prístupného inkubátora	Z toho počet dievčat
2009	8	5
2010	7	2
2011	4	4

Poznámka: anonymné odloženie dieťaťa vo verejne prístupnom inkubátore v SR je možné od roku 2005, avšak údaje o počtoch týchto novorodencov sa v SR štatisticky sledujú až od roku 2009

4.2 Sociálna práca s detským pacientom

4.2.1 Charakteristika odboru pediatria

Pediatria (detské lekárstvo) je základný medicínsky odbor. Zaoberá sa vývojovým obdobím človeka od narodenia do 19. rokov života s cieľom zabezpečiť harmonický rozvoj telesných a duševných schopností jednotlivca a celej mladej populácie. Vychádza z vedeckých poznatkov o vývoji detského organizmu, študuje vplyvy a okolnosti, ktoré tento vývoj ovplyvňujú. Obsahom sú najčastejšie sa vyskytujúce ochorenia a chorobné stavy detí vo všetkých vekových kategóriách, s využitím vybraných teórií a modelov pri ošetrovaní detí. Zameriava sa aj na chronicky choré a invalidizujúce deti, ktoré sú vždy sprevádzané významným psychosociálnym rozmerom. Na základe získaných poznatkov v úzkej spolupráci s inými medicínskymi a vednými odbormi zabezpečuje ich využitie v komplexnej starostlivosti o dieťa (Šašínska, Šagát et al., 1998).

Detské lekárstvo sa zaoberá dieťaťom v zdraví aj v chorobe. Zabezpečuje prevenciu a liečbu v detskom veku, a tým aj primárnu prevenciu chorobných stavov v dospelosti. Aktívne ovplyvňuje zdravý životný štýl a kvalitu života detskej populácie – starostlivosť o zdravú výživu, podpora obranyschopnosti organizmu, spoluúčasť na vytváraní optimálnych životných podmienok, včasná detekcia a naprávanie odchýlky od fyziologického stavu, prevencia škodlivých návykov a pod. (Konceptia odboru pediatrie č. 2832/93-B/1-Zb.).

4.2.2 Pacient detského oddelenia

Každý pobyt dieťaťa mimo svojho prirodzeného rodinného prostredia predstavuje vážny zásah do jeho osobného života. Rola detského pacienta, do ktorej sa pacient prenáša pri prijímaní do zdravotníckeho zariadenia spôsobuje zmeny v jeho celkovom správaní a prežívaní obdobia choroby, úrazu alebo iného pôvodcu prijatia. Samotná hospitalizácia sa prenáša nielen do života samotného dieťaťa ale aj do života jeho najbližšieho okolia – rodičov, súrodencov, blízkej rodiny.

Závažnou psychologickou okolnosťou je, že táto celková starostlivosť sa deje mimo domova dieťaťa a jeho zdravotné ťažkosti sú prenášané do tohto prostredia, ktoré je pre dieťa neobvyklé a neznáme (Matějček, 2001).

Mojtová a kol. (2008) zastáva názor, že dobrá starostlivosť o dieťa je zameraná na celú rodinu. Zodpovednosť za dieťa nepreberá lekár, oddelenie či iná inštitúcia, ale zostáva v rukách rodiny – **FAMILY CENTRED CARE** – rodina je uprostred a tí, ktorí poskytujú odbornú starostlivosť dieťaťu (lekári, sestry, sociálni pracovníci...), pomáhajú rodine, aby sa mohla starať o choré dieťa. Model Family Centred Care mení prístup zdravotníkov od „Povedzte nám svoj problém a my ho vyriešime“ ku: „Akým spôsobom vám môžeme pomôcť?“

Dieťa vstupom do nemocnice zaujíma novú pozíciu, ktorá vplyvom ochorenia, úrazu alebo iných faktorov zmení na časovo vopred neurčený čas jeho osobný život. Delenie detského pacienta (Šrank, 2012):

- **detský pacient z hľadiska typu hospitalizácie:**
 - detský pacient z akútnej hospitalizácie – neplánovaná, nečakaná, ktorej príčinou je náhle zhoršenie zdravotného stavu alebo úraz, prípadne vážny sociálny dôvod, ktorý vyžaduje okamžité prijatie dieťaťa do zdravotníckeho zariadenia za účelom diagnostiky a liečby dieťaťa,
 - detský pacient z plánovanej (elektívnej) hospitalizácie – daný pobyt dieťaťa v zdravotníckom zariadení je vopred naplánovaný, vopred je známy termín a účel prijatia do nemocnice;
- **detský pacient z hľadiska početnosti hospitalizácie:**
 - prvýkrát hospitalizované dieťa – dieťa prvýkrát ústavne liečené pre chorobu, úraz či iný dôvod (zdravotno-sociálny),
 - opakovane hospitalizované dieťa – v krátkom časovom intervale opätovne hospitalizované dieťa z rovnakých príčin ako pri poslednej hospitalizácii, prípadne z inej príčiny, mnohokrát spôsobené nedostatočnou starostlivosťou o dieťa v prirodzenom rodinnom prostredí;
- **detský pacient z hľadiska dĺžky hospitalizácie:**
 - krátkodobo hospitalizované dieťa (v priemere do 2-7 dní),
 - dlhodobo hospitalizované dieťa (niekoľko týždňov až mesiacov);
- **detský pacient z hľadiska prítomnosti sprievodcu:**
 - detská hospitalizácia so sprievodcom – je to blízka osoba dieťaťa, ktorá s ním bola prijatá do ústavnej zdravotnej starostlivosti (matka, otec, plnoletý súrodeneц, starý rodič), sprievodca

platí 3,32 € na deň, pričom prvý a posledný deň sa rátajú ako jeden deň a od platby poplatku je oslobodený sprievodca dieťaťa do troch rokov veku, dojčiaci matka s dojčatom, sprievodca osoby do 18 rokov veku prijatej na onkologickú liečbu.

- detská hospitalizácia bez prítomnosti sprievodcu;
- **detská hospitalizácia z hľadiska príčiny pobytu dieťaťa v nemocnici:**
 - medicínska príčina – choroba, úraz, narodenie dieťaťa,
 - zdravotno-sociálna príčina – stav po narodení dieťaťa – utajený pôrod, anonymné odloženie dieťaťa do verejne prístupného inkubátora, písomný súhlas matky alebo rodičov po pôrode s osvojením, súbežne prebiehajúca zdravotná a sociálna starostlivosť o detského pacienta;
- **detský pacient z hľadiska sociálneho prostredia:**
 - detský pacient zo stabilného sociálneho a rodinného prostredia,
 - detský pacient z rizikového sociálneho prostredia – deti z menej podnetného sociálneho prostredia, na hranici chudoby, deti bezdomovcov a simplexných rodičov, deti mladistvých alebo osamelých matiek, deti z mnohopočetných ekonomicky slabých rodín, deti príslušníkov iných kultúrnych, etnických skupín a menšín, deti utečencov a prisťahovalcov a deti zanedbávané, týrané a zneužívané - syndróm CAN.

4.2.3 Syndróm CAN - syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa

Usmernenia EÚ pre presadzovanie a ochranu práv dieťaťa (2011) hovoria o tom, že násilie na deťoch prestupuje kultúrne zázemie, spoločenské postavenie, vzdelanie, príjem a etnický pôvod a predstavuje obzvlášť rozšírené porušovanie práv dieťaťa, ktoré ohrozuje aj rozvojové potreby detí. *Životy detí všetkých vekových skupín v každom regióne na svete stále ohrozujú rozličné formy násilia, medzi ktoré patrí fyzické, mentálne, psychologické a sexuálne násilie, týranie a iné kruté, nehumánne a ponižujúce zaobchádzanie, zneužívanie a využívanie detí, branie rukojemníkov, domáce násilie, obchodovanie a predaj detí a ich orgánov, pedofília, detská prostitúcia, detská pornografia, detská sexuálna turistika, násilie spôsobené gangmi,*

škodlivé tradičné zvyklosti akejkolvek povahy a telesné tresty v školách. Napríklad podľa oficiálnych odhadov v roku 2002 okolo 150 miliónov dievčat a 73 miliónov chlapcov mladších ako 18 rokov malo skúsenosť s núteným sexuálnym stykom alebo inými formami sexuálneho násillia. Predpokladá sa, že 100 až 140 miliónov dievčat a žien podstúpilo vo svete mrženie/obriezku ženských pohlavných orgánov. V roku 2004 bolo 126 miliónov detí nútených k nebezpečnej práci.

Výraz „syndróm“ označuje jav, kedy sa za určitých podmienok vyskytuje viac zhodných príznakov typických na príklad pre určité ochorenie. Skratka „CAN“ (z anglického Child Abuse and Neglect – znamená v preklade zneužívané a zanedbávané dieťa) a **syndróm CAN teda označuje súhrn príznakov týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa.** V súčasnosti sa tiež stretávame s pojmom CSA – Child Sexual Abuse – syndróm sexuálne zneužívaného dieťaťa.

Bité, týrané a zneužívané deti nie sú na Slovensku ničím ojedinelým. Žiaľ, sociálni pracovníci, psychológovia, učitelia, lekári, policajti, všetci, ktorí v rámci profesie prichádzajú do kontaktu s týranými deťmi, nedokážu vždy zachytiť varovné príznaky zlej situácie dieťaťa. A dieťa samo prehovorí kvôli strachu len málokedy, prípadne ani nevie, že by malo niečo povedať, pretože pokladá svoju situáciu za normálnu (Mojtová, 2008).

K vymedzeniu pojmu syndrómu CAN existujú dôležité kritériá ako – vždy ide o nenáhodný dej, ktorý je v našej spoločnosti nežiaduci a odmietaný a dá sa mu predchádzať. Dunovský a kol. (1995, s. 24) uvádza: *„Za týranie, zneužívanie a zanedbávanie možno teda uvažovať akokoľvek nenáhodné, preventabilné, vedomé (i nevedomé) správanie a jednanie rodičov, vychovávateľov alebo iných osôb voči dieťaťu, ktoré je v danej spoločnosti neprijateľné, nežiaduce a poškodzuje telesný, duševný i spoločenský stav a vývoj dieťaťa, prípadne spôsobuje jeho smrť“.*

K týraniu, zneužívaniu či zanedbávaniu môže dochádzať v domácom prostredí, v priestoroch školy a internátov alebo na mnohých iných miestach, kde sa dieťa zdržuje. Niektoré formy syndrómu CAN sú zjavné, iné je však veľmi ťažké zistiť a žiaľ, veľký počet z nich zostáva navždy skrytých.

Syndróm CAN má štyri formy a medzi ne patrí:

- **Fyzické týranie - má podobu aktívnu alebo pasívnu**

Fyzické, telesné týranie *aktívnej formy* zahrňuje akty násillia na deťoch so širokým spektrom napadnutia. Patrí sem telesné týranie s následným

poranením – bitie, popáleniny, strkanie, kopanie, škrtenie, obarenie a pod.

Týranie *pasívnej formy* sa vyznačuje nedostatočným uspokojením životných potrieb dieťaťa. Môže ísť o úmyselné alebo neúmyselné neposkytovanie potrebnej starostlivosti dieťaťu.

- **Psychické týranie - má podobu aktívnu alebo pasívnu**

Psychické týranie aktívnej formy spočíva v cieľnom, zámernom a účelnom konaní, ako napríklad slovné útoky na sebavedomie dieťaťa, ponižovanie, karhanie, zavrhovanie, odmietanie dieťaťa a pod., ktoré môže viesť k najtragickejšiemu vyústeniu – samovražde dieťaťa. Následky psychického týrania u detí – môžu vznikajúť závislosti, poruchy príjmu potravy, koktanie a pod.

- **Zanedbávanie**

Zanedbávanie je najčastejším prejavom syndrómu CAN. Vyznačuje sa nedostatkom starostlivosti a nedostatočným uspokojovaním životných potrieb a závažne ohrozuje vývoj dieťaťa.

- **Sexuálne zneužívanie**

Sexuálne zneužívanie môžeme definovať ako využitie dieťaťa k sexuálnemu uspokojeniu dospelého. Môže byť bez telesného kontaktu – *bezdotykovou formou* (voyeurizmus, telefonické rozhovory, prinútenie dieťaťa k obnaženiu, verbálne sexuálne návrhy, atď.) a telesným kontaktom – *dotykovou formou* (dotýkanie, bozkávanie, prinútenie k sexuálnym aktivitám, atď.).

Ďalšie zvláštne formy syndrómu CAN (*systémové týranie, organizované zneužitie, rituálne zneužitie*, ktoré sa definuje ako zaobchádzanie s deťmi uskutočňované v súvislosti so symbolmi, ktoré majú náboženskú, magickú, či nadprirodzenú charakteristiku a sú súčasťou určitého organizovaného spoločenstva, *sexuálna turistika*, ktorá u nás predstavuje nový jav, ktorý čiastočne súvisí so značným zvýšením počtu ľudí cestujúcich služobne alebo prevádzajúcich zahraničnú turistiku, ku ktorému došlo v druhej polovici 20. storočia (Vaníčková a kol., 1999).

Zdravotnícka komisia Rady Európy z roku 1992 uvádza, že do syndrómu CAN sú zahrnuté i nasledujúce kategórie – psychické a fyzické týranie, sexuálne zneužívanie, zanedbávanie, šikanovanie, systémové týranie, sekundárna viktimizácia a **Münchhausenov syndróm by proxy**.

Tabuľka: Vybrané medzinárodné deklarácie, zmluvy, protokoly, dokumenty, štandardy, normy pre oblasť presadzovania a ochrany práv dieťaťa

Dokumenty
Všeobecná deklarácia ľudských práv, 1948
Miléniová deklarácia OSN, 2000
Deklarácia a akčný plán „Svet vhodný pre deti“, 2002
Parížske záväzky k ochrane detí pred nezákonným náborom alebo využívaním zo strany ozbrojených síl alebo ozbrojených skupín (parížske záväzky), 2007
Štandardné minimálne pravidlá OSN pre správu justície pre mladistvých (pekínske pravidlá), 1985
Pravidlá OSN na ochranu mladistvých zbavených slobody (havanské pravidlá), 1990
Usmernenia OSN pre predchádzanie delikvencie mladistvých (rijádske usmernenia), 1990
Charta základných práv Európskej únie (najmä čl. 24 o právach dieťaťa)
Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd, 1950
Európsky dohovor o výkone práv detí, 1996
Európsky dohovor o predchádzaní mučeniu a neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu, 1987
Dohovor o právach dieťaťa (CRC), 1989
Opčný protokol o predaji detí, detskej prostitúcii a detskej pornografii, 2000
Opčný protokol o účasti detí v ozbrojených konfliktoch, 2000
Opčný protokol k Dohovoru o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien, 1999
Dohovor proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu, 1984
Opčný protokol k Dohovoru OSN proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu, 2002

Každý štát má povinnosť chrániť deti pred zneužívaním zanedbávaním, sexuálnym násilím a vyplýva to izrady noriem ústavného a medzinárodného charakteru, napríklad podľa Usmernenia EÚ pre presadzovanie a ochranu práv dieťaťa (2011):

- **Dohovor o právach dieťaťa** - je historicky najratifikovanejšou zmluvou v oblasti ľudských práv. Spolu s opčnými protokolmi

obsahuje komplexný súbor právne záväzných medzinárodných noriem pre presadzovanie a ochranu práv dieťaťa. Tieto nástroje, spolu s inými medzinárodnými a regionálnymi normami v oblasti práv dieťaťa vrátane noriem prijatých Radou Európy, sú pevným základom pre zabezpečenie ľudských práv pre všetky deti bez akejkolvek diskriminácie a sú zároveň orientačným bodom pre podporu a monitorovanie pokroku v uplatňovaní práv dieťaťa.

- *Ďalšie medzinárodné záväzky* k presadzovaniu a ochrane práv dieťaťa boli prijaté na osobitnom zasadnutí Valného zhromaždenia OSN o deťoch (UNGASS) v máji 2002 a poskytujú časovo vymedzenú stratégiu vykonávania a monitorovania pokroku. Prijatím deklarácie a akčného plánu „Svet vhodný pre deti“ na zasadnutí UNGASS v roku 2002 sa hlavy štátov a predsedovia vlád zaviazali k celosvetovej podpore práv dieťaťa a k vykonávaniu dohodnutých cieľov, stratégií a činností.

Neexistuje jednoznačná predikcia syndrómu CAN. Avšak zo spoločenskej situácie, zo sociálneho prostredia dieťaťa a z aktuálneho zdravotného a psychického vývoja dieťaťa samého je možné vysloviť podozrenie. Ak zdravotnícke zariadenie rozozná, že dieťa alebo aj jeho súrodenci žijú v rizikovom prostredí, tak ide o deti vo zvlášť ťažkej situácii, ktoré potrebujú zvláštnu pomoc spoločnosti (multidisciplinárny a medzirezortný prístup) (Mojtová, 2008).

Klinický sociálny pracovník by mal vedieť, z akého prostredia detský pacient prichádza. Mnohokrát sa stáva, že klinický sociálny pracovník identifikuje, že dieťa je týrané, zneužívané, či zanedbávané. Je preto dôležité v prvom rade poskytnúť správnu krízovú intervenciu – len tvárou v tvár. Špecifiká krízovej intervencie sme popisovali už v predchádzajúcej kapitole.

Podľa Elliota, Placa (2002) význam intervencie nespočíva len v jej účinku na bezprostredné poruchy a ťažkosti, ale v tom, že znižuje pravdepodobnosť, že v budúcom živote bude mať dieťa veľké problémy. Práve efektívna intervencia znižuje pravdepodobnosť problémov vo vzťahoch v dospelosti a znižuje riziko rovnakého správania sa v dospelosti.

Hlavnou zásadou je zabezpečiť ochranu dieťaťa pred ďalším násilím, teda zabezpečiť predovšetkým bezpečie dieťaťa. Klinický sociálny pracovník by sa mal pokúsiť vytvoriť a nadviazať čo najlepší kontakt s dieťaťom. Ďalej je dôležité, aby posúdil nutnosť lekárskeho vyšetrenia. Po zhromaždení všetkých dostupných informácií, ktoré môžu

pomôcť pri hodnotení situácie a po dohode (najlepšie s dieťaťom) kontaktovať ostatné inštitúcie, ako políciu, orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, atď.

Pre zvýšenú ochranu dieťaťa bolo Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky vydané odborné usmernenie o príznakoch a diagnostike zanedbávania, týrania alebo zneužívania maloletej osoby a o postupe poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri oznamovaní podozrenia na zanedbávanie, týranie alebo zneužívanie maloletej osoby (odborné usmernenie číslo 07566 – 2012 – OZS zo dňa 13. 12. 2012 s účinnosťou od 1. 1. 2013).

Napriek komplexnému rámcu nástrojov, noriem a záväzkov týkajúcich sa práv dieťaťa a prvotného pokroku pri dosahovaní dohodnutých cieľov pre milióny detí je každodenná realita v ostrom rozpore s uvedenými záväzkami a cieľmi: deti stále čelia vážnym hrozbám, ktoré ohrozujú ich prežitie, chýbajú im možnosti na kvalitné vzdelanie, riadnu zdravotnú a sociálnu starostlivosť; sú obeťami najhorších foriem detskej práce, sexuálneho využívania a zneužívania, chorôb, ozbrojených konfliktov a rôznych foriem násillia; sú nútené do manželstiev v útľom detstve a musia sa podrobovať škodlivým tradičným zvyklostiam (Usmernenia EÚ pre presadzovanie a ochranu práv dieťaťa, 2011). Dohovor o právach dieťaťa sa stále neuplatňuje v dostatočnej miere a týranie, zneužívanie a zanedbávanie detí je stále celosvetovým problémom, s ktorým je potrebné bojovať.

4.2.4 Zásady prístupu zdravotníckych pracovníkov k dieťaťu

Pokroky a úspechy pediatrie tak v prevencii ako aj diagnostike a liečbe nezmenili veľa na skutočnosti traumatizácie dieťaťa v prípade jeho ochorenia. Traumatizácia dieťaťa chorobou sa môže ešte znásobiť diagnostickými a terapeutickými postupmi, najmä hospitalizáciou. Preto ošetrovanie chorých detí vyžaduje nielen adekvátne odborné vedomosti a zručnosti, ale najmä **etický a láskavý prístup**.

Deti v nemocnici, zvlášť dlhodobo hospitalizované trpia mnohými emočnými poruchami, ktoré majú svoj pôvod v zmene prostredia, v odlúčenosti od rodičov a rodiny prejavujúcich sa rôznymi formami strachu a úzkosti. Tento **jav emocionálnej nestability charakterizovaný súborom fyzických ťažkostí a psychickej nerovnováhy sa nazýva hospitalizmus**. Prejavuje sa stratou aktivity, zdanlivým nezaujmom o okolie a oneskorením mentálneho vývoja.

Menšie deti vnímajú odlúčenie od rodičov oveľa intenzívnejšie. Prejavujú to krikom, plačom, aktívnym odporom.

Za optimálne riešenie považujeme, **ak je dieťa hospitalizované spolu s rodičom**. Najčastejšou námietkou proti tomuto opatreniu je nedostatočné priestorové a personálne vybavenie detských oddelení. Je samozrejmé, že prítomnosť rodičov a blízkych osôb na oddelení občas prináša problémy. Lekárske rozhodnutia a zákroky sú starostlivo sledované rodičmi, ktorí nemusia vždy úplne chápať význam a nutnosť jednotlivých postupov, pretože sa v danej situácii ocitli spravidla po prvýkrát, a navyše sa nachádzajú v emočne náročnom stave obáv o zdravie a život svojich detí. Týka sa to všetkých, aj inak chladnokrvných profesionálov (lekárov) v roli rodiča chorého dieťaťa, ktorí strácajú svoju profesionálnu masku a správajú sa takisto iracionálne (Gut, 2006).

4.2.5 Komunikácia s detským pacientom

Dospelí majú často tendenciu zatajovať deťom pravdu. Je to najmä v prípadoch, v ktorých máme oznámiť niečo nepríjemné. Mylne si myslíme, že tým deti ochránime pred zlom. Zabúdame však, že deti sú veľmi vnímavé a citlivé. Tým, že zatajíme pravdu, strácame ich dôveru. Každopádne dieťa cíti a vie, že sa niečo deje už len z nášho správania. Naša nervozita, úzkosť, neverbálna komunikácia, ale aj neodpovedanie na jeho otázky, resp. rýchle „presmerovanie“ na inú tému mu na pohode nepridá. Veľmi dôležité pravidlo pri komunikácii s dieťaťom je: Hovoriť pravdu. Niektorí si zamieňajú oznámenie pravdy s tvrdým prístupom „takáto je pravda a hotovo“. Podstatný je však spôsob, akým pravdivú informáciu podáme. Aj v Charte práv hospitalizovaných detí je zakotvené, že nielen rodič, resp. zákonný zástupca, ale **aj dieťa má byť pravdivo informované primerane veku a rozumu o diagnóze, liečbe a prognóze jeho ochorenia**.

V prípade hospitalizácie oboznámime dieťa s približným počtom dní, koľko tam zostane, u menších detí koľkokrát sa vyspí. Vysvetlíme im potrebu, prečo musí byť hospitalizované. Povieme im o ľuďoch, ktorí tam s nimi prídu do kontaktu – lekári, sestričky, učiteľky a noví kamaráti. Tiež im oznámime, čo sa s nimi bude robiť, kedy je čas raňajok, obeda, vyšetrení, kedy ho môžu prísť navštíviť, prípadne možnosť telefonovania.

Osobitú časť tvorí problematika bolesti. Prah vnímania bolesti je subjektívny fenomén. Keďže každý človek je jedinečný, inak reaguje na bolesť. **Dieťa však bolesť nedokáže rozumovo prijať ako súčasť choroby a jej liečby. Práve preto je dôležité dieťaťu nezatajovať**

bolesť ani pri diagnostickom či terapeutickom výkone. Za najvhodnejšie riešenie považujeme zrozumiteľne informovať dieťa o tom, čo sa s ním práve deje a bude diať. Dôležité je, vhodné je vysvetliť aj to, že bolesť pominie a my mu budeme pomáhať, aby sa vyliečilo. Najdôležitejšie úlohy manažmentu bolesti sú pochopenie utrpenia a bolesti u dieťaťa, jej predchádzanie a medikamentózne potlačovanie a schopnosť empatie.

4.2.6 Sociálna práca s detským pacientom pohľadom klinického sociálneho pracovníka

Pediatrica predstavuje vedu, ktorá sa nezaobera len diagnostikou a liečbou detských ochorení, ale taktiež sa zameriava aj na bio-psycho-sociálne problémy. Túto oblasť pediatrie nazývame sociálna pediatria. Je to samostatný pododbor pediatrie, ktorého súčasťou je komplexná starostlivosť o deti a rodinu. Sleduje sociálne súvislosti zdravia u dieťaťa, obhajuje jeho zdravý vývoj, potreby a požiadavky. Má interdisciplinárny charakter, poskytuje základy pre komplexnú starostlivosť o dieťa hlavne zo sociálneho aspektu zdravia ako komplexného stavu telesnej, duševnej a sociálnej pohody. Sociálna pediatria preniká do klinickej činnosti každého detského lekára s cieľom sledovania sociálneho postavenia a podmienok dieťaťa ako jednotlivca i ako člena rodiny a pri svojej činnosti využíva multidisciplinárnu spoluprácu s inými medicínskymi (lekárska genetika, hygiena, epidemiológia, psychiatria, neurológia) i nemedicínskymi odbormi (antropológia, demografia, psychológia, pedagogika, právo, sociálna práca). ***Sociálna pediatria*** vedie každého detského lekára k tomu, aby sa stal aktívnym ochrancom zdravého vývoja každého dieťaťa a v neposlednom rade advokátom, ak sú ohrozené jeho práva. Zasahuje do všetkých špeciálnych odborov v rámci pediatrie, ***zaoberá sa aktívnym vyhľadávaním detí z dysfunkčných rodín, týraných detí, chronicky chorých detí, opakovane hospitalizovaných detí, detí s poruchami správania a učenia, detí s mentálnou retardáciou a spomaleným psychomotorickým vývojom, detí z asociálneho prostredia a z prostredia, kde je pozorovaná narkómia, alkoholizmus*** (Černay, 2005).

Detskí lekári sa okrem inej činnosti zaoberajú sledovaním sociálneho prostredia dieťaťa a jeho vplyvu na zdravie a chorobu a v prípade nutnosti spolupracujú s inými vednými odbormi pri riešení sociálnych problémov. Veľmi blízkym odborom v spolupráci pri zabezpečovaní metód vyplývajúcich zo sociálnej pediatrie a preventívnej pediatrie v praktickom živote detského lekára je

spolupráca s odborníkmi z odboru sociálna práca. Odborníkom v oblasti preventívnej pediatrie sa môže stať aj človek s vysokoškolským vzdelaním sociálneho smeru. Tu dostáva priestor klinický sociálny pracovník pôsobiaci v zdravotníckom zariadení, ktorý metódami sociálnej práce napomáha pediatrii v riešení situácie vyúsťujúcej z rodinného a sociálneho prostredia dieťaťa a jeho rodiny.

Sociálnu prácu vnímame ako súbor činností, ktorého účelom je bezprostredné pôsobenie priamo na človeka alebo jeho rodinu (v našom prípade dieťa a rodina) s cieľom zachovania celistvosti človeka a jeho vzťahu k spoločnosti, najbližšiemu prostrediu, k vzdelaniu, škole, priateľom, ale i k vlastnému zdraviu. Takúto **sociálnu prácu vnímame ako prácu diagnostickú, konzultačnú, výchovnú i intervenčnú. Sociálna práca preniká aj do zdravotnej starostlivosti, kde nachádza svoje uplatnenie vo vzťahu k hospitalizovanému človeku a jeho potrebám** (Mühlpachr, 2006).

Obe vedné disciplíny, pediatria a sociálna práca, pri zabezpečovaní profesionálnej starostlivosti o dieťa a jeho rodinu vychádzajú ako vzájomní partneri. *Pediatria ponúka ambulatnú a ústavnú starostlivosť pre dieťa, ktoré vyžaduje medicínsky zásah zo zdravotných i sociálnych príčin a umožňuje vstup sociálnej práci, aby svojimi metódami pomohla zodpovedať mnohé otázky týkajúce sa rodinného a sociálneho prostredia, a zároveň sociálnoprávnymi intervenciami v zmysle platnej legislatívy zabezpečila ochranu zdravia a života dieťaťa po ukončení pediatrickej starostlivosti.*

Sociálna práca s hospitalizovaným detským pacientom vyžaduje od klinického sociálneho pracovníka teoretické a praktické zručnosti nielen z oblasti sociálnej práce, ale aj vedomosti z iných vedných odborov zaoberajúcich sa starostlivosťou o detského pacienta. Samotná sociálna práca s dieťaťom musí vychádzať z chápania zdravia a choroby ako biologickej, psychickej a sociálnej zložky ovplyvňujúcej prítomnosť alebo absenciu jednej alebo skupiny potrieb dôležitých pre život a vývoj dieťaťa. **Ak dôjde k situácii, že dieťa z medicínskeho alebo sociálneho dôvodu je dlhodobo hospitalizované v nemocnici a je predpoklad nedostatočnej starostlivosti o jeho potreby, vstupuje klinický sociálny pracovník do interakcie s rodinou dieťaťa, aby analyzoval, diagnostikoval a navrhol za predpokladu spolupráce najbližších dieťaťa intervencie k zabezpečeniu potrieb.** Skôr ako navrhne plán prípadných riešení, prichádza najvýznamnejšia etapa sociálnej práce s hospitalizovaným dieťaťom v podobe zhodnotenia rodiny dieťaťa, ktorá sa vplyvom medicínskych alebo sociálnych

súvislostí ocitli v stave problematického zabezpečenia potrieb pre svoje dieťa. Klinický sociálny pracovník sleduje priebeh hospitalizácie dieťaťa a vyhodnocuje sociálny status v podobe správy klinického sociálneho pracovníka o hospitalizovanom dieťati. Základom sociálnej práce s detským pacientom je predpoklad prítomnosti alebo neprítomnosti potreby vo vzťahu k dieťaťu a jeho okoliu, to znamená posudzovanie rodinnej a sociálnej situácie celej rodiny a jej člena, ktorý sa pre chorobu alebo úraz ocitol v zdravotníckom zariadení. Hlavnou podstatou práce klinického sociálneho pracovníka s dieťaťom je jeho posúdenie z aspektu zabezpečenia konkrétnych potrieb, zhodnotiť jeho prítomnosť alebo deficit. V súčasnosti je potrebné zaviesť do praxe sociálnej práce s hospitalizovaným i ambulantným detským pacientom modifikovanú metódu posudzovania rodinného a sociálneho prostredia z hľadiska potreby ako stavu nevyhnutného pre rast, vývoj a socializáciu dieťaťa.

Posudzovanie situácie klienta vnímame ako „*proces, počas ktorého sa posudzuje jednotliviec alebo rodina a ich prostredie, ako súčasť rozhodovania o tom, aké sú ich potreby*“ (Pierson, Thomas et al., 2006, s. 35). Pre odborné zhodnotenie sociálneho prostredia detského pacienta z hľadiska potrieb sa z pohľadu praxe môžeme využiť britský model posudzovania rodiny a dieťaťa v ťažkej rodinnej situácii, do ktorej môžeme uvedené medicínske a sociálne súvislosti hospitalizácie zaradiť. Na základe trojročnej práce odborníkov bola vytvorená metodika tzv. **Národný rámec pre posudzovanie situácie detí v núdzi a ich rodín** (Department of Health, Department of Education and Employment and Home Office, 2000), ktorý pomáha sociálnym pracovníkom dôkladne zmapovať situáciu ohrozeného dieťaťa a jeho rodiny. Tento okruh pokrýva širokú paletu vzájomne previazaných skutočností a informácií, ktoré spolu dávajú dôkladný obraz situácie z aspektu najlepšieho naplnenia potrieb. Jednotlivé východiská vytvárajú mapu a dajú sa graficky znázorniť v podobe rovnostranného trojuholníka. Na jednej strane sa orientuje na **vývinové potreby detí**, ktoré zahŕňajú zdravie, vzdelávanie, emocionálny a sociálny vývin, rodinné vzťahy, identitu a starostlivosť o vlastnú osobu, na druhej strane prezentuje **rodičovské schopnosti**, schopnosť rodiča, rodičov zabezpečiť dieťaťu základnú starostlivosť, bezpečie, istotu, emocionálne teplo domova, stabilitu, stimuláciu, vedenie a hranice, na tretej strane sú **faktory rodiny a prostredia**, namierené na občiansku vybavenosť, sociálnu integráciu rodiny, zamestnanie a príjem, bývanie a rodinné fungovanie (Kvašňáková, 2009).

Hlavným zmyslom tejto metódy je posudzovanie rodiny z hľadiska sociálnoprávnej ochrany, ktorá v súčasnosti v Slovenskej

republike je v plnej kompetencii úradov práce, sociálnych vecí a rodiny, zhodnotenie sociálneho prostredia je v plnej kompetencii pracovníkov týchto inštitúcií. Ak sa však pozrieme z hľadiska praxe, ***mnohokrát zdravotnícke zariadenie sa stáva prvým miestom, kde dochádza k identifikácii a diagnostike problémov vychádzajúcich z prostredia dieťaťa, z ktorého prichádza do nemocnice.*** Preto zavedenie upravenej podoby tohto britského modelu do systému práce zdravotných a sociálnych pracovníkov v zdravotníckych zariadeniach umožní hľadať nielen medicínske dôvody ťažkostí dieťaťa, ale pozrieť sa na rodinu detského pacienta zo sociálneho uhla a klasifikovať túto rodinu na základe vopred stanovených kritérií s následným vyhodnotením a stanovením ďalších krokov. Zdravotnícke zariadenie a ich profesionáli (lekár, sestra, ale najmä klinický sociálny pracovník) pri použití danej metódy zhodnotí sociálny profil detského pacienta a v prípade negatívneho záveru posúdenia sa dostáva do roly „informátora“ smerom k inštitúciám zabezpečujúcim ochranu vývoja dieťaťa, ale aj samotnej rodiny. ***Zdravotnícke zariadenie je v legislatívnej rovine povinné chrániť záujmy a práva dieťaťa a rodiča a v prípade zistenia nedostatkov je povinný upozorniť orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately na porušovanie práv dieťaťa*** (§ 7, § 8, § 9 Zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov).

V prípade zistenia nepriaznivých skutočností, ktoré vedú k zlému zdravotnému stavu dieťaťa, lekár alebo klinický sociálny pracovník kontaktuje oddelenie SPODaSK. Podľa Gažikovej (2010) hlavným cieľom plánu je stanovenie návrhov riešenia situácie dieťaťa za účelom vykonávania vhodných opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Pri jeho tvorbe a stanovení si cieľov je nevyhnutné vychádzať predovšetkým z anamnestických údajov o rodine, z poznania rodiny ako celku a zamerať sa na príčiny vyňatia dieťaťa z rodiny. Cieľ plánu sociálnej práce s rodinou a dieťaťom sleduje v prvom rade záujem dieťaťa a smeruje k možnému návratu dieťaťa do pôvodného rodinného prostredia alebo k zvereniu dieťaťa do náhradnej rodiny. Najdôležitejším aspektom všetkých aktivít a opatrení by malo byť predovšetkým samotné dieťa. Pri tvorbe plánu je potrebné prihliadať na vek dieťaťa a jeho mentálne schopnosti. Vekovo staršie dieťa sa môže stať spoluvorcom plánu a malo by sa primerane veku a schopnostiam vyjadriť o svojom ďalšom osude. Pri nasmerovaní plánu na návrat dieťaťa domov, do prirodzeného rodinného prostredia je potrebné zamerať pozornosť najmä na budovanie vzťahov dieťaťa s biologickou rodinou a na intenzívnu sociálnu prácu a spoluprácu subjektov pri podpore

rodiny smerom k úprave podmienok, ktoré by umožnili návrat dieťaťa domov.

Obrázok: Potreby dieťaťa (Vrtbovská, 2006):



4.2.7 Vybraná časť výskumu zameraná na sociálnu prácu s detským pacientom

V oblasti sociálnej práce s hospitalizovaným dieťaťom bol v rokoch 2010-2011 zrealizovaný výskum na detských pracoviskách jednej z univerzitných nemocníc v SR v rámci doktorandského štúdia s cieľom zistiť príčiny dlhodobej alebo opakovanej hospitalizácie dieťaťa a spôsoby riešenia sociálnym pracovníkom. Daný výskum bol realizovaný prostredníctvom kvantitatívneho výskumu, základom pre získanie dát bola **obsahová analýza dokumentov 205 hospitalizovaných detí a údaje z 52 pološtruktúrovaných rozhovorov s rodičom alebo príbuzným detského pacienta**. Získané údaje boli spracované opisnou charakteristikou a podrobené následnému štatistickému spracovaniu s testovaním prítomnosti rozdielov vo vzťahu k početnosti hospitalizácie dieťaťa, jeho veku, posúdenia rastu a psychomotorického vývoja a jeho bydliska a testovanie prítomnosti rozdielov vo vzťahu k hospitalizovanému dieťaťu, bydlisku rodičov (príbuzných) dieťaťa, ich veku a pohlaviu. Vek dieťaťa a rodičov (príbuzných), spôsob spolužitia dieťaťa pred prijatím, oblasť finančného zabezpečenia rodiny detského pacienta, príčiny hospitalizácie medicínske alebo zdravotno-sociálne, predstavujú významnú skupinu sociálnych súvislostí, ktoré vplývajú na dlhodobú alebo opakovanú hospitalizáciu dieťaťa.

Na základe analýzy dokumentov, ktoré objasnili dynamiku života dieťaťa pred a počas hospitalizácie, doplnené o informácie z rozhovorov s rodičmi alebo príbuznými pacienta poskytli množstvo informácií ohľadne potrieb. Ak naplníme len jednu časť potrieb, naruší to zvyšok celistvosti a hrozí opätovný patologický stav s následnými komplikáciami. Ak počas hospitalizácie dieťaťa pri liečbe jeho choroby alebo úrazu sa prioritne zameriame len na určitú skupinu potrieb, napr. len na biologické a psychické potreby a sociálne potreby sú negované, môže nastať stav, že dieťa sa v krátkom čase opäť vracia do nemocnice z dôvodu narušenia sociálnych potrieb, ktoré neboli počas predchádzajúcej hospitalizácie analyzované a riešené.

Hlavný cieľ výskumu bol doplnený o čiastkové ciele s účelom zmapovať okolnosti podmieňujúce vznik nepriaznivých situácií prednemocničnej fázy s následnou dlhodobou, prípadne opakovanou hospitalizáciou dieťaťa, konfrontovať príčiny hospitalizácie dieťaťa – medicínske verzus sociálno-zdravotné, analyzovať a riešiť v kooperácii s rodičmi alebo príbuznými dieťaťa vzniknutú situáciu v súvislosti s hospitalizáciou a následnou starostlivosťou, identifikovať, diagnostikovať a monitorovať sociálnu situáciu dieťaťa spojenú s dlhodobou, prípadne opakovanou hospitalizáciou – stavom pred a počas hospitalizácie a zistiť stanoviská rodičov (príbuzných) k zabezpečeniu potrieb dieťaťa počas hospitalizácie a po jej skončení. Pri hľadaní odpovedí na stanovené ciele výskumu sme vychádzali zo získaných a štatisticky spracovaných dát o dieťati, jeho sociálnom prostredí a jeho potrebách, ktoré boli získané z analýzy dokumentov (zdravotná dokumentácia, ošetrovateľská dokumentácia a záznamy sociálneho pracovníka) o detskom pacientovi, doplnené o informácie z rozhovorov s najbližšími z okruhu dieťaťa. Ich zosumarizovanie, deskriptívne a štatistické spracovanie nám priniesli výsledky, na ktoré sa hľadali odpovede súvisiace so stanovenými výskumnými cieľmi.

V nasledujúcej časti vzhľadom k rozsiahlosti výskumu prinášame výber niektorých empirických zistení vo vzťahu k dvom premenným - k veku dieťaťa a početnosti hospitalizácie:

Sociálna súvislosť dlhodobej hospitalizácie vo vzťahu k veku dieťaťa

Tabuľka: Vek a pohlavie hospitalizovaných detí

	0-1 rok		1-3 roky		3-6 rokov		6-10 rokov		10-15 rokov		15-19 rokov		Σ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
dievčatá	48	40,7	15	44,1	6	42,9	8	61,5	7	43,8	5	50	89	43,4
chlapci	70	59,3	19	55,9	8	57,1	5	38,5	9	56,2	5	50	116	56,6
Σ	118	100	34	100	14	100	13	100	16	100	10	100	205	100

Výskumný súbor tvorilo 43,4% dievčat a 56,6% chlapcov vo veku od 0 do 19 rokov.

Tabuľka: Vek dieťaťa a početnosť hospitalizácie

	Vek dieťaťa										Σ			
	do 1 roka		do 3 rokov		do 6 rokov		do 10 rokov		do 15 rokov				nad 15 rokov	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
prvýkrát	99	83,9	16	47,1	5	35,7	9	69,2	14	87,5	9	90	152	74,1
opakovane	19	16,1	18	52,9	9	64,3	4	30,8	2	12,5	1	10	53	25,9
Σ	118	100	34	100	14	100	13	100	16	100	10	100	205	100

Analýzou veku hospitalizovaného dieťaťa a početnosti hospitalizácii bol zistený štatisticky významný rozdiel:

- v skupine prvýkrát hospitalizovaných detských pacientov bola najfrekvencovanejšia skupina detí vo veku od 0 do 1 roka (83,9%),
- v skupine opakovane hospitalizovaných bolo najviac zastúpených detí vo veku od 1 do 6 rokov (52,9% vs. 64,3%).

Tabuľka: Vek dieťaťa a hygienický stav dieťaťa pri prijatí

	Vek dieťaťa										Σ			
	do 1 roka		do 3 rokov		do 6 rokov		do 10 rokov		do 15 rokov				nad 15 rokov	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
čisté	95	80,5	16	47,1	6	42,9	7	53,8	12	75	7	70	143	69,8
zanedbané	23	19,5	18	52,9	8	57,1	6	46,2	4	25	3	30	62	30,2
Σ	110	100	34	100	14	100	13	100	16	100	10	100	205	100

Medzi sledovanými skupinami hygienický stav dieťaťa pri prijatí do nemocnice vo vzťahu k jeho veku sa zistil štatisticky vysoko významný rozdiel:

- **deti vo veku od 1 do 6 rokov boli pri prijatí do nemocnice častejšie zanedbané (52,9% vs. 57,1%), než deti mladšie ako 1 rok a staršie ako 6 rokov.**

Tabuľka: Vek dieťaťa a príčina hospitalizácie

	Vek dieťaťa												Σ	
	do 1 roka		do 3 rokov		do 6 rokov		do 10 rokov		do 15 rokov		nad 15 rokov			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ochorenie dýchacích ciest	27	25,4	15	44,1	7	50,1	3	23	2	12,5	1	10	55	26,8
ochorenie zažívacieho traktu	13	11	9	26,5	1	7,10	2	15,4	6	37,5	2	20	33	16,1
vrodené vývojové ochorenie	8	6,80	7	20,6	2	14,3	2	15,4	2	12,5	0	0	21	10,2
domáci úraz	4	3,4	2	5,9	0	0	1	7,7	0	0	0	0	7	3,4
dopravný úraz	0	0	0	0	1	7,1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
duševné ochorenie	0	0	0	0	1	7,1	4	30,8	6	37,5	6	60	17	8,3
sociálna príčina	11	9,3	1	2,9	2	14,3	1	7,7	0	0	1	10	16	7,8
narodenie dieťaťa	55	44,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	55	26,8
Σ	18	100	34	100	14	100	13	100	16	100	10	100	205	100

Medzi sledovanými skupinami príčina hospitalizácie detí vo vzťahu k ich veku dieťaťa sa zistil štatisticky významný rozdiel:

- **najčastejšou príčinou hospitalizácie boli ochorenia dýchacích ciest (26,8%), z toho vo veku od 1 do 6 rokov (44,1% vs. 50,1%), než u detí ostatných vekových skupín,**

- **deti vo veku nad 15 rokov (60%) boli častejšie hospitalizované s duševnými ochoreniami, než mladšie deti.**

Sociálna súvislosť dlhodobej hospitalizácie vo vzťahu k početnosti hospitalizácie

Tabuľka: Početnosť hospitalizácie

	prvýkrát		opakovane		Σ	
	n	%	n	%	n	%
dievčatá	66	74,16	23	25,84	89	43,40
chlapci	86	74,14	30	25,86	116	56,60
Σ	152	74,15	53	25,85	205	100

Z celkového počtu analyzovaných hospitalizácií bolo prvýkrát hospitalizovaných 74,15% detí a 25,85% detí bolo opakovane hospitalizovaných.

Tabuľka: Početnosť hospitalizácie a vek dieťaťa

	Početnosť hospitalizácie				Σ	
	prvýkrát		opakovane		n	%
	n	%	n	%		
do 1 roka	99	65,1	19	35,8	118	57,6
do 3 rokov	16	10,5	18	34	34	16,6
do 6 rokov	5	3,3	9	17	14	6,8
do 10 rokov	9	5,9	4	7,5	13	6,3
do 15 rokov	14	9,2	2	3,8	16	7,8
nad 15 rokov	9	5,9	1	1,9	10	4,9
Σ	152	100	53	100	205	100

Medzi sledovanými skupinami vek dieťaťa vo vzťahu k početnosti hospitalizácie sa zistil veľmi vysoko štatisticky významný rozdiel:

- **opakovane hospitalizované boli najčastejšie deti vo veku od 0 do 6 rokov (86,8%),**
- **prvýkrát hospitalizované boli najčastejšie deti vo veku do 1 roka (65,1%).**

Tabuľka: Početnosť hospitalizácie a prítomnosť sprievodcu dieťaťa

	Početnosť hospitalizácie				Σ	
	prvýkrát		opakovane			
	n	%	n	%	n	%
s rodičom alebo príbuzným	57	37,5	6	11,3	63	30,7
bez sprievodcu	95	62,5	47	88,7	142	69,3
Σ	152	100	53	100	205	100

Medzi sledovanými skupinami prítomnosť sprievodcu dieťaťa vo vzťahu k početnosti hospitalizácie sa zistil štatisticky vysoko významný rozdiel:

- **deti prvýkrát hospitalizované (37,5%) boli významne častejšie hospitalizované so sprievodcom než deti opakovane hospitalizované.**

Tabuľka: Početnosť hospitalizácie a spolužitie pred hospitalizáciou

	Početnosť hospitalizácie				Σ	
	prvýkrát		opakovane			
	n	%	n	%	n	%
s biologickými rodičmi	65	42,8	37	69,8	102	49,8
s matkou	54	35,5	9	17	63	30,7
s otcom	3	2	1	1,9	4	2
so starými rodičmi	7	4,6	4	7,5	11	5,4
v pestúnskej starostlivosti	0	0	1	1,9	1	0,5
Inde	13	8,6	1	1,9	14	6,8
dieťa z utajeného pôrodu	10	6,6	0	0	10	4,9
Σ	152	100	53	100	205	100

Medzi sledovanými súbormi spôsob spolužitia dieťaťa pred hospitalizáciou vo vzťahu k početnosti hospitalizácie sa zistil štatisticky významný rozdiel:

- **deti opakovane hospitalizované častejšie žili s biologickými rodičmi, než deti prvýkrát hospitalizované (69,8%),**

- deti prvýkrát hospitalizované častejšie žili s matkou, než opakovane hospitalizované deti (35,5%).

Tabuľka: Početnosť hospitalizácie a finančné zabezpečenie rodiny

	Početnosť hospitalizácie				Σ	
	prvýkrát		opakovane		n	%
	n	%	n	%		
mzda	21	13,8	10	18,9	31	15,1
materské	2	1,3	0	0	2	1
štátna sociálna dávka	44	28,9	30	56,6	74	36,1
dávka v hmotnej núdzi	49	32,2	5	9,4	54	26,3
iná štátna sociálna dávka	2	1,3	3	5,7	5	2,4
invalidný dôchodok	8	5,3	3	5,7	11	5,4
neoficiálny príjem	2	1,3	1	1,9	3	1,5
bez finančného príjmu	10	6,6	0	0	10	4,9
chýba údaj	14	9,2	1	1,9	15	7,3
Σ	152	100	53	100	205	100

Medzi sledovanými skupinami finančné zabezpečenie rodiny dieťaťa vo vzťahu k početnosti hospitalizácie sa zistil štatisticky významný rozdiel:

- opakovane hospitalizované deti častejšie pochádzali z rodín, kde štátna sociálna dávka bola hlavným zdrojom ich príjmu (56,6%), ako rodiny detí prvýkrát hospitalizovaných

Tabuľka: Početnosť hospitalizácie a hygienický stav pri prijatí

	Početnosť hospitalizácie				Σ	
	prvýkrát		opakovane		n	%
	n	%	n	%		
čisté	119	78,3	24	45,3	143	69,8
zaneďbané	33	21,7	29	54,7	62	30,2
Σ	152	100	53	100	205	100

Medzi sledovanými skupinami hygienický štandard dieťaťa pri prijatí do nemocnice vo vzťahu k početnosti hospitalizácie sa zistil štatisticky vysoko významný rozdiel:

- deti opakovane hospitalizované boli významne častejšie pri prijatí hygienicky zanedbané než deti prvýkrát hospitalizované (54,7%).

Tabuľka: Početnosť hospitalizácie a rast a psychomotorický vývin

	Početnosť hospitalizácie				Σ	
	prvýkrát		opakovane			
	n	%	n	%	n	%
v norme	124	81,6	26	49,1	150	73,2
s odchýlkou	28	18,4	27	50,9	55	26,8
Σ	152	100	53	100	205	100

Medzi sledovanými skupinami rast a psychomotorický vývin dieťaťa vo vzťahu k početnosti hospitalizácie je štatisticky vysoko významný rozdiel:

- deti opakovane hospitalizované mali významne častejšie odchýlku v raste a psychomotorickom vývine než deti prvýkrát hospitalizované (50,9%).

Tabuľka: Početnosť hospitalizácie a príčina hospitalizácie

	Početnosť hospitalizácie				Σ	
	prvýkrát		opakovane			
	n	%	n	%	n	%
ochorenie dýchacích ciest	32	21,1	23	43,4	55	26,8
ochorenie zažívacieho traktu	25	16,4	8	15,1	33	16,1
vrodené vývojové ochorenie	6	3,9	15	28,3	21	10,2
domáci úraz	5	3,3	2	3,8	7	3,4
dopravný úraz	1	0,7	0	0	1	0,5
duševné ochorenie	13	8,6	4	7,5	17	8,3
sociálna príčina	16	10,5	0	0	16	7,8
narodenie dieťaťa	54	35,5	1	1,9	55	26,8
Σ	152	100	53	100	205	100

Medzi sledovanými skupinami príčina hospitalizácie vo vzťahu k početnosti hospitalizácie sa zistil štatisticky významný rozdiel:

- opakovane hospitalizované deti boli významne častejšie hospitalizované s ochoreniami dýchacích ciest (43,4%)

a s vrodenými vývojovými ochoreniami (28,3%), než deti prvýkrát hospitalizované,

- u detí prvýkrát hospitalizovaných sa zistilo, že u 10,5% detí bola dôvodom ich hospitalizácie sociálna príčina.

Tabuľka: Početnosť hospitalizácie a spôsob ukončenia hospitalizácie

	Početnosť hospitalizácie				Σ	
	prvýkrát		opakovane			
	n	%	n	%	n	%
do pôvodnej rodiny	82	53,9	39	73,6	121	59
k priamym príbuzným	14	9,2	0	0	14	6,8
adoptívnym rodičom	11	7,2	0	0	11	5,4
do pestúnskej starostlivosti	6	3,9	2	3,8	8	3,9
do detského domova	24	15,8	3	5,7	27	13,2
do domova sociálnych služieb	1	0,7	3	5,7	4	2
do reedukačného zariadenia	10	6,6	2	3,8	12	5,9
do domu pre osamelých rodičov	3	2	2	3,8	5	2,4
úmrtie dieťaťa	1	0,7	2	3,8	3	1,5
Σ	152	100	53	100	205	100

Medzi sledovanými skupinami ukončenie hospitalizácie dieťaťa vo vzťahu k typu hospitalizácie sa zistil štatisticky významný rozdiel:

- deti opakovane hospitalizované častejšie sa vrátili po prepustení z nemocnice do pôvodnej rodiny, než prvýkrát hospitalizované (73,6%),
- deti hospitalizované prvýkrát boli významne častejšie prepustené do starostlivosti detských domovov než opakovane hospitalizované (15,8%).

4.3 Sociálna práca s psychiatrickým pacientom

4.3.1 Charakteristika odboru psychiatria

Psychiatria je samostatný medicínsky odbor, ktorý sa zaoberá prevenciou, diagnostikou, liečbou, obnovou psycho-sociálnych funkcií, doliečovaním a posudzovaním duševných porúch. Je jedným

zo základných odborov medicíny. Vo svojej klinickej činnosti sa opiera nielen o vlastné špecifické vedecké poznatky a skúsenosti, ale úzko spolupracuje s ostatnými medicínskymi odbormi a využíva tiež poznatky iných prírodných a humanitných vied (najmä psychológie). V zhode s bio-psycho-sociálnym modelom chápania chorobných stavov, (ktorý je v prípade duševných porúch nepochybne zrejmejší ako pri telesných ochoreniach), kladie psychiatria dôraz nielen na biologické, ale aj na psychoterapeutické a socio-terapeutické metódy v prístupe k chorým. Hlavnou náplňou a úlohou psychiatrie je poskytovanie komplexnej liečebnej a preventívnej starostlivosti o chorých všetkých vekových kategórií, ktorí trpia duševnými poruchami. Ďalej sem patrí organizovanie a rozvíjanie bázy odborných pracovísk, odborná výchova a príprava pracovníkov odboru, rozvíjanie vedeckej a výskumnej činnosti a uvádzanie vedeckých poznatkov do klinickej praxe (Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria číslo 1672 – 1/2006 – OZS zo dňa 15. 6. 2006). Psychiatria spolupracuje s ďalšími klinickými a vednými odbormi, odbornými a profesijnými organizáciami a ďalšími právnymi subjektmi pri vykonávaní a skvalitňovaní psychiatrickej starostlivosti.

4.3.2 Pacient psychiatrického oddelenia

Pojem psychiatrický pacient nemá jednoznačne stály obsah, pri počutí tohto pomenovania hlavne zo strany laickej verejnosti je vnímaný ako nebezpečná osoba, preto sa pokúsime vystihnúť základné črty daného pacienta ako je vnímaný klinickým sociálnym pracovníkom. ***Psychiatrický pacient (pacient, osoba s duševným ochorením) je jednotlivec, u ktorého bolo aktuálne diagnostikované duševné ochorenie alebo ide o osobu dlhodobo duševne chorú sledovanú v rámci v ambulantnej alebo ústavnej psychiatrickej starostlivosti*** (psychiatrické oddelenia, kliniky, psychiatrické nemocnice, psychiatrické liečebne). Psychiatrických pacientov môžeme rozdeliť do nasledujúcich klasifikačných skupín (vychádzame z Medzinárodnej klasifikácie chorôb, kde dané ochorenia nachádzame v skupine chorôb pod označením F - 00 až F - 99 (MKCH-10):

- **organické duševné poruchy** – demencie u Alzheimerovej choroby, vaskulárne demencie, poruchy osobnosti a poruchy správania vyvolané ochoreniami, poškodením alebo dysfunkciou mozgu,
- **duševné poruchy vyvolané účinkami psychoaktívnych látok** – nadmerné užívanie alkoholu, nealkoholových drog (užívanie

opiátov, marihuany, hašišu, heroínu, kokaínu, liekov – sedatíva, hypnotiká, organických rozpúšťadiel),

- **osoby so schizofréniou, schizofrénnymi poruchami a poruchami s bludmi,**
- **osoby s afektívnymi poruchami** – mánie, bipolárne afektívne poruchy, depresie, trvalé poruchy nálady,
- **osoby u ktorých sú diagnostikované neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresom a somatoformné poruchy** – fobické úzkostné poruchy, reakcie na ťažký stres s poruchou prispôsobenia, disociatívne poruchy, somatoformné poruchy, neurotické poruchy,
- **behaviorálne syndrómy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktormi** poruchy príjmu potravy (mentálna anorexia, mentálna bulímia), neorganické poruchy spánku (nespavosť, nadmerná denná spavosť, námesačníctvo, nočná hrôza, nočné mory), sexuálne dysfunkcie, poruchy správania a psychiky (v šestonedelí),
- **poruchy osobnosti a správania dospelých** – psychopatie, návykové a impulzívne poruchy (patologické hráčstvo, podpaľačstvo, kleptománia), poruchy pohlavnej identity (transsexualizmus), porucha voľby sexuálneho objektu (pedofília, fetišizmus, exhibicionizmus),
- **osoby s duševnou zaostalosťou (mentálna retardácia)** – ľahká duševná zaostalosť, stredný stupeň duševnej zaostalosti, ťažká duševná zaostalosť, hlboká duševná zaostalosť,
- **osoby s poruchami psychického vývinu** – vývojové poruchy reči, poruchy vývinu školských zručností, poruchy vývinu pohybovej funkcie, prenikavé poruchy vývinu,
- **osoby s poruchami správania a emočnými poruchami so zvyčajným začiatkom v detstve a dospievaní** – napr. hyperkinetické poruchy, poruchy správania, emočné poruchy – úzkosť z odlúčenia, sociálna úzkostná porucha, poruchy sociálneho fungovania, tikové poruchy, denné a nočné pomočovanie neorganického pôvodu.

Formy psychiatrickej starostlivosti o pacientov (stručný prehľad):

- **ambulantná psychiatrická starostlivosť** (psychiatrická ambulancia, pedopsychiatrická ambulancia, gerontopsychiatrická ambulancia, ambulancia klinického psychológa, ambulancia pre liečbu drogových závislostí, psychoterapeutická ambulancia),
- **ústavná psychiatrická starostlivosť** – psychiatrické oddelenia a kliniky, psychiatrické liečebne, psychiatrické nemocnice,
- **komunitné zariadenia** – denné (psychiatrické) stacionáre, socioterapeutické kluby, svojpomocné skupiny chorých a ich príbuzných, rehabilitačné centrá, chránené bývanie, chránené dielne a chránené zamestnávanie.

Spôsoby prijatia pacienta na psychiatrické pracovisko zdravotníckeho zariadenia:

- **dobrovoľná hospitalizácia** – pri prijatí poskytne informovaný súhlas k diagnostike, liečbe a samotnému pobytu v nemocnici,
- **nedobrovoľná hospitalizácia** – ide o hospitalizáciu, s ktorou daná osoba nesúhlasí, ktorú však nariadi lekár, ktorej vykonanie je upravené zákonnými normami. Informovaný súhlas s hospitalizáciou a následnou liečbou sa nevyžaduje u osoby, ktorá v dôsledku duševnej choroby, alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu (§ 6 ods. 8 písm. c Zákona č. 576/2004 Z. z.). V takomto prípade je zdravotnícke zariadenie povinné oznámiť danú skutočnosť do 24 hodín príslušnému súdu v mieste výskytu zdravotníckeho zariadenia a o zákonnosti dôvodov prijatia osoby do ústavnej starostlivosti rozhodne súd (§ 9 ods. 4 Zákona č. 576/2004 Z. z.).

Nedobrovoľná hospitalizácia predstavuje pre samotného pacienta i jeho sociálne okolie (rodinu) veľmi citlivú záležitosť, nakoľko sa rozhoduje v krátkom časovom intervale o nevyhnutnej lekárskej pomoci jednotlivcovi s akútno prejavujúcim sa duševným ochorením, ktorým ohrozuje v danej chvíli seba, ale aj svojich blízkych a rodinných príslušníkov. **Medzi najčastejšie duševné choroby, pri ktorých sa klinický sociálny pracovník stretáva pri tzv. nedobrovoľnom prijatí osoby na psychiatrické oddelenie patria:**

- organické poškodenie mozgu spojené s aktuálnou zmätenosťou,

- delirantné stavy, delirium tremens,
- psychotické poruchy vyvolané užitím psychoaktívnych látok,
- amnestický syndróm – porucha charakterizovaná výrazným zhoršením krátkodobej pamäte, pričom bezprostredná pamäť, vedomie a kognitívne funkcie nie sú narušené,
- poruchy správania spojené s agresivitou po užití psychotropnej látky,
- psychotická dekompenzácia schizofrénneho ochorenia,
- ťažká depresívna porucha, psychotická depresívna porucha so suicidálnou aktivitou,
- manický syndróm s poruchami správania,
- stav po samovražednom pokuse,
- adaptačné poruchy,
- poruchy príjmu potravy – mentálna anorexia, bulímia,
- poruchy osobnosti spojené so závažnou poruchou správania sa v zmysle sebaohrozovania a ohrozovania okolia,
- dekompenzácie mentálnej retardácie,
- poruchy správania sa v adolescencii, ktoré ohrozujú život pacienta,
- ústavné pozorovanie psychického stavu pri závažných kriminálnych činoch.

V psychiatickej praxi sa oveľa viac kladie dôraz na odborné problémy, týkajúce sa diagnostiky a terapie, než na etické a právne problémy, ktoré sú podceňované. **Podľa súčasných trendov dobrá starostlivosť o psychiatrických pacientov je založená na troch základoch** (Lajkep, Prudil, 2006):

1. znalosť odbornej problematiky a schopnosť uplatniť tieto pozitívne vedomosti v praxi,
2. orientácia v základných právnych predpisoch a v súdnych konaniach,
3. rešpekt k eticky oprávneným nárokom pacienta a vnímavosť k etickým problémom psychiatickej starostlivosti.

4.3.3 Stigmatizácia psychiatrických pacientov

Jedným z najpálčivejších problémov psychiatrických pacientov je ich **stigmatizácia**. Žiaľ, nielen laická, ale aj odborná verejnosť prispieva k jej šíreniu (napr. formou vtipov atď.). Stigmatizáciou dochádza k znížovaniu ľudskej dôstojnosti, človek s psychiatrickou diagnózou nemôže žiť plnohodnotným životom, spoločnosť ho vylučuje. Kvôli obavám z diskriminácie veľa pacientov a ich rodín odmieta vyhľadať účinnú pomoc. Na Slovensku navštívi psychiatra ročne asi 200 000 ľudí, to znamená, že skúsenosť s duševnou poruchou má buď u seba alebo u svojich najbližších najmenej 3/4 milióna ľudí. Profesionáli neoficiálne predpokladajú dvojnásobok ľudí, ktorí by potrebovali odbornú pomoc, avšak z vyššie uvedených dôvodov tak neurobia. Stigma je dôsledkom neinformovanosti o ochorení, o možnostiach jeho liečenia a schopnosti žiť a pracovať. Duševne chorí majú skúsenosť so zlou kvalitou života, nevedia si nájsť zamestnanie, klesajú na spoločenskom rebríčku, strácajú pocit vlastnej hodnoty a dostávajú sa do sociálnej izolácie.

Cieľom destigmatizácie je odstrániť bariéry, na ktoré psychiatrickí pacienti narážajú – napr. prístup k zamestnaniu, postoj priateľov a kolegov atď. Dôležitá je ich akceptácia a prístup k nim v celospoločenskej rovine aj prostredníctvom pravdivých informácií o psychických poruchách, ktoré môžu zabezpečiť médiá a vzdelávací systém.

Ďalším problémom je, že na liečbu duševných ochorení sú na Slovensku určené len necelé 2% zo zdravotníckeho rozpočtu (vo vyspelých krajinách je to 10 – 15%). Liečba duševných ochorení je z finančného hľadiska hodnotená zo všetkých hlavných medicínskych odborov najnižšie a počet ošetrojúceho personálu v nemocniciach, ale hlavne v ambulantnej zložke, je absolútne nedostatočný.

4.3.4 Sociálna práca s psychiatrickým pacientom

V klinickej praxi sa v psychiatrickej ústavnej starostlivosti stretávame s bežným štandardom starostlivosti o pacienta s duševným ochorením – prijímanie pacientov, odoberanie anamnézy, spracovanie dokumentácie, objektívne vyšetrenie a pozorovanie, zhodnotenie pomocných a laboratórnych vyšetrení, stanovenie pracovnej diagnózy, zostavenie diagnostického a terapeutického plánu, vizity, prepustenie. Pri starostlivosti o takýto typ pacienta je dôležitý až priam žiaduci multidisciplinárny prístup a profesionálna previazanosť zdravotníckych pracovníkov (lekár, sestra, psychológ, liečebný pedagóg, psychoterapeut)

a spravidla samotná liečba i hospitalizácia je dlhodobá, členom tohto interprofesijného tímu sa stáva aj klinický sociálny pracovník.

Klinický sociálny pracovník pri práci s psychiatrickým pacientom využíva metódy sociálnej práce – metódu s jednotlivcom, skupinovú sociálnu prácu i metódu sociálnej práce s komunitou. Tento **pacient je z pohľadu klinického sociálneho pracovníka veľmi rôznorodý** a pri jeho klasifikovaní a špecifikovaní klinickým sociálnym pracovníkom je posúdený s nasledujúcimi rysmi (MKCH-10; Hell, Schüpbach, 2004; Pěč, Probstová et al., 2009; Eikelmann, 1999; Mahrová - Vengářová et al., 2008; Höschl, Libiger, Švestka, 2002):

- **osobný profil pacienta s duševnou chorobou** – osobné, anamnestické údaje,
- **typ duševného ochorenia** – neuróza, psychóza, porucha osobnosti, afektívne poruchy, psychosomatické choroby, závislosti,
- **priebeh začiatku duševného ochorenia** – náhly vývoj (akútny začiatok) alebo plazivý, postupný vývoj choroby,
- **dĺžka trvania duševného ochorenia** – krátkodobé, dlhodobé až chronické (trvalé),
- **príčiny vzniku ochorenia** – biologické, psychogénne a sociálne vplyvy, častá je ich kombinácia,
- **demografické ukazovatele** – vek, pohlavie, bydlisko (mesto alebo dedina),
- **miera postihnutia (obmedzenia aktivity)** – narušenie výkonu sociálnych rolí, limitovanie schopnosti udržiavať vzťahy, zvládať aktivity počas dňa,
- **miera hendikepu (obmedzenia participácie)** – stigmatizácia, nezamestnanosť,
- **riziko ohrozenia samovraždou,**
- **duálna diagnóza** – prítomnosť viacerých duševných porúch súčasne u pacienta (napr. duševná porucha a zneužívanie návykových látok).

Základom práce klinického sociálneho pracovníka s psychiatrickým pacientom je umenie získať informácie o pacientovi, údaje o jeho okolí a zázemí (sociálne šetrenie prostredia), zostaviť a realizovať plán intervencií, hodnotiť výsledky a vedieť ako prácu

s pacientom ukončiť. Využíva schopnosti nadviazať kontakt s pacientom, viesť rozhovor, empaticky počúvať, vnímať verbálne i neverbálne prejavy pacienta a jeho okolia, vedieť pozorovať. Komunikuje s ostatnými členmi zdravotníckeho tímu, ďalšími odborníkmi a inštitúciami. Dodržiava etické normy svojej práce pri spracovávaní získaných informácií o pacientovi a zachováva mlčanlivosť o zistených skutočnostiach. Má prehľad o možnostiach a zdrojoch sociálnej intervencie, spolupracuje pri ich vytváraní a udržovaní. Pozná systém sociálnej starostlivosti a služieb, legislatívu a sociálnu politiku, orientuje sa aj smerom navonok k rôznym spoločenským skupinám. Sociálne šetrenie psychiatrického pacienta zahŕňa pozorovanie interakcií pacienta s okolím, popis jeho emočného, kognitívneho a sociálneho fungovania, popis jeho osobných cieľov a plánov, informácie o spôsobe bývania, o zamestnaní, o sociálnom a rodinnom systéme. Významnou súčasťou práce pri posudzovaní potrieb je tzv. sociálna história ako súčasť šetrenia, ktorá predstavuje chronologický záznam životných udalostí pacienta a ktorá napomáha členom multidisciplinárneho tímu pochopiť pacienta ako človeka s jeho sociálnym a kultúrnym zázemím a potrebami. Klinický sociálny pracovník pripravuje pacienta na prepustenie zo zdravotníckeho zariadenia – prechod z ústavnej starostlivosti do ambulantnej starostlivosti (prepustenie pacienta z nemocničného prostredia). Zaisťuje a zabezpečuje následnú starostlivosť a zabezpečenie podmienok k životu (práca, bývanie, vzťahy, finančné zabezpečenie, primárna zdravotná starostlivosť, ambulantná psychiatrická dispenzarizácia). Taktiež napomáha a participuje v oblastiach sociálnej rehabilitácie, psychiatrickej rehabilitácie, prípadovom vedení a psychoterapii (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010).

Sociálna práca s psychiatrickým pacientom predstavuje určité spojiwo medzi sociálnym prirodzeným prostredím pacienta a zdravotníckou inštitúciou s cieľom vyhodnotiť aktuálny stav, dopady a následky duševného ochorenia na pacientov sociálny status, vytvára sociálny partnerský vzťah vo vzťahu k pacientovi a jeho rodine, ale aj smerom k ostatným odborníkom a inštitúciami podieľajúcich sa na „liečení“ osoby s duševným ochorením.

Z hľadiska praxe uvádzame **profesijné zameranie práce klinického sociálneho pracovníka s vybranými skupinami psychiatrických pacientov:**

- sociálna práca s dieťaťom a mladistvým s duševným ochorením (sociálna práca na úseku pedopsychiatrie psychiatrických oddelení a nemocní, detské psychiatrické liečebne),

- sociálna práca s psychiatrickým pacientom v produktívnom veku,
- sociálna práca s psychiatrickým pacientom – seniorom (gerontopsychiatria),
- sociálna práca s pacientmi s mentálnym postihnutím,
- sociálna práca s pacientmi so syndrómom závislosti – alkohol, drogy, patologické hráčstvo, internet.

4.3.5 Krátka intervencia a jej význam v liečbe závislosti

O technikách krátkej intervencie sa najčastejšie hovorí v súvislosti s problémami spôsobenými alkoholom a tabakom. **Je to jedna z najefektívnejších intervencií pri riešení problémov zneužívania psychoaktívnych látok a v začiatkoch závislosti.** Cieľom je v minimálnom čase dosiahnuť maximálny efekt.

Nešpor (2010) odporúča široké využívanie krátkej intervencie pre problémy spôsobené psychoaktívnymi látkami s ohľadom na veľký počet ľudí s návykovými chorobami. V porovnaní s tým je počet odborníkov špecializovaných na liečbu návykových ochorení veľmi malý. Preto by mali lekári rôznych odborov, zdravotné sestry, sociálni pracovníci, pedagógovia a ďalší odborníci robiť krátku intervenciu v okruhu svojej pôsobnosti.

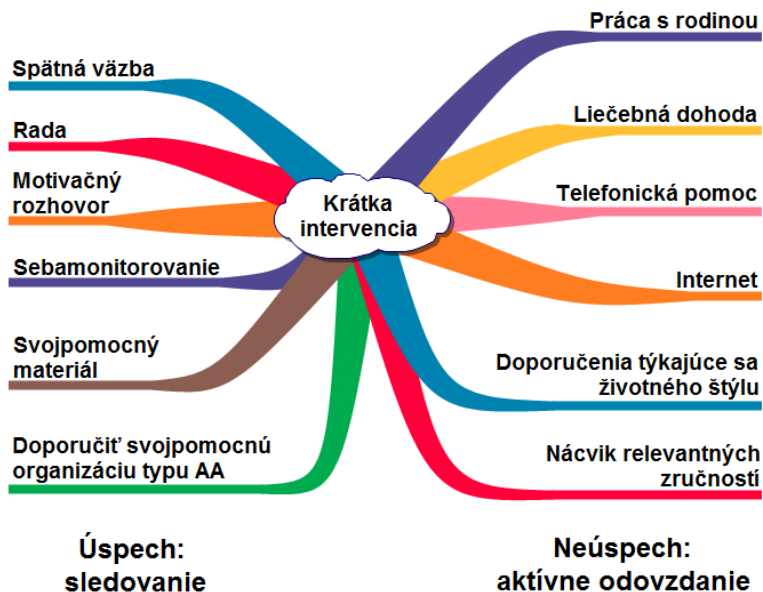
Najznámejšie schémy krátkej intervencie pre problémy spôsobené psychoaktívnymi látkami:

- „5 A“ – ask, advise, assess, assist, arrange – t.j. pýtaj sa, poraď, posudzuj, pomôž a uprav,
- „FRAMES“ – feedback, responsibility, advice, menu, empathetic style, self-efficacy – t.j. spätná väzba týkajúca sa rizík, zodpovednosť pacienta, rada, ako dosiahnuť zmenu, možné stratégie zmeny, vcítenie a sebestačnosť.
- Krátku intervenciu je možné poskytovať individuálne alebo skupinovo.

Postupy používané pri krátkej intervencii

Primár MUDr. Karel Nešpor, CSc. odporúča použiť jeden alebo dva vybrané postupy, nie všetky.

Obrázok: Postupy pri krátkej intervencii (Nešpor, 2010)



Posúdenie stavu a poskytnutie rady – informovanie pacienta o výsledku, čo obyčajne zahŕňa priame alebo nepriame odporúčenie.

Príklad: „Vyššie hodnoty pečeňových testov môžu súvisieť s alkoholom. Dva týždne žiadny alkohol nepite, tým sa váš zdravotný stav podstatne zlepší, potom príd'te na kontrolný odber.“

Motivačný rozhovor sa vedie nekonfrontačne a s pochopením. Za pomoci vhodných otázok je možné pacientovi pomôcť, aby si lepšie uvedomil riziká psychoaktívnych látok a výhody toho, keď problém s nimi prekoná. Práca s motiváciou býva najdôležitejšia v situácii, keď sa pacient ešte nerozhodol zmeniť alebo váha. Efektivita motivačného rozhovoru rastie, ak sa pracuje s motiváciami, ktoré sú pre pacienta dôležité – napr. vzhl'ad u žien, pracovná výkonnosť u ľudí s ambíciami alebo duševná výkonnosť u študentov.

Sebamonitorovanie, t.j. zaznamenávanie si, za akých okolností sa objavuje craving (baženie) alebo recidíva závislosti. Je tiež možné zaznamenávať, čo pomáha a čo sa neosvedčilo. Pacient sa takto učí identifikovať spúšťače (podnety aktivujúce závislosť), vyhýbať sa im, lepšie sa na ne pripraviť a zvládať ich.

Poskytnutie svojpomocného materiálu. Príručky pre závislých od alkoholu, závislých od iných psychoaktívnych látok a patologických hráčov sú zdarma k dispozícii v čakárňach ambulancií, aj na webových stránkach.

Odporúčenie účasti v svojpomocnej organizácii typu Anonymných alkoholikov. Ide účinný postup.

Poskytnutie kontaktu na služby telefonической pomoci, kam sa možno obrátiť v prípade náhlej krízy (linky dôvery, centrá krízovej intervencie atď.). Niektoré zahraničné programy krátkej intervencie zahŕňali telefonáty terapeuta smerom k pacientovi, napr. v prevencii rizikového sexuálneho správania u HIV pozitívnych.

Internet – e-mailové kontakty s ľuďmi hľadajúcimi pomoc pre seba alebo príbuzných sú časté. K dispozícii sú elektronické podoby svojpomocných materiálov a inštruktážne videá pre ľudí s rôznymi závislosťami a ich príbuzných.

Práca s rodinou. Rodina často disponuje silnými motivačnými nástrojmi, a to treba pri krátkej intervencii využívať.

Uzavretie liečebnej dohody (tzv. terapeutický kontrakt). Ten sa napr. môže týkať prijatia liečby v prípade pokračujúcich problémov). Efektivita terapeutického kontraktu rastie, ak sa na ňom podieľa okrem poradcu a pacienta aj niekto ďalší, najčastejšie to býva príbuzný alebo nadriadený zo zamestnania.

Odporúčania týkajúce sa životného štýlu, voľnočasových aktivít atď. je treba ponúkať podľa individuálnych potrieb (Conrod a spol., 2009).

V prípade, že bola krátka intervencia efektívna, nasleduje **sledovanie stavu.** Ak krátka intervencia nebola dostačujúca, odporučíme **špecializovanú liečbu.** Pokročilejšia závislosť bude vyžadovať dôkladnejšiu liečbu.

4.4 Sociálna práca so zdravotne znevýhodnenými pacientmi

Zdravie predstavuje pre každého človeka najväčší poklad, ktorý sa snaží uchovávať a strážiť. Skrýva v sebe viaceré zložky – fyzické, psychické, spirituálne, sociálne, intelektuálne a environmentálne. Ak je medzi týmito prvkami pohoda, môžeme tvrdiť, že jedinec je v stave úplného zdravia. V prípade narušenia tejto pohody, najmä vplyvom na

telesnú a duševnú stránku zdravia dochádza k stavom zníženej výkonnosti – choroby, ktorá môže pri jej nezvládnutí prejsť do trvalých následkov, invalidity alebo prechodu do chronického štádia ochorenia.

4.4.1 Charakteristika pacienta so zdravotným postihnutím

Pod zdravotným postihnutím rozumieme nielen ujmu na zdraví ako následok vrodenej alebo získanej poruchy štruktúry a funkcie organizmu, ale rozumieme pod tým všetky postihnutia vedúce k obmedzeniu pohybovej schopnosti, funkcie zmyslových orgánov, duševných a iných funkcií. Postihnutie vyúsťuje v handicap, ktorý sa dotýka postavenia takéhoto jedinca v spoločnosti (Matějček, 2001; Kahoun, 2007).

Pacienta so zdravotným postihnutím (pacient so zdravotným znevýhodnením, handicapovaný pacient) vnímame ako klienta, ktorý je hospitalizovaný ako:

- **akútny pacient** – náhle zhoršenie zdravotného stavu, kde zdravotné postihnutie bolo jednou z možných príčin ochorenia alebo úrazu, to znamená pacient už pred prijatím do zdravotníckeho zariadenia je zdravotne postihnutý,
- **chronický pacient so zdravotným postihnutím z dôvodu plánovanej hospitalizácie,**
- **akútny pacient z dôvodu choroby alebo úrazu,** u ktorého počas hospitalizácie je diagnostikovaný patologický stav zakončený konštatovaním vzniku a vývoja určitého druhu zdravotného postihnutia.

Orientačné delenie zdravotného postihnutia z hľadiska klinického sociálneho pracovníka:

- **podľa druhu zdravotného postihnutia:**
 - telesné postihnutia – problémy s mobilitou,
 - sluchové postihnutia – problémy s komunikáciou,
 - zrakové postihnutia – problémy s orientáciou,
 - kombinované postihnutia – prelínanie jednotlivých postihnutí, viacnásobné postihnutie,
 - mentálne postihnutia (mentálna retardácia),

- civilizačné choroby (chronické choroby) – napr. cystická fibróza, cukrovka, AIDS;
- **podľa obdobia vzniku zdravotného postihnutia:**
 - vrodené,
 - získané;
- **podľa stupňa zdravotného postihnutia:**
 - ľahký stupeň,
 - stredne ťažký stupeň,
 - ťažký stupeň.

4.4.2 Sociálna práca a pacient so zdravotným znevýhodnením

Zdravotné postihnutie je vnímané ako trvalá porucha telesného a duševného zdravia v interakcii so sociálnym prostredím, s predpokladom minimalizácie jeho znevýhodnenia prostredníctvom intervencie v rámci sociálnej práce (Repková, Požár, Šoltés, 2003).

Sociálna práca vstupuje ako pro-sociálne orientovaná a pomáhajúca profesia do interakcie s pacientom so zdravotným postihnutím s cieľom pomôcť, poradiť, usmerniť a ochrániť. Klinický sociálny pracovník pri práci so zdravotne postihnutým pacientom musí byť prevažne dobrým diagnostikom a jeho práca a vzťah k pacientovi založený na holistickom prístupe. Vychádza z prirodzenej ľudskej dôstojnosti, ktorá by mala byť zachovaná až do konca života, nezávisle od druhu a rozsah zdravotného postihnutia a bez ohľadu či zdravotne postihnutí žije v kruhu svojich rodinných príslušníkov alebo v inštitucionálnych podmienkach zriadených pre potreby danej cieľovej skupiny. K tomuto typu pacienta zohráva mnoho rolí, stáva sa poradcom s cieľom pomôcť pacientovi získať náhľad na postoj sociálnej práce k nemu, otázky pocitov a spôsoby jednania so zámerom napomôcť k adaptácii.

Klinický sociálny pracovník ako pomáhajúci člen zdravotníckeho tímu prichádza do kontaktu so zdravotne znevýhodnenými pacientmi v dvoch rovinách:

- 1. rovina – **sociálna práca s pacientom, ktorý už má diagnostikované zdravotné postihnutie** – pacienti s vrodenými postihnutiami a pacienti zo získaným zdravotným postihnutím

z minulosti, ktorí sa v dôsledku ochorenia alebo úrazu ocitli v nemocničnom zariadení. Tu je predpoklad, že pacient má vo väčšej miere vyriešené sociálne náležitosti a dopady vplyvu postihnutia na jeho rodinný a sociálny život. S postihnutím je čiastočne alebo úplne vnútorne stotožnený a vyrovnaný, podporu a pomoc nachádza u svojich najbližších a známych. V tomto prípade sociálny pracovník vystupuje v roly preventistu, vyhodnocuje aktuálny zdravotný stav a vplyv na potreby pacienta, realizuje sociálnu diagnostiku a v prípade nutnosti usmerňuje pacienta alebo jeho blízkych odbornými radami a vyhodnotením aktuálnych dopadov hospitalizácie na život samotného pacienta a jeho rodiny;

- 2. Rovina – **sociálna práca s pacientom s aktuálne diagnostikovaným druhom a stupňom zdravotného postihnutia** - u tohto pacienta sa do popredia dostáva aktuálny zdravotný stav s diagnostikovaným druhom zdravotného postihnutia a problematika trvalých následkov na jeho organizmus s dopadom na pacientov osobný, rodinný, pracovný život. U pacienta začína proces adaptácie pacienta na postihnutie, ale aj proces postoja a prispôbovania sa rodiny pacienta na novú skutočnosť (postoj rodiny a najbližších, otázka pomoci a podpory počas hospitalizácie a po jej ukončení). Klinický sociálny pracovník vstupuje rolou „moderátora“ do života pacienta a jeho najbližších. ***Stáva sa z neho nielen vykonávateľ metód sociálnej práce, ale aj poradca, právnik, psychoterapeut, pedagóg, ošetrovateľ i opatrovateľ v jednej osobe.*** Zostavuje sociálno-pracovnú skupinu, ktorej súčasťou je samozrejme samotný pacient a na strane druhej členovia rodiny a ich známi s kladným postojom participovať pri pomoci pacientovi doplnenú o ľudí z vnútorného prostredia zdravotníckeho zariadenia (lekár, sestra, fyzioterapeut, psychológ, protetik) a doplnenú o ľudí z vonkajšieho prostredia (kňaz, štátna správa, samospráva, rôzne inštitúcie, dobrovoľníci). Spojkou medzi prvou a druhou skupinou sa stáva práve klinický sociálny pracovník v role „moderátora“ – manažuje plánovanie a realizáciu aktuálnych i plánovaných intervencií smerom k pacientovi a jeho potrebám. Dôležitý je i postoj samotného pacienta, jeho somatický a hlavne psychický stav, ale aj vzťah k jednotlivým členom sociálno-pracovnej skupiny. Zmyslom tohto prístupu k pacientovi je zabrániť jeho izolácii, socializovať, viesť k adaptácii života s bariérou, snažiť sa, aby bol v určitých veciach nezávislý a umožniť mu sebarealizáciu ako jednu zo základných sociálnych potrieb jedinca (sebarealizácia v oblasti rodiny, vzdelávacích inštitúcií a zamestnanosti).

4.5 Sociálna práca s hospitalizovaným bezdomovcom

4.5.1 Charakteristika bezdomovstva

Bezdomovstvo predstavuje po roku 1989 nový sociálno-patologický jav (ako najkrajnejšia forma sociálnej exklúzie so znakmi extrémnej chudoby a sociálneho vylúčenia), ktorú priniesla vlna celospoločenských zmien a vyžaduje aktívny postoj mnohých vedných odborov k riešeniu danej otázky a vnímame ho ako sociálny problém celej spoločnosti. **Bezdomovstvo môžeme chápať ako stav bezprostrednej núdze, keď sa jedinec ocitá bez trvalého domova, nielen v zmysle prístrešia** (Draganová et al., 2006). Sú to ľudia, ktorí sa ocitli v sociálnej kolízii a nie sú schopní sa prispôbiť sociálnym normám (Strieženec, 1996). Tohto človeka vnímame ako jedinca vylúčeného zo spoločnosti, ktorý má sociálny, zdravotný, pracovný a materiálny charakter, čo sa v konečnom dôsledku prejaví stratou obydlia, zamestnania, sociálnych vzťahov a postupným odvrhnutím zo strany svojho okolia. Bezdomovstvo má mnoho príčin, ktoré spôsobili, že daný človek sa ocitne v stave sociálnej tiesne a postupom času vyžaduje pomoc zo strany odbornej verejnosti (Tvrdoň, Kasanová, 2004).

Príčiny bezdomovstva z pohľadu klinického sociálneho pracovníka:

- dlhodobo problémové a narušené vzťahy v rodine – partnerské, súrodnencké, rodičovské,
- úmrtie rodiča, partnera, blízkej osoby,
- strata zamestnania a tým aj pravidelného finančného príjmu,
- dlhodobá nezamestnateľnosť,
- zdravotné postihnutie a jeho dopad na potreby jednotlivca,
- opakovaná chorobnosť a jej dôsledky (duševné ochorenia),
- neschopnosť pravidelného hradenia nákladov za bývanie,
- strata bývania z neekonomických príčin (podvod, právny nárok iných osôb),
- ukončenie pobytu v ústavných zariadeniach (detský domov, zariadenia sociálnych služieb, zdravotnícke zariadenia),
- návrat z výkonu trestu,

- rôzne druhy závislostí – alkohol, drogy, prchavé látky, patologické hráčstvo,
- extrémna chudoba,
- subjektívne rozhodnutie jedinca pre daný spôsob života.

Človek bez domova predstavuje pre sociálnu prácu jedného zo skupiny mnohých klientov, s ktorými jej zástupca – sociálny pracovník prichádza do kontaktu. Vplyvom vývoja a času, pasívnym prístupom tohto klienta k svojmu sociálnemu postaveniu dostáva do situácie, keď je plne odkázaný na pomoc odborníkov. Takýto človek sa kedykoľvek počas dňa stáva klientom – pacientom zdravotníckeho zariadenia, kde mu je poskytnutá prvá pomoc (nielen zdravotná, ale aj sociálna), opora, podpora a pomoc pri zlepšovaní životných podmienok a predstavuje priestor pre možnosť zmeny svojho sociálneho statusu za pomoci sociálnej práce v zdravotníctve.

4.5.2 Pacient – bezdomovec a klinický sociálny pracovník

Problematika zdravotnej starostlivosti o bezdomovcov je v každej spoločnosti determinovaná existujúcou zdravotnou politikou a ekonomikou. Zdravotnícke zariadenie predstavuje miesto, ktoré poskytuje nepretržitú 24-hodinovú zdravotnú starostlivosť pre ľudí s akútnymi a chronickými ochoreniami a úrazmi. Reprezentuje taktiež inštitúciu, kde sa veľmi často prelína medicínsky a ošetrovateľský rozmer zamerania zariadenia so sociálnym statusom pacienta, najmä ak je jeho zdravotný stav ohrozovaný náhle vzniknutou nepriaznivou sociálnou situáciou, alebo ak ide o pacienta s dlhodobým znakmi sociálno-patologických javov (napr. dlhoročný bezdomovec). **Zdravotnícke zariadenia (nemocnica, psychiatrické nemocnice) predstavuje v mnohých prípadoch „dočasné útočisko“ pre týchto jedincov, nakoľko spoločnosť (štát) garantuje pre všetkých obyvateľov poskytnutie odbornej zdravotnej starostlivosti.**

Zdravotná starostlivosť verzus bezdomovec:

- 24-hodinová dostupnosť zdravotnej starostlivosti (lekárska služba prvej pomoci, zdravotnícka záchranná služba v rámci prednemocničnej starostlivosti, zdravotná starostlivosť v nemocnici – ambulancia a ústavná),
- štát garantuje aj pacientovi bez zdravotného poistenia (mnohí bezdomovci nemajú uzatvorené verejné zdravotné poistenie)

v prípade akútnej potreby lekárske ošetrovanie (úraz, akútne ochorenie, náhle zhoršenie zdravotného stavu, pôrod) neodkladnú zdravotnú ambulatnú i ústavnú starostlivosť, zo strany zdravotníckych pracovníkov a zariadení nesmie byť takýto pacient odmietnutý a musí mu byť poskytnutá neodkladná zdravotná starostlivosť bez požadovania úhrady; u mladistvých bezdomovcov (do 18 rokov), bezdomovcov poberaajúcich starobný alebo invalidný dôchodok a u poberaateľov dávok v hmotnej núdzi dávok v nezamestnanosti uhrádza verejné zdravotné poistenie štát),

- v prípade hospitalizácie zabezpečenie krátkodobého, prípadne dlhodobého azylu, v ktorom okrem nástrojov zdravotnej starostlivosti (diagnostické a terapeutické riešenie choroby a úrazu) má zabezpečené potreby ako bývanie, strava, hygienická starostlivosť, ošatenie, bezpečie a istota,
- poskytnutie sociálneho servisu prostredníctvom klinického sociálneho pracovníka – sociálna diagnostika, akútna a dlhodobá sociálna intervencia, prevencia.

V dôsledku akútneho ochorenia alebo úrazu sa bezdomovec dostáva do kontaktu so zdravotníckym zariadením, kde prichádza z vlastnej vôle, alebo je odporúčaný lekárom primárnej zdravotnej starostlivosti, prípadne je privezený záchrannou zdravotnou službou a prichádza do prvého kontaktu so zdravotníkmi pracovníkmi. Po vyšetrení a dodiagnostikovaní je prijímaný na príslušné oddelenie podľa charakteru choroby alebo úrazu a následne medikamentózne alebo chirurgicky liečený. Toto nové prostredie je miestom, kde okrem riešenia zdravotného stavu človeka bez domova dostáva priestor aj posúdenie sociálneho statusu pacienta, jeho schopností riešiť svoju zlú sociálnu situáciu a otvára sa pracovná dilema s otázkou zabezpečenia základných životných podmienok pre pacienta po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia. Nastupuje model multidisciplinárneho prístupu zdravotníckych pracovníkov a iných pomáhajúcich profesií s cieľom objektívneho zhodnotenia sociálneho prostredia pacienta – bezdomovca. ***Vnímať bezdomovca z aspektu zdravotnej a sociálnej starostlivosti vyžaduje komplexný prístup – riešenie jeho nepriaznivého zdravotného stavu, ale aj jeho zlého sociálneho postavenia.*** Na jednej strane pôsobením komplexnej zdravotnej starostlivosti o pacienta – bezdomovca dôjde k zlepšeniu až vyriešeniu príčiny hospitalizácie, na strane druhej, ak nedôjde k aktívnemu riešeniu nepriaznivej sociálnej situácie pacienta (samozrejme za podmienky jeho aktívneho prístupu) hrozí v krátkom čase akútne zhoršenie zdravotného stavu s opätovnou

hospitalizáciou v zdravotníckom zariadení. Musí byť však dodržaný komplexný prístup – na jednej strane kladný záujem pacienta riešiť svoju sociálnu núdzu, na strane druhej profesionálny prístup zdravotníckych pracovníkov a klinického sociálneho pracovníka k riešeniu sociálnych problémov ich spoločného pacienta - klienta zdravotníckych a sociálnych služieb.

Klinický sociálny pracovník plní veľa úloh voči pacientovi – bezdomovcovi, ale hlavne by mal rozpoznať, prečo a do akej miery je sociálne fungovanie človeka ohrozené niektorou z nerovnováh a v nadväznosti na to mu pomôcť získať, obnoviť alebo udržať jeho sociálne fungovanie. Pomoc klinického sociálneho pracovníka spočíva v poskytnutí impulzu k takej zmene pacienta alebo prostredia, ktoré posilní rovnováhu medzi tým, čo prostredie očakáva a tým, čo je pacient schopný zvládnuť.

Z pohľadu sociálnej starostlivosti o hospitalizovaného bezdomovca vychádzame zo stavu, že ho vnímame ako človeka, ktorý využíva zdravotnícke služby a sociálne služby klinického sociálneho pracovníka. Podmienkou je aktívny a rovnocenný vzťah medzi pacientom a klinickým sociálnym pracovníkom, pričom v tejto situácii skôr nachádzame pacienta – bezdomovca v roli pasívneho čakateľa na akúkoľvek pomoc, ktorá mu uľahčí dni pobytu v nemocnici a prvé dni po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia. Celá sociálna práca s takýmto pacientom je príkladom prípadovej metódy sociálnej práce za podmienky prijatia vzájomnej prepojenosti práce zdravotníckych pracovníkov a klinického sociálneho pracovníka.

Sociálna práca s hospitalizovaným bezdomovcom zahŕňa nasledovné etapy:

- **1. etapa** zahŕňa **zoznámenie sa s pacientom – bezdomovcom**, príčinou hospitalizácie a zhodnotením jeho sociálnej prostredia pred prijatím do zdravotníckeho zariadenia. Zároveň sa zaujíma o dôležité údaje súvisiace s jeho existenciou v spoločnosti – vlastní alebo nevlastní osobné doklady, údaje o zdravotnom poistení, finančná situácia bezdomovca (pravidelný finančný príjem v podobe dávky v hmotnej núdzi, dávky v nezamestnanosti, starobného alebo invalidného dôchodku, neoficiálny príjem alebo bez žiadneho príjmu), rodinný stav a kontakt s rodinou, spôsob bývania a existencie pred príchodom do nemocnice, dôvody a trvanie bezdomovstva;

- **2. etapa** zahŕňa **sociálnu diagnostiku, stanovenie sociálnej diagnózy, plánovanie sociálnych intervencií**, ktoré môžeme rozdeliť na akútne a neskoré sociálne intervencie. Pod akútnymi sociálnymi intervenciami chápeme súbor sociálnych činností, ktoré vyžadujú okamžité riešenie sociálneho stavu pacienta a majú priamy vplyv na uskutočnenie neskorších sociálnych intervencií. Celý plán sociálnej pomoci je založený na reálnom základe, vychádza zo zhodnotenia doterajšieho spôsobu života, vývoja zdravotného stavu a samotného postoja bezdomovca k riešeniu svojich sociálnych problémov. Z toho vyplýva, že klinický sociálny pracovník a jeho sociálna pomoc môže byť len čiastočná so zameraním na riešenie konkrétnej problémovej oblasti u bezdomovca (napr. zabezpečenie finančného príjmu) alebo sociálna pomoc má znaky celkovej sociálnej starostlivosti, má známky resocializácie daného pacienta s cieľom zabezpečenia základných životných podmienok po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia a pacientovým „novým začiatkom života“,
- **3. etapa** zahŕňa **samotnú sociálnu intervenciu - realizáciu naplánovaných súborov činností klinického sociálneho pracovníka** zameranú na riešenie sociálnych problémov pacienta, ktoré vychádzajú z jeho spôsobu života a boli prítomné alebo sa zhoršili vplyvom ochorenia alebo úrazu. Samotná intervencia je rozvrhnutá tak, aby sa väčšina z nich samozrejme zrealizovala počas hospitalizácie, nakoľko sú dôležité pre pacienta a jeho existenciu mimo zdravotnícke zariadenie.
- **4. etapa** je **vyhodnotenie sociálnych intervencií, príprava a plánovanie prepustenia bezdomovca zo zdravotníckeho zariadenia** po dohovore s ošetrojúcim personálom a samotným pacientom, monitorovanie sociálneho stavu po prepustení z nemocnice s následnou spätnou väzbou.

Najčastejšie problémy zdravotnej starostlivosti o bezdomovcov (Gogoláková et al., 2010):

- **nevyjasnenosť vzťahov bezdomovec - zdravotná poisťovňa - poskytovatelia zdravotnej starostlivosti** - systém zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike predpokladá trvalé bydlisko poistencov zdravotných poisťovní. Od tejto skutočnosti sa odvíjajú ďalšie administratívne úkony, systém rajonizácie, úhrady za poskytnuté výkony. Bezdomovec, aj keď má formálne trvalé bydlisko, zvyčajne sa v jeho blízkosti nezdržiava. Často nemá doklad totožnosti, ktorý je dôležitý pre kontakt so zdravotnou poisťovňou.

Na tento nedostatok logicky nadväzuje chýbanie platného preukazu poistenca zdravotnej poisťovne. Bez platného dokladu zdravotného poistenia musí lekár ošetriť bezdomovca v ohrození života. Ak nejde o ohrozenie života pacienta a lekár zdravotnú starostlivosť poskytne, následne mu bude výkon preplatený zdravotnou poisťovňou na základe zvláštneho vykazovania, rovnako aj samotná hospitalizácia si vyžaduje osobitné vykazovanie (v súčasnosti sú tieto hospitalizácie a zdravotné výkony uhrádzané štátnou Všeobecnou zdravotnou poisťovňou);

- **chýbajúca kontinuita zdravotnej starostlivosti** – v Slovenskej republike sa v medicíne opierame o tri základné piliere: dôvera, zodpovednosť a kontinuita. Vzájomná dôvera pacienta, lekára a zdravotnej poisťovne. Zodpovednosť lekára k pacientovi, pacienta v postoji k vlastnému zdraviu, poisťovne k pacientom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Kontinuita v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, kontinuita v medicínskom vzdelávaní, kontinuita medicínskych pracovísk. Ľudia bez domova často nemajú svojho praktického lekára a príslušných špecialistov, ktorí by sa o pacientov – bezdomovcov kontinuálne starali, viedli zdravotnú dokumentáciu o zdravotnom stave. Charitatívne organizácie majú skúsenosti, že je veľmi ťažké nájsť praktických lekárov, ktorí by boli ochotní prevziať bezdomovca do svojej starostlivosti. Povinnosťou lekára by to bolo jedine vtedy, ak mal pacient – bezdomovec trvalé bydlisko v obvode daného lekára. Bezdomovci väčšinou nemajú trvalé bydlisko alebo z neho odchádzajú a združujú sa vo veľkých mestách. Narušenie sociálnych väzieb, zúženie perspektívy života na prežitie jedného daného dňa narušuje bezdomovcovi vnímanie nutnosti starať sa o svoje vlastné zdravie. Pravidelné návštevy u lekára, absolvovanie preventívnych prehliadok, riešenie zdravotných problémov v ich počiatkových štádiách sú sociálne návyky, ktoré bezdomovci strácajú spolu s ostatnými ďalšími. Bez príslušnej zdravotnej dokumentácie je niekedy veľmi náročné stanoviť správnu diagnózu. Absenciou údajov sa môže oddialiť potrebná liečba, prípadne môže dôjsť k nežiaducim účinkom liekov, napr. pri chýbajúcich údajoch o alergiách daného pacienta;
- **doliečovanie po ukončení hospitalizácie** – pacient zvyčajne po prepustení z nemocnice odchádza domov a je prevzatý do ambulantnej starostlivosti, ktorá kontinuálne nadväzuje na ústavnú starostlivosť. Pacient – bezdomovec po prepustení z nemocnice sa zvyčajne vracia späť na ulicu, čo sťažuje doliečenie

a celkové uzdravenie. Je nedostatok zariadení, ktoré by bezdomovcom poskytovali priestor na doliečenie po prepustení z nemocnice, čím by sa zlepšil ich zdravotný stav. Ošetrujúci lekár po zvládnutí akútneho stavu, ktorý vyžaduje ešte doliečenie, v spolupráci s klinickým sociálnym pracovníkom zdravotníckeho zariadenia hľadajú možnosti zabezpečenia následnej starostlivosti, napríklad umiestnením na oddeleniach dlhodobochorých, ktoré je však časovo limitované, prípadne do zariadení charitatívnych organizácií, ktoré však nemajú vytvorené podmienky pre riešenie nepriaznivého zdravotného stavu, nakoľko prioritne zabezpečujú sociálnu starostlivosť a nedisponujú zdravotníckymi pracovníkmi. Ďalšou možnosťou pre pacientov je umiestnenie do zariadení sociálnych služieb (zariadenia opatrovateľskej služby, domovy sociálnych služieb) alebo do domovov ošetrovateľskej starostlivosti či hospicov (onkologické ochorenie v terminálnom štádiu), čo v prípade pacienta – bezdomovca s nízkym príjmom je prakticky nemožné;

- **chronicky chorí bezdomovci s náročným ošetrovaním** – chronické ochorenia sú náročné na zvládnutie aj u ľudí so sociálnym zázemím, ide najmä o chorých zaradených do dialyzačného programu, po amputácii končatín, chorých s cukrovkou (dodržiavanie diéty, aplikácia inzulínov, pravidelné dodržiavanie liečby, sledovanie glykémie – hodnoty cukru v krvi, návštevy lekára špecialistu – diabetológa), onkologicky chorí (chemoterapia, rádioterapia), pacienti s kolostómiou, zavedeným permanentným močovým katétrom, choroby vyžadujúce finančne náročnú liečbu a vysoké doplatky za lieky, pacienti po náhlych cievnych mozgových príhodách s následným ochrnutím a poruchou reči, bezdomovci po ťažkých úrazoch. Bezdomovec s takýmto ochorením je úplne bezradným, bez pomoci sa jeho život skrakuje a vedie k úmrtiu;
- **vyššia morbidita bezdomovcov na niektoré ochorenia** – tieto ochorenia vyplývajú z nesprávneho životného štýlu, z nadmerného užívania alkoholu, drog, fajčenia, nesprávnej hygieny a stravovania. Pre bezdomovcov sú charakteristické ochorenia dýchacích ciest, tuberkulóza, ochorenia dolných končatín – choroby periférnych ciev, omrznutia dolných a horných končatín, ochorenia kože.

Celý mechanizmus starostlivosti o hospitalizovaného bezdomovca je výsledkom vzájomnej spolupráce zdravotníckych pracovníkov a klinického sociálneho pracovníka za podmienky dobrej spolupráce bezdomovca s cieľom zlepšenia jeho zdravotného stavu

a aplikácie sociálnej pomoci tak, aby mal po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia zabezpečený primeraný štandard a aby nedošlo k priamemu ohrozeniu jeho zdravia a života. Zdravotnícke zariadenie sa stáva miestom, kde bezdomovec nachádza otvorené dvere v ktorúkoľvek hodinu počas dňa, bez ohľadu na to, či je pracovný deň, víkend alebo sviatok. Prichádza, aby tu našiel pomoc nielen pre svoje zdravie, ale zároveň sa izveril odbornému personálu so svojimi problémami vyplývajúcimi zo spôsobu života bezdomovca. ***Takýmto ľuďom musíme venovať zvýšenú pozornosť, nakoľko ich počet sa denne z rôznych príčin zvyšuje a bez cudzej pomoci sa nedokážu odhodlane postaviť k svojej role bezdomovca.***

4.6 Sociálna práca s geriatrickým pacientom

4.6.1 Charakteristika geriatricie

Geriatricia je **špecializačný odbor, zaoberajúci sa zdravotnou starostlivosťou o seniorov, t.j. osoby vo veku nad 65 rokov.** Pri poskytovaní komplexnej starostlivosti o seniorov vychádza zo starobných zmien organizmu, multimorbidity, následnej krehkosti a zníženej adaptačnej schopnosti starého organizmu. Zameriava sa na stanovenie funkčného stavu a potenciálu seniorov a rešpektuje vplyv sociálnych faktorov na zdravotný stav seniorov a sociálne následky ich chorôb. Významnou črtou geriatrických pacientov je krehkosť (nestabilita), ktorá sa prejavuje sklonom ku komplikáciám a zhoršením adaptačných mechanizmov.

Geriatrická zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu a rehabilitáciu. V štátoch, kde geriatricia bola ustanovená ako samostatná lekárska disciplína, vznikla tiež lôžková báza odboru, t.j. geriatrické pracoviská. Majú rôzne pomenovania: geriatrické oddelenie, geriatrická klinika a pod. Lôžkové zázemie geriatrického odboru tvoria liečebne pre dlhodobu chorých. Špecializované geriatrické pracoviská vznikli preto, aby chorým mohla byť poskytnutá zodpovedajúca starostlivosť – tzv. medicína chronického stavu (Kasanová, 2009a). Poskytuje sa ako všeobecná ambulatná starostlivosť, špecializovaná ambulatná starostlivosť a ústavná starostlivosť pre geriatrických pacientov s akútnymi a chronickými ochoreniami. V rámci dlhodobej starostlivosti poskytujú lekári geriatrickú zdravotnú starostlivosť aj v zariadeniach sociálnych služieb.

Prioritami geriatrickej zdravotnej starostlivosti je predĺženie života, dosiahnutie čo najvyššej kvality života i v jeho posledných fázach a čo najlepšieho funkčného stavu, stupňa samostatnosti geriatrického pacienta. Pre geriatriu je typické geriatrické posudzovanie, potrebné pre diagnostiku, stanovenie cieľov liečby, rehabilitáciu a zaistenie pokračovania zdravotnej starostlivosti. Geriatrická starostlivosť siaha od preventívnej starostlivosti až po terminálnu starostlivosť. Súčasťou prevencie je prevencia kardiovaskulárnych ochorení, nádorových ochorení, infekčných chorôb (najmä pneumónie a chrípky), porúch pohyblivosti, pádov, malnutricie, závislosti a nežiaducich účinkov liekov. Všeobecnú ambulatnú zdravotnú starostlivosť osobám vo veku nad 65 rokov poskytuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo. Špecializovanú ambulatnú starostlivosť poskytuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore geriatria – geriater (Konceptcia zdravotnej starostlivosti v odbore geriatria, číslo 28172/2006).

4.6.2 Geriatrický pacient

Geriatrickí pacienti predstavujú významného prijímateľa zdravotných služieb v systéme zdravotnej starostlivosti o občanov, ktorí sa výrazne odlišujú od vekovo mladších chorých a sú pre nich typické zdravotné a sociálne charakteristiky.

Zdravotné charakteristiky geriatrického pacienta (Hegyí, 2003):

- biologický vek s jeho štrukturálnymi a funkčnými charakteristikami,
- polymorbidita (prítomnosť viacerých chorôb súčasne),
- zmenená symptomatika a priebeh chorôb,
- sklon ku komplikáciám, adaptačnému zlyhaniu a sklon k chronicite,
- zmenená reakcia na lieky,
- psycho-sociálne príznaky a špecifické geriatrické syndrómy.

Sociálne charakteristiky geriatrického pacienta a sociálne dôsledky starnutia (Hegyí, 2001):

- **sociálne charakteristiky:**
- veková kategória,

- strata profesijných rolí,
- obmedzená dostupnosť zdrojov obživy, dostupnosť životných potrieb,
- nižší ekonomický štandard,
- rozhodovanie o sebe,
- ekonomická, sociálna zdravotná diskriminácia;
- **sociálne dôsledky starnutia:**
- strata priateľov, rodiny, izolácia,
- strata komunikácie, strata pocitu potrebnosti,
- nedostatok možností seberealizácie,
- potreba pomoci pri všedných činnostiach,
- sociálne dôsledky polymorbidity a blízkosť smrti.

Každé ochorenie, akútne, ale najmä chronické prinášajú so sebou sociálne dôsledky. Ochorenie alebo úraz bráni starému človeku sa postarať o seba či domácnosť, zostáva závislý na pomoci druhých. V geriatrickej sa významne prekrývajú zdravotné a sociálne faktory, ktoré môžeme označiť ako geriatrické sociálne syndrómy. Lišková (2011) tiež tvrdí, že personál inštitúcií, ktoré poskytujú starostlivosť o seniorov, neustále zápasí s otázkami ako motivovať seniora k činnosti.

Geriatrické sociálne symptómy sú klinicky významné situácie, ktoré postihujú jedincov vyššieho alebo vysokého veku a vznikajú pri narušení jeho rovnováhy pri priamom pôsobení nepriaznivých sociálnych činiteľov alebo pri neprimeranej reakcie samotného starého človeka. Medzi **geriatrické sociálne syndrómy** zaraďujeme (Hegyí, 2001):

- **dysfunkcia rodiny** (porucha funkčnosti) rodiny geriatrického pacienta – rodina nechce, nemôže, nevie zabezpečiť komplexnú starostlivosť člena rodiny – seniora, patrí medzi najčastejšie vyskytujúce sa syndrómy,
- **sociálna izolácia** – *vyradenie jedinca zo spoločnosti* (dobrovoľné alebo nútené) v dôsledku psycho-sociálnych faktorov ako je strata spoločenskej úlohy a prestíže, odchod do dôchodku, pocit nepotrebnosti, nepripravenosť na starnutie; *v dôsledku prítomnosti obmedzenia, ktoré spočíva v poruche zdravia* – inkontinencia, strata

zraku alebo sluchu; *v dôsledku sociálneho obmedzenia* – napr. chudoba; z osamelosti po strate partnera alebo v dôsledku vysokého veku po úmrtí rovesníkov a neprítomnosti rodiny; *v dôsledku antisociálneho správania* – porucha správania, sociálna deprivácia,

- **násilie na starom človeku** – *zneužívanie starého človeka* – vyžaduje sa od neho viac fyzickej, psychickej a ekonomickej podpory, než je schopný zdravotne a ekonomicky poskytnúť; *zanedbávanie* – deficit v citových vzťahoch, nedostatok podpory, starostlivosti a prejavov rodinnej súdržnosti; *týranie* (fyzické a psychické) – násilné trestné činy voči starším ľuďom, psychické týranie vo forme hrozieb, príkorí, nátlakov, snaha o inštitucionalizáciu a zbavenie svojprávnosti,
- **sociálnoekonomický stres** – narušenie osobnej identity, ale aj sociálnej existencie jedinca alebo skupiny, ohrozenie, obmedzenie a spochybnenie sociálnej kompetencie s následným možným vznikom adaptačného zlyhania.

V roku 2008 schválila vláda SR zriadenie poradného orgánu, ktorým je Rada vlády SR pre seniorov. Rada je zložená zo zástupcov ústredných orgánov štátnej správy, regionálnej samosprávy, mimovládneho sektora, vedecko-výskumnej a akademickej pôdy a verejno-právnych médií. Presadila sa požiadavka zriadiť v rámci skupiny pre zdravotnú problematiku seniorov podskupinu Rady pre dlhodobú zdravotne sociálnu starostlivosť o seniorov.

Kladným príkladom v SR je systém starostlivosti, ktorý existuje na Slovensku už 30 rokov a vychádza z Koncepcie geriatrickej starostlivosti. Napriek existujúcej legislatíve existuje ešte mnoho nedostatkov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti starším občanom.

4.6.3 Sociálna práca a geriatrický pacient

Sociálna práca v zdravotníctve sa zaoberá komplexným sociálnym prístupom ku všetkým pacientom bez ohľadu na vek. Jedným z dôležitých klientov sociálnej práce sa stal geriatrický pacient a jeho zdravotný a sociálny svet. Pomáhajúca profesia pristupuje k tomuto klientovi (v našom prípade pacientovi) s vysokou pozornosťou a hlavne odborným a ľudským prístupom. Starší človek ako pacient je vnímaný klinickým sociálnym pracovníkom v dvoch rovinách:

- **rovina zdravotná** – seniori s duševnými ochoreniami, s demenciou, somaticky chorí pacienti, seniori po úrazoch, zmyslovo a pohybovo postihnutí, imobilní, zomierajúci;
- **rovina sociálno-ekonomická** – invalidní seniori, osamelo žijúci starší pacienti, majetní a nemajetní starí ľudia, seniori bývajúci v spoločnej domácnosti s ostatnými členmi rodiny, inštitucionalizovaní geriatrickí pacienti (v zariadeniach sociálnych služieb, zdravotníckych zariadeniach).

Klinický sociálny pracovník v rámci výkonu svojej profesie vykonáva vyhľadávaciu činnosť a preventívne monitoruje hospitalizovaných geriatrických pacientov. Koncentruje sa na pacientov so znakmi rizikového pacienta ako je osamelo žijúci pacient, dlhodobo a opakovane hospitalizovaný geriatrický pacient, starý človek s problémami bývania (neplatičstvo, hrozba vystaňovania, bezdomovectvo v počiatočnej fáze), pacient s výrazným poklesom funkčných schopností a znakmi nesebestačnosti (somatické, duševné ochorenia, stavy po úrazoch, polymorbidita), pacienti ponížovaní a segregovaní zo strany svojho okolia.

Sociálna práca geriatrickému pacientovi je poskytovaná na všetkých akútnych lôžkových oddeleniach zdravotníckeho zariadenia (napr. interné, chirurgické, traumatologické, neurologické, urologické, onkologické oddelenia), ***ale aj na lôžkach ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré sú zamerané na medicínsku a ošetrovateľskú starostlivosť tejto skupiny pacientov, prípadne najväčším zastúpením pacientov v seniorskom veku*** (geriatrické a doliečovacie oddelenie, liečebne pre dlhodobo chorých, gerontopsychiatrické oddelenia, domovy ošetrovateľskej starostlivosti a hospice). Tieto lôžka sú v súčasnosti v rámci reformy zdravotnej starostlivosti redukované, prípadne nedostupné v regióne, kde pacient žije a mnohokrát sa pacient „doliečuje“ na akútnych oddeleniach, a tento pobyt nadobúda znaky už sociálnej hospitalizácie – zdravotný stav upravený s nastavenou chronickou terapiou, do popredia sa dostáva problematika následnej starostlivosti po ukončení hospitalizácie. A tu dostáva priestor klinický sociálny pracovník, aby v spolupráci s pacientom a jeho okolím (rodina, známy) riešili sociálne dôsledky choroby (chorôb) alebo úrazu. Pozornosť venuje aj postojom samotného pacienta k svojej aktuálnej zdravotnej a sociálnej situácii. Mnohokrát sa klinický sociálny pracovník stretáva s ľahkovážnym postojom staršieho pacienta k svojmu zdraviu, zľahčováním celkovej situácie, nepripúšťa možné dôsledky choroby na spôsob jeho sociálneho fungovania, odmieta

ponúknutú sociálnu pomoc prípadne preventívne opatrenia. Vzhľadom k rizikovosti takéhoto pacienta aj napriek prípadným negatívnym postojom zo strany samotného pacienta dôležitú úlohu tvorí preventívne zmonitorovanie sociálneho prostredia geriatrického pacienta s objektívnym vyhodnotením vplyvu choroby alebo úrazu na fungovanie starého človeka v domácom prostredí alebo v prostredí, z ktorého prišiel do zdravotníckeho zariadenia. Porovná obdobie života pacienta pred hospitalizáciou a počas hospitalizácie so zvýšenou pozornosťou na posúdenie zabezpečenia všetkých potrieb pre existenciu seniora po ukončení dôvodov pobytu v zdravotníckom zariadení.

Klinický sociálny pracovník zhodnotí nasledovné kritériá:

- druh ochorenia (úrazu) a jeho dopady na potreby pacienta,
- časový rozmer choroby (úrazu) – akútne alebo chronické,
- druh liečby – farmakologická, operačná, rehabilitačná,
- sociálne a zdravotné prostredie pacienta – rodina a vzťahy jej členov k pacientovi (otázka opatrovateľskej funkcie rodiny – zabezpečenie opatery o svojho člena v domácom prostredí), finančné zabezpečenie pacienta a možnosti financovania sociálnych služieb, životné podmienky (spôsob bývania, stravovanie), využívanie zdravotnej starostlivosti pred hospitalizáciou (primárna zdravotná starostlivosť), zabezpečenie a užívanie liekov, dodržiavanie odporúčaní lekárov,
- systém sociálnej pomoci a sociálnych služieb – prístup klinického sociálneho pracovníka k situácii pacienta, vyhodnotenie situácie pred a počas hospitalizácie, problematika následnej dlhodobej starostlivosti v domácom prostredí alebo v inštitucionalizovanej forme, dostupnosť sociálnych služieb pre pacienta, postoj pacienta k sociálnym službám a pomoci, problematika bezprostredných a plánovaných sociálnych intervencií, otázky krátkodobej alebo dlhodobej sociálnej pomoci, postoje zdravotníckych pracovníkov k sociálnej otázke pacienta – tlaky lekárov na samotného pacienta, jeho rodinu, ale hlavne na klinického sociálneho pracovníka, požiadavka ošetrojúceho lekára na rýchle vyriešenie problémov geriatrického pacienta a zabezpečenie následnej posthospitalizačnej opatrovateľskej a ošetrovateľskej starostlivosti, problematika zabezpečenia doliečenia pacienta (nedostatok alebo dlhé čakanie termínov prijatia na doliečovacie oddelenia, oddelenia dlhodobo chorých, domovy ošetrovateľskej starostlivosti), problematika zabezpečenia inštitucionalizovaných zariadení sociálnych služieb

vyžaduje časový priestor pre spracovanie a posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, výber druhu zariadení podľa zdravotného stavu a dostupnosť voľných miest v daných zariadeniach, finančné pokrytie sociálnych a zdravotných služieb (úhrady zdravotnou poisťovňou, úhrady zo strany pacienta).

Sociálna práca s geriatrickým pacientom prináša určité problémy a kritické momenty, keď nie je možné určiť ostrú hranicu medzi zdravotnou starostlivosťou a sociálnou prácou, k ich prieniku by malo dochádzať ako v zdravotníckych zariadeniach, tak aj v sociálnych službách. Zhoršenie zdravotného stavu so sebou obyčajne nesie potrebu sociálnych služieb, preto je žiaduce, aby boli obidva tieto typy služieb poskytované súbežne. Z toho vyplýva, že klinický sociálny pracovník má pracovať v tíme so zdravotníckym personálom. Existuje aj opačný vzťah. ***Sociálne zmeny predstavujú pre seniora zvýšenú záťaž a riziko z hľadiska jeho zdravia. Náročné sú najmä zmeny, ktoré prinášajú pretrhané sociálne vzťahy - odchod do dôchodku, zmena bydliska, odchod do ústavnej starostlivosti, smrť blízkeho človeka.*** Klinický sociálny pracovník pomáha pacientovi adaptovať sa na zmenu, prípadne integrovať sa do novej sociálnej siete. Podporuje jeho zdravie a kvalitu života. Sociálna práca so starými ľuďmi musí byť poskytovaná kvalitne i v prípade, že pacient má závažný problém s komunikáciou v dôsledku svojho zdravotného postihnutia (demencia, duševné ochorenie). Klinický sociálny pracovník musí byť vybavený zručnosťami potrebnými k nadviazaniu kontaktu a rozpoznaniu potrieb týchto ľudí, pracuje so vzťahmi a dôverou, vytvára pocit bezpečia a istoty, ktoré patria k najzákladnejším potrebám starých ľudí. Klinický sociálny pracovník sa v mnohých prípadoch stáva jediným prostredníkom kontaktu seniora s vonkajším svetom, cez neho môže vyjadrovať svoju vôľu, s jeho podporou môže rozhodovať a udržať si kontrolu nad svojím životom (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010).

4.7 Sociálna práca s rómskym pacientom

4.7.1 Charakteristika rómskeho etnika

Slovensko patrí z demografického hľadiska ku krajinám s najvyšším percentuálnym zastúpením Rómov, ich počet sa podľa rôznych zdrojov pohybuje v rozmedzí od 320 000 do 500 000. Na základe spôsobu života ***rozišujeme tri skupiny Rómov. Prvú skupinu*** tvorí sociálne najvyspelejšia, najvzdelanejšia a pracovne najkvalifikovanejšia

skupina, ktorá sa spôsobom života výrazne neodlišuje od majority. Sú rozptýlení po celom území Slovenska, od vidieckych cez malomestské až po veľkomestské osídlenia. Najčastejší problém, s ktorým sa musia vyrovnávať je spojený s ich etnickou príslušnosťou. Často sú vystavení predsudkom a stereotypom, ktoré si majorita vytvára na základe jediných negatívnych skúseností či mediálne prezentovaných prípadov a automaticky ich prenáša na celú minoritu. **Druhú skupinu** tvoria Rómovia čiastočne integrovaní. Osídlenia, v ktorých žijú, sa v niektorých prípadoch zásadne nelíšia od tých, v ktorých žije aj prvá skupina, často sa však približujú až k hraniciam životných podmienok tretej skupiny. Z hľadiska integrácie však nejde o vyložene problematickú skupinu a jej problémy možno chápať podobne ako problémy tej časti majority, ktorá sa nachádza na pomedzí chudoby. **Tretia skupina Rómov** žije zväčša v rómskych lokalitách, osadách a getách úplne izolovane od majoritnej spoločnosti. Časť jej členov býva v chatrčiach a obydliach nižšieho štandardu, ktoré sú len provizórne postavené bez základov, vody, elektriny, bez stavebného povolenia, iná časť žije v mestských getách, do ktorých bola postupne sústredená prevažná väčšina Rómov z celého mesta. Značná časť žije na hranici alebo pod hranicou chudoby, zväčša len zo štátnych sociálnych dávok a dávok v hmotnej núdzi (Popper, Szeghy, Šarkozy, 2009).

Rómovia tvoria nezávislú skupinu ľudí, ktorý majú svoj vlastný rôznorodý spôsob života, sú všade na svete a dokážu sa prispôbiť životu v danej krajine. Svoj život však žijú nezávisle od ostatných. Život vnímajú ako horizont. Nehromadia veci, ani netúžia po moci, odmietajú šetriť peniaze. Žijú zo dňa na deň. Radosť z vlastníctva poznajú iba pri rozdávaní. Za bohatého považujú iba toho, kto veľa rozdal. Ich túžba po voľnosti a slobodnom živote vie prekročiť všetky negatíva všedného dňa (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Spoločensko-politické, ekonomické a sociálne postavenie väčšiny Rómov nebolo nikdy úplne bezproblémové a väčšinu času ich historického prierezu boli na pokraji spoločnosti. Spoločnosťou boli vnímaní ako vykonávatelia manuálne náročných pomocných prác. V rámci celospoločenských zmien za posledných 20 rokov sa dôsledky mnohých transformačných zmien dotkli aj samotných Rómov, veľká časť z nich stratila zamestnanie, čím sa zhoršilo ich sociálne postavenie a prehĺbilo sa jej postavenie na okraji spoločnosti. **Životný štýl rómskej populácie sa výrazne líši a má priamy vplyv na ich zdravie a hlavne vysokú chorobnosť** (zlé stravovacie návyky, časté hladovanie, nedodržiavanie hygienických návykov, fajčenie, zvýšená konzumácia alkoholu).

4.7.2 Charakteristika rómskeho pacienta

Vo všeobecnosti Rómovia v porovnaní s majoritnou spoločnosťou majú svoje špecifické črty ako je vysoká nezamestnanosť, zlé sociálno-ekonomické podmienky, nižší štandard bývania a hygieny, negramotnosť, ťažšia spolupráca s lekármi a časté nedodržiavanie liečebného režimu a odporúčaní. Celková životná úroveň je nízka a vysoké percento Rómov je odkázaných na štátnu pomoc (štátne sociálne dávky, dávky v hmotnej núdzi). Typická pre danú skupinu je vysoká dojčenská úmrtnosť, výskyt vrodených vývojových ochorení, zvýšená chorobnosť detí i dospelých, invalidizácia, vyšší výskyt infekčných chorôb a časté opakované hospitalizácie rómskych detí. Zvlášť u tehotných rómskych žien i detí pozorujeme fajčenie, požívanie alkoholických nápojov a užívanie drog.

Mojtová a kol. (2008) uvádza, že medzi **najčastejšie ochorenia marginalizovaného rómskeho obyvateľstva** žijúceho v osadách patria infekčné ochorenia (svrab, salmonelóza, hepatitída, dyzentérie, pedikulózy (zavšivavenie), chronické ochorenia (dýchacích ciest, astma, tuberkulóza, rakovina pľúc) a kongenitálne (vrodené) ochorenia (glaukóm, fenylketonúria a niektoré formy mentálnej retardácie). **Všeobecne nízke povedomie v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia v rómskych komunitách má za následok:**

- šírenie pohlavne prenosných ochorení (prostitúcia),
- včasné a neplánované rodičovstvo,
- nepravidelné návštevy v prenatálnych poradniach,
- rastúce percento onkologických ochorení prsníkov či pohlavných orgánov a pod.

Hoci medzi Rómami nie je prístup k zdravotnej starostlivosti považovaný za problém, využívanie zdravotníckych služieb Rómami je nedostatočné. Zodpovednosť za zdravotnú starostlivosť sa postupne prenáša na plecia jednotlivcov. Cena za zdravotnú starostlivosť môže byť ďalšou prekážkou pre Rómov a iné chudobné skupiny. Majoritná spoločnosť si častokrát myslí, že Rómovia nemajú toľko zdravotných problémov ako iní občania, ktorí dodržiavajú hygienické návyky a majú možnosť lepšieho zabezpečenia životných štandardov. Nie je to však pravda. **Často trpia latentnými chorobami, ktoré môžu mať dlhodobé dôsledky.**

Chudobní Rómovia si veľakrát nemôžu dovoliť ani lieky či výživnú stravu. Bolo by potrebné uskutočniť hlbší prieskum nákladov na zdravotnú starostlivosť a ich vplyv na jej využívanie Rómami. Ďalšie možné prekážky prístupu Rómov spočívajú v kultúrnych tabu, ktoré odrádzajú Rómov od vyhľadania lekárskej starostlivosti aj v iných krajinách (Ringold, 2003).

Základným cieľom zámerov zdravotnej politiky zo strany štátu voči Rómom, by mala byť predovšetkým prevencia a zvyšovanie si osvojenia základných hygienických návykov. Pri vytváraní lepších životných podmienok Rómov je nevyhnutná spolupráca pracovníkov zdravotníckych zariadení v interakcii s rómskou populáciou.

Ciele ošetrovateľskej starostlivosti v segregovaných lokalitách:

- eliminovať zdravotné problémy, predchádzať novým zdravotným problémom,
- očkovanie proti infekčným chorobám,
- sprístupniť prenatálnu starostlivosť, zlepšiť zdravotný stav matiek a detí,
- skvalitnenie výživy,
- osvojenie základných hygienických návykov,
- zvýšenie povedomia v sexuálnej oblasti a reprodukčnom zdraví,
- zníženie počtu tehotenstiev mladistvých,
- znižovanie závislosti od alkoholu a iných drog,
- prevencia, odhalenie a kontrola chronických ochorení,
- zlepšiť prístup Rómov k zdravotnej starostlivosti.

V čase choroby sa u nich môžu prejavovať psychické zvláštnosti ako slabšia vôľa, vytrvalosť a trpezlivosť, mnohokrát sa stretávame s nedôverou voči zdravotníkom. Bez rodiny bývajú nesamostatní. Väčšinu lekárske rozhodnutí konzultujú s rodinou. ***V rómskej komunite rodina o všetkom rozhoduje spoločne, preto pacient nikdy nechodí do ambulancie sám a hospitalizovaní Rómovia majú denne návštevy*** (Čížková, 2005).

Rómsky pacient je špecifický a od pacienta majoritnej spoločnosti sa odlišuje svojou sociálnou a kultúrnou úrovňou,

antropologickými znakmi, životným štýlom, jazykom, vzdelaním, prístupom k svojmu zdraviu a zdraviu svojich najbližších, vlastnými normami a zákonmi, vzájomnou súdržnosťou a vnútornou hierarchiou a z dôvodu vnútornej heterogenosti vyžaduje odlišný prístup.

Zdravotný stav Rómov je podľa mnohých dostupných zdrojov horší ako u členov majoritnej populácie, je ovplyvnený závažnými nepriaznivými sociálnymi problémami populácie (predovšetkým chudobou a nízkym príjmom, nezamestnanosťou, nízkym vzdelaním, nevyhovujúcim bývaním). Rómovia predstavujú vysokorizikovú skupinu zastúpených pacientov ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti. **Za hlavné faktory ovplyvňujúce vývoj zlého zdravotného stavu rómskej populácie považujeme** (Bartošovič, Hegyi, 2010):

- nižšia vzdelanosť, ktorá spôsobuje nedostatočnú úroveň zdravotného uvedomenia,
- nízka úroveň osobnej a komunálnej hygieny,
- nízky štandard bývania,
- znečistené a zdevastované životné prostredie,
- nezdravé stravovacie návyky a výživa,
- vysoká miera užívania alkoholu a fajčenia aj počas tehotenstva
- rozrastajúca sa závislosť od drog a prchavých látok a tým spojené zvýšené riziko chorobnosti.

4.7.3 Klinický sociálny pracovník a rómsky pacient

Rómsky pacient predstavuje v hierarchii typológie pacientov veľmi zaujímavú skupinu, ktorá vyžaduje individuálny prístup zdravotníckych pracovníkov, ale aj vstup klinického sociálneho pracovníka do interakcie s daným pacientom a jeho sociálnym okolím.

Sociálna práca s rómskym pacientom sa zameriava a špecializuje na vybrané skupiny hospitalizovaných z tejto minority a podľa tohto výberu upriamuje svoju profesionálnu pozornosť. Môžeme ju rozdeliť na:

- **sociálna práca s hospitalizovanými rómskymi ženami** (maloleté, mladistvé, dospelé) počas tehotenstva – práca s gravidnými rómskymi ženami rôzneho veku, v praxi sa klinický sociálny pracovník stretáva s tehotenstvom u maloletých rómskych dievčat (13-14 ročné) a mladistvých. Klinický sociálny pracovník monitoruje

vývoj tehotenstva, sleduje doterajšiu frekvenciu a prístup týchto žien k návštevám ambulantného gynekológa, pripravenosť sociálnych a životných podmienok pre príchod dieťaťa, monitoruje rodinné väzby medzi jednotlivými členmi, poskytuje sociálne poradenstvo, právne poradenstvo (otázka rodičovských práv, určovanie otcovstva, otázky vytvorenie podmienok k zabezpečeniu starostlivosti o dieťa), edukáciu a psychosociálnu stimuláciu v príprave na pôrod,

- **sociálna práca s rómskou ženou po pôrode** – dohliada na vytvorenie citového vzťahu matka – novorodenec v prvé dni pôrode, sociálno-právnymi intervenciami rieši prípadné úteky rómskych matiek po pôrode bez vedomia a súhlasu zdravotníckeho personálu, monitoruje celkovú sociálnu situáciu – pohovor s matkou, príbuznými, sociálne konzultácie so samosprávou, úradmi práce, sociálnych vecí a rodiny, budúcim praktickým lekárom dieťaťa,
- **sociálna práca s rómskym dieťaťom – novorodencom** – vyhodnocuje na základe sociálneho šetrenia rodinné prostredie novorodenca a pripravenosť rodiny na jeho príchod do domáceho prostredia, monitoruje a sociálne vyhodnocuje novorodencov s nepriaznivým zdravotným stavom (napr. vrodené vývojové chyby),
- **sociálna práca s hospitalizovaným rómskym dieťaťom a mladistvým** – primárne sekundárna prevencia u hospitalizovaných rómskych detí, monitorovanie hospitalizácií (častosť, príčina a dĺžka hospitalizácie, stav dieťaťa a sprievodu pri prijatí, priebeh hospitalizácie, prítomnosť sprievodcu dieťaťa, frekvencia návštev a informovania sa na zdravotný stav dieťaťa, konzultácie s inými inštitúciami a praktickým lekárom pre deti a dorast), problematika dojčenskej úmrtnosti, prevencia v oblasti rizikového sexuálneho správania a v oblasti vývoja závislosti,
- **sociálna práca s rómskym pacientom bez bližšej špecifikácie** – dospelí rómski pacienti, pacienti – seniory, pacienti s duševnými ochoreniami, pacienti po úrazoch – sociálna diagnostika a intervencia podľa aktuálneho stavu a vývoja.

Významnú úlohu vo vzťahu práce klinického sociálneho pracovníka zohráva spôsob komunikácie s rómskym pacientom, vzájomný vzťah a objektívne vyhodnotenie zdravotných charakteristík, ktoré sú východiskovým bodom pre zahájenie sociálnej práce s touto skupinou obyvateľstva. Úspešnosť sociálnej práce je založená na schopnosti klinického sociálneho pracovníka získať dôveru pacienta

a jeho rodiny, rešpektovať osobnostné črty rómskeho pacienta a jeho emočné a citové prejavy počas hospitalizácie, snažiť sa byť trpezlivý, neočakávať okamžité výsledky, snažiť sa komunikovať s pacientom v súkromí bez prítomnosti iných pacientov a zdravotníckych pracovníkov, rešpektovať prania a rozhodnutia členov rodiny pacienta.

Celková sociálna práca s rómskym pacientom závisí od nasledovných činiteľov:

- **sociálny profil rómskeho pacienta** – vek, bydlisko, rodinné spolužitie a spôsob bývania, vzdelanie, ekonomický stav, zamestnanie, komunikačné schopnosti (problematika jazykovej bariéry),
- **zdravotný profil rómskeho pacienta** – zdravotná história pacienta od narodenia po súčasnosť, správanie sa pacienta v primárnej a v špecializovanej zdravotnej starostlivosti (vzťah k zdravotníckym pracovníkom, absolvovanie preventívnych vyšetrení, dodržiavanie plánovaných kontrolných vyšetrení v odborných ambulanciách, pediatrika starostlivosť o rómske dieťa v primárnom prostredí – návštevnosť poradní pre dojčatá, prístup k očkovaniu a k zdravotno-výchovným aktivitám s cieľom ovplyvnenia rizikových faktorov prostredia, vnímanie aktuálnej choroby alebo úrazu a dopady na sociálny status pacienta a jeho okolie (dostupnosť zdravotníckych služieb v mieste bydliska, problematika finančnej nedostupnosti predpísaných a odporúčaných liekov, ignorovanie odporúčaní lekárov, prístup).

4.8 Sociálna práca s pacientom s HIV/AIDS

HIV/AIDS predstavuje celosvetový a zároveň celospoločenský problém. Týka sa všetkých štátov vo svete, komunít, rodín aj jednotlivcov. Napriek tomu, že si nevyberá ľudí podľa pohlavia, veku, sociálneho či ekonomického statusu, vzdelania, viery, či sexuálnej orientácie je jednou z tém, v ktorých vládne spoločenské tabu.

4.8.1 Charakteristika vírusu HIV, ochorenia AIDS a jeho vývoja

Choroba, ktorá sa dnes označuje ako **AIDS** (*Acquired Immune Deficiency Syndrome* = *syndróm získanej imunitnej nedostatočnosti*), sa prvýkrát zistila začiatkom 80. rokov v rozvinutých priemyselných krajinách (USA, Austrália, Nový Zéland, európske štáty). Vedci

po prvotných úvahách, že chorobu zapríčiňujú už známe vírusy CMV (cytomegalovírusy), EBV (Epstein-Barrovej) alebo HBV (vírus hepatitídy B) zistili, že príčinným agensom zatiaľ nevyliciteľnej nákazy ochorenia AIDS je vírus, ktorý sa označuje ako **HIV (Human Immunodeficiency Virus = vírus ľudskej imunitnej nedostatočnosti)**. Priemerný čas medzi infikovaním HIV a nástupom chorobných prejavov AIDS je asi 10 rokov (Polsky – Clumeck, 1999). Bálint a kol. (2007) uvádza, že od iných humánnych infekcií sa líši dlhým latentným obdobím. Vyvoláva neustálu virémiu s vysokou dynamikou replikácie, permanentne vznikajúcimi mutáciami, a tým uniká kontrole organizmu nad imunitným systémom. Ochorenie spôsobené vírusom HIV smeruje k nepretržitému a nezvratnému napredovaniu poškodenia imunitného systému. Vírus HIV napadá najmä biele krvinky zvané CD4 T-lymfocyty, ktoré zodpovedajú za bunkovú imunitu, a ktoré sú základom obranyschopnosti organizmu.

V súčasnosti je známe, že **existujú najmenej dva hlavné typy tohto vírusu, HIV-1 a HIV-2**. Vo vyspelých krajinách vyvoláva AIDS najmä HIV-1, kým HIV-2 sa objavuje hlavne v štátoch západnej Afriky (Komplexný program o AIDS, 1995). Priemerný čas medzi infikovaním HIV a nástupom chorobných prejavov AIDS je asi 10 rokov v prípade HIV-1 a približne 17 rokov v prípade HIV-2. V rozvojových krajinách môže byť tento čas kratší pre horší stav výživy obyvateľstva a obmedzený prístup k účinným liekom, a to najmä u infikovaných detí (Polsky – Clumeck, 1999).

4.8.2 Epidemiologická situácia HIV/AIDS vo svete a v SR

Podľa organizácie UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) na svete žije cca **34 miliónov ľudí nakazených vírusom HIV**, pričom z tohto počtu je približne 2,5 milióna novoinfikovaných detí a dospelých. Zaznamenaných bolo asi 1,7 milióna úmrtí na AIDS. Podľa správy Európskej komisie sa týmto vírusom **každý deň vo svete nakazí okolo 7000 ľudí, z toho je 800 detí**. Viac ako 96 percent nových infekcií je v krajinách s nízkym a stredným príjmom. Asi tisíc novovzniknutých prípadov sa týka detí mladších ako 15 rokov (www.unaids.org).

V Slovenskej republike monitorujú vírus HIV od roku 1985. Do novembra 2012 lekári diagnostikovali **552 prípadov infekcie HIV, u 64 z nich prešla do štádia AIDS**. 123 diagnostikovaných boli cudzinci, medzi našimi občanmi išlo o 368 mužov a 61 žien. V dôsledku tohto nevyliciteľného ochorenia lekári zaznamenali **48 úmrtí**. Najhoršia

situácia je v Bratislavskom kraji. Štrnásť nakazených matiek priviedlo na svet deti, u ktorých zatiaľ nezaznamenali prenos vírusu. Štatisticky najčastejšou cestou prenosu HIV v populácii Slovenska je homosexuálny, resp. bisexuálny pohlavný styk (60%), podobne ako v Česku, Maďarsku alebo Slovinsku. Dve percentá chorých na AIDS sa nakazilo injekčnou aplikáciou drog. I keď Slovensko patrí medzi krajiny s nízkym počtom ľudí s HIV, nové prípady každý rok pribúdajú. K šíreniu nákazy môže prispieť aj susedná Ukrajina, ktorá spolu s africkými krajinami a Ruskom patrí medzi štáty s najvyšším výskytom HIV a AIDS.

Dňa 1. 12. 2012 si v Slovenskej republike (SR) aj vo svete pripomíname **Svetový deň AIDS**. Práve v tento deň silnejú aktivity odborníkov aj laikov zamerané na informovanie verejnosti o tomto ochorení, predovšetkým o možnostiach jeho prevencie. Medzinárodným symbolom solidarity s ľuďmi žijúcimi s HIV alebo AIDS je **červená stužka** (www.hiv-aids.tym.sk).

OSN, WHO a UNAIDS spolu s množstvom iných zainteresovaných inštitúcií vydávajú množstvo publikácií, ktoré sa venujú diskriminácii, stigmatizácii a odmietaniu postihnutých touto chorobou. Všímajú si otvorenú a skrytú formu diskriminácie na úrovni rodín a širších komunít, správanie zamestnávateľov k HIV pozitívnym, porušovanie ľudských práv – predovšetkým žien (Munzarová, 2005).

4.8.3 Vývoj infekcie HIV

1. Infekcia HIV

Vírus v čase, keď prenikne do organizmu, sa krátkodobo intenzívne pomnožuje v bunkách imunitného systému (viaceré bunky bielych krviniek).

2. Akútne sérokonverzné ochorenie

O 3-8 týždňov po infikovaní sa u niektorých ľudí objavujú príznaky, ktoré môžu pretrvávať 2 až 3 týždne (horúčky, bolesti svalov, kĺbov, hlavy, bolesti v hrdle, svetloplachosť, hnačky, zväčšenie uzlín, niekoľko dní sa na pokožke objavuje výsev drobných vyrážok, nezriedka nervové poruchy).

3. Asymptomatická infekcia

Nasleduje obdobie skrytého pretrvávania infekcie (absencia klinických príznakov), niektorí jedinci majú počas asymptomatickej fázy

infekcie HIV trvale zväčšené lymfatické uzliny (trvalá generalizovaná lymfadenopatia). Počas tohto asymptomatického obdobia je však infekčný (t.j. môže nakaziť vírusom inú osobu, a to pohlavnou, krvnou alebo perinatálnou cestou (Komplexný program o AIDS, 1995).

4. Včasné symptomatické ochorenie

Postupom času, t.j. za 3, 5, 8, 10 alebo viac rokov dochádza nebadane k poškodeniam, ktoré sú zistiteľné iba modernými laboratórnymi metódami. Objavujú sa príznaky – chudnutie, dlhotrvajúce horúčkovité stavy, nevysvetliteľný pocit slabosti a nevoľnosti, zväčšenie uzlín, rôzne typy kožnej vyrážky, soor (múčnivka), hnačka, občasná zimnica a nočné potenie, môžu sa vyskytovať rôzne plesňové (napr. tinea) alebo vírusové ochorenia (napr. pásový opar), počas tejto fázy sa infikovaní jedinci cítia chronicky chorí.

5. Neskoré symptomatické ochorenie – AIDS

Dochádza k intenzívnemu pomnožovaniu príčinného vírusu – vznikajú najrozmanitejšie infekcie s veľmi ťažkým priebehom (zápal pľúc, encefalitída, chronická hnačka, pľúcna tuberkulóza). V neskorších fázach ochorenia relatívne často vznikajú nádory (Kaposiho sarkóm a nediferencovaný B-lymfóm), dochádza k výraznej strate hmotnosti, objavujú sa neurologické a neuropsychické syndrómy. Záverečná fáza infekcie vírusom imunitnej nedostatočnosti sa označuje ako AIDS (Polsky – Clumek, 1999).

4.8.4 Spôsoby prenosu HIV vírusu a testovanie HIV positivity

Problematika HIV/AIDS je veľmi špecifická. Je stále pomerne neznáma, vyvoláva strach a obavy, existuje o nej veľa mýtov a dohadov.

Vírus HIV sa prenáša iba 3 spôsobmi:

1. nechráneným pohlavným stykom

(bez ohľadu na pohlavie a vek partnerov a formy sexuálneho styku)

2. krvnou cestou

(používaním nesterilných ihiel a injekčných striekačiek, piercingom, tetovaním nesterilnými nástrojmi)

3. z matky na dieťa

(počas tehotenstva, počas pôrodu alebo materským mliekom)

V najväčšom množstve sa HIV nachádza **v krvi infikovaného človeka**. HIV sa však okrem krvi izoloval aj **zo spermy a vaginálneho sekrétu, ale aj zo slz, z materského mlieka, slín, moču, stolice a z ďalších telesných tekutín, mozgovomiešneho moku, zo sekrétov (napr. z nosa) a exkrétov**. Tieto nedávame priamo do súvislosti s prenosom HIV, avšak predstavujú potenciálny zdroj nozokomiálnych infekcií, ako aj infekcií spojených s inými patogénmi.

V zdravotníckych zariadeniach sa HIV vírus ale aj vírus hepatitídy B a C môže prenášať nasledujúcimi spôsobmi (Komplexný program o AIDS, 1995):

Riziko pre zdravotníkov:

- poranenie ihlou alebo iným ostrým predmetom, ktorý bol kontaminovaný krvou či inými telovými tekutinami osoby infikovanej HIV,
- kontakt otvorených rán s krvou alebo inými telovými tekutinami osoby infikovanej HIV,
- postriekanie mukózných membrán alebo očí infikovanou krvou.

Riziko pre pacientov:

- kontaminované pomôcky (ihly, striekačky, skalpely a iné nástroje používané pri invazívnych postupoch), alebo také, ktoré sa opakovane používajú bez náležitej dezinfekcie či sterilizácie,
- transfúzia krvi, podávanie krvných derivátov infikovaných HIV,
- kožný štep, orgánový transplantát alebo semeno od darcu infikovaného HIV,
- kontakt s krvou alebo inými telovými tekutinami zdravotníckeho pracovníka infikovaného HIV (pôrodná asistentka, chirurg, stomatológ).

Hlavné riziko infikovania sa HIV spočíva v nechránenom pohlavnom styku a významným faktorom pri šírení prenosu HIV je vnútrožilové podávanie drog.

HIV vírusom sa nedá nakaziť:

- bežným kontaktom s infikovaným človekom, podávaním rúk, spoločenským bozkávaním,
- bývaním v spoločnej domácnosti, či pobytom v práci,

- plávaním v bazéne, používaním sauny,
- uštipnutím bodavým hmyzom (komáre, kliešte a pod.),
- vzduchom ani vodou.

Testovanie HIV pozitivity

Špecifické protilátky anti-HIV sa dajú laboratórne zistiť zvyčajne až **po 3 mesiacoch od infikovania vírusom** (nechránený sex, použite nesterilnej ihly alebo striekačky, piercing). U niektorých jedincov však nemusia byť testy pozitívne ani po 6 mesiacoch, prípadne (veľmi zriedkavo) ani po dlhšom čase. Ak sa človek ocitne v rizikovej situácii ohľadom možného nakazenia HIV, otestovať sa môže dať v Národnom referenčnom centre (NRC) pre prevenciu HIV/AIDS na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave, vo väčších mestách, v Ústavoch verejného zdravotníctva a na Oddelení klinickej mikrobiológie nemocníc. Vyšetrenie v plnej miere hradí zdravotná poisťovňa. Výsledok testu dostáva klient väčšinou do týždňa.

Viacerí uvažujú o tom, či by nemalo byť zavedené hromadné screeningové vyšetrenie protilátok proti HIV. Povinné testovanie však nepredstavuje efektívny spôsob prevencie prenosu HIV v zdravotníckych zariadeniach a neodporúča ho ani Svetová zdravotnícka organizácia. Keďže krátke obdobie po nákuze je asymptomatické, u infikovanej osoby môže byť výsledok testu falošne negatívny, keďže sa u nej ešte nezačali tvoriť protilátky. Výsledok by spočíval vo vysokých finančných nákladoch a nedostatočne relevantných výsledkoch. **Povinné testovanie na protilátky proti HIV je nutné v prípade darcov krvi, orgánov a spermií.**

4.8.5 HIV pozitívny pacient a psychosociálne dopady

Séropozitívny človek by sa o svojej diagnóze mal dozvedieť v najkratšom čase (právo na informovanosť). V prípade, že sa testovaním u neho potvrdí HIV pozitivita, môže byť nasadená tzv. „**vysoko účinná antiretrovírová terapia**“, ktorá ovplyvňuje klinické príznaky choroby a obmedzuje riziko ďalšieho prenosu. Liečba môže značne predĺžiť život HIV pozitívneho a skvalitniť ho. Je však dôležité, aby dodržiaval liečebný režim, liečbu svojvoľne neprerušoval, lebo vírus by sa mohol stať rezistentný na lieky a liečba by mohla prestať fungovať. Liečba je plne hradená zdravotnou poisťovňou. Pacient by sa mal zapísať do dispenzára na infekčnú kliniku v Bratislave, Banskej Bystrici, Martine alebo

v Košiciach a pravidelne cca v 1/2 ročných intervaloch absolvovať u ošetrojúceho lekára kontroly zamerané na klinický stav ako aj niektoré laboratórne ukazovatele, najmä množstvo vírusu v krvi a počty pomocných CD4 lymfocytov. Po prepuknutí choroby pacient začne trpieť viacerými infekciami s ťažkým priebehom, pridružujú sa komplikácie, vznikajú nádory (napr. Kaposiho sarkóm). Hospitalizovaný býva spravidla na infekčnej, internej, neurologickej alebo onkologickej klinike, ale keďže predsudky voči HIV pozitívnym sú veľmi veľké aj zo strany zdravotníkov, poslednou stanicou sa stáva **hospic**.

Psychosociálne dopady HIV/AIDS

AIDS je choroba s mimoriadnou klinickou závažnosťou a vysokou úmrtnosťou (v prípadoch plne rozvinutého ochorenia AIDS viac ako 90%). Je obrovskou záťažou nielen pre HIV pozitívneho človeka, ale aj pre jeho rodinu a blízkych. Ide o chúlостivú problematiku, ktorá zasahuje do najintímnejších sfér jedinca, partnerského vzťahu, života rodiny, pracovných možností a postavenia celej spoločnosti voči HIV pozitívnym. Stavmi úzkosti, nespavosťou, strachom a neistotou trpia nielen HIV pozitívni, ale aj tí, ktorí sa po rizikovej situácii vedúcej k možnej nákaze zatiaľ neodhodlali k vyšetreniu, a tí, ktorí čakajú na výsledok testu. Vedomie, že ide o smrteľnú chorobu, na ktorú v súčasnosti neexistuje všeobecne použiteľný liek ani účinná očkovacia látka, je predovšetkým pre mladých ľudí, ktorí mali život pred sebou a neuvažovali o svojej smrteľnosti, veľmi ťažké.

Prvé zistenie je sprevádzané šokom, ktorý prechádza do apatie, beznádeje, straty záujmu o vonkajší svet. Často až v tejto chvíli dochádza k odhaleniu netušenej drogovej závislosti, homosexuálneho spôsobu života alebo bisexuality u partnera. Podobne ako človek infikovaný HIV, tak aj členovia rodiny majú obavy a strach, či sa dokážu o chorého postarať, či ho budú vedieť ošetriť, či sa majú s tým niekomu zveriť (a komu), finančné náklady spojené s liečbou atď. Reakcie rodiny a blízkych, kamarátov, kolegov, zamestnávateľa, ďalších ošetrojúcich lekárov (gynekológ, stomatólog...) a okolia sú nevyspytateľné. Objavuje sa **otázka otvorenej a krytej diskriminácie** niekedy aj od najbližších, rodiny, priateľov a kolegov. HIV pozitívnemu sa začnú vyhýbať, prestanú spolu komunikovať, odmietajú akékoľvek kontakty s ním. Cíti predsudky, poníženie a opovrhnutie. Voči HIV pozitívnym zaujímajú rôzne stanoviská aj lekári, sestry a zdravotnícky personál – niektorí taja, že ošetrojú ľudí s touto chorobou, aby sa im ľudia nevyhýbali, ďalší odmietajú ošetrovať buď zo strachu z nákazy alebo preto, aby neprišli o svoju ostatnú klientelu (Munzarová, 2005). Z týchto poznatkov vyplýva, že trpiaci

chorobou AIDS sa stávajú outsidersmi, vylúčenými zo spoločnosti, umierajú opustení, odlúčení od svojich blízkych, často vo väzení a pod. To je ten najbolestnejší stav zúfalstva, aký môžu zažiť. Je veľmi potrebné, aby po diagnostikovaní HIV cítili, že zostávajú našou rodinou, kamarátmi, známymi, kolegami a spolužiakmi.

HIV pozitívny sice nemá povinnosť oznámiť svoju diagnózu príbuzným alebo v práci (informácie sú chránené lekárskej tajomstvom), je však potrebné, aby vedome neprenášal infekciu ďalej. Inak by sa vedome dopustil trestného činu šírenia infekčného ochorenia. Niekedy dochádza ku konfliktu dvoch etických zásad: dodržanie tajomstva – mlčanlivosti na jednej strane a nutnosti zabrániť ďalšiemu poškodeniu na strane druhej, napr. pacient odmieta oznámiť svoju séropozitivitu manželke alebo partnerke. Mnohé diskusie o tejto otázke viedli k oficiálnym odporúčaniam s úvahou o možnej výnimke z pravidla mlčanlivosti (ak lekár neuspje pri prehovaraní séropozitívneho manžela, aby o to informoval, môže tak urobiť sám). V prípade potvrdenia HIV-pozitivity u zdravotníka by mala byť o tejto skutočnosti zachovaná mlčanlivosť (dôverná informácia), mali by mať zaručenú zákonnú ochranu proti strate zamestnania, so zaistením možnosti pracovať v nechirurgickom odbore (Munzarová, 2005).

4.8.6 Sociálna práca a HIV pozitívny pacient

Sociálne poradenstvo – predtestové, potestové

Na Slovensku je zatiaľ nízky počet ľudí s HIV, resp. oficiálne registrovaných HIV pozitívnych osôb a spoločnosť má prakticky nulový vedomý kontakt s HIV infikovanými. Kauza života s HIV (alebo života s HIV pozitívnou osobou) sa zatiaľ nestala predmetom sociálneho diskurzu, ale stále si zachováva nádych exkluzivity a atraktívnosti (Bianchi, Popper, Lukšík, 1996). Špeciálne mladí ľudia majú o rizikách málo vedomostí a ak nebudeme prevencii venovať väčšiu pozornosť, epidémia sa rozvinie aj u nás.

Keďže AIDS je choroba, ktorá vplýva na etiku, morálku, psychiku a na sociálne medziľudské vzťahy, sociálna práca s HIV pozitívnymi má dosť veľké pole pôsobnosti. Klinický sociálny pracovník je odborník, ktorý by vo všetkých prípadoch, pokiaľ je to možné, mal poskytovať ciele HIV poradenstvo pred a po testovaní.

Predtestové poradenstvo obsahuje dôležité informácie o laboratórnom vyšetrení, o správaní zvyšujúcom riziko infekcie HIV,

ako aj praktické rady pre situácie, v ktorých sa testovaná osoba a jej blízki môžu ocitnúť vzhľadom na výsledok vyšetrenia (Mayer, Hallauer, Baum, 1996).

Pohovor pred vyšetrením by sa mal zamerať na dva hlavné okruhy:

- 1) osobná anamnéza klienta a riziko, ktorému sa vystavoval alebo vystavuje (frekvencia a formy pohlavnej aktivity, či klient patrí do spoločenskej skupiny s vysokým výskytom infekcie HIV alebo s vysoko rizikovým správaním, napr. intravenózni narkomani, prostitúti a prostitútky, či nepodstúpil transfúziu krvi, krvných derivátov alebo transplantáciu orgánov, či sa nepodrobil niektorým z možných nesterilných invazívnych postupov (napr. tetovanie).
- 2) posúdenie, či klient chápe problematiku HIV/AIDS, ako aj jeho predchádzajúce skúsenosti z riešenia krízových situácií (aké sú jeho vedomosti o prenose HIV a o vzťahu medzi prenosom a rizikovým správaním, či uvažoval o tom, čo urobí a ako zareaguje v prípade pozitívneho alebo negatívneho výsledku testu, kto môže klientovi poskytnúť (a momentálne poskytuje) emocionálnu a sociálnu podporu (rodina, priatelia atď.), dal si už v minulosti robiť takýto test. Je veľmi dôležité, aby sa počas konzultácií klient dozvedel, že súčasné vyšetrovacie metódy nie sú neomylné. Občas sa môžu vyskytnúť falošne pozitívne, ale aj falošne negatívne výsledky.

Tieto údaje treba klientovi jasne a zrozumiteľne vysvetliť a upozorniť ho aj na „hluché“ (asymptomatické) obdobie, keď výsledky testu nemusia odzrkadľovať skutočný stav vyšetrovaného (Komplexný program o AIDS, 1995).

Švajčiarski vedci poukazujú na to, že za väčšinu čerstvých HIV nákaz sú zodpovední tí, ktorí o svojej nákaze doposiaľ nevedia, zvlášť tí, ktorí sú sami infikovaní a majú teda vysokú vírusovú nálož – množstvo vírusu HIV v tele (Procházka, 2008). Ak HIV infikovaní ľudia poznajú svoj status a bolo im poskytnuté odborné poradenstvo o bezpečnom správaní, je menej pravdepodobné, že dôjde k prenosu vírusu na iné osoby (Who needs HIV prevention?, 2009). Dobre uskutočňovaná poradenská činnosť zohráva rozhodujúcu úlohu po oznámení pozitívneho výsledku, pretože takáto situácia je príliš silnou zaťažkovacou skúškou pre psychicky labilnejších pacientov a tiež vážnym otrasom i pre silnejšie povahy (Mayer, 1990).

Procházka (2008) na základe praktických zistení uvádza, že mnohí ľudia sa prichádzajú dať testovať z dôvodu minimálneho rizika

(poranenie ihlou, orálny sex bez prenosu inej sexuálne prenosnej choroby), pričom neberú do úvahy reálnejšie riziko ako je nechránený pohlavný styk s partnerom/kou, ktorého HIV stav nepoznajú – toto riziko podceňujú, pretože išlo napríklad o dlhší vzťah.

Potestové poradenstvo určené pre tých, ktorým test vyjde pozitívny sa zameriava na zmysel diagnózy, odporúčanie liečebných, podporných a preventívnych služieb. Pri negatívnych výsledkoch by potestové poradenstvo malo umožňovať reflexie na znižovanie rizík, možnosti prevencie a ochrany.

Svojpomocné skupiny

V niektorých oblastiach už existujú svojpomocné skupiny, tvoriace časť veľkej neziskovej organizácie, ktorá zabezpečuje služby pre pacientov s HIV/AIDS. Okruhy problémov, ktoré sa zvyčajne najlepšie riešia v skupinách a na ktoré musí konzultant upozorniť v každom prípade sú: naučiť sa žiť s chorobou, zmierniť stres, pocity depresie a sociálnej izolácie, pomoc rodine a blízkym HIV pozitívneho, poradenstvo ohľadom bezpečného sexuálneho správania. Základnou myšlienkou svojpomocných skupín je pocit súdržnosti, vymieňanie si skúseností a vzájomná podpora.

Legislatívne opatrenie ohľadom HIV/AIDS v Slovenskej republike:

- Zákon 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore infektológia a tropická medicína č. 08278 – 15/2006 – OZS zo dňa 21. 11. 2006
- Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti č. 17463/OZS zo dňa 19. 6. 2006.
- 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 – § 39 ods. 1 (špecializované zariadenie) – v špecializovanom zariadení sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, jej stupeň odkázanosti je najmenej V podľa prílohy č. 3 tohto zákona a má zdravotné postihnutie, ktorým je najmä Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, pervazívna vývinová porucha, skleróza multiplex, schizofrénia, demencia rôzneho typu etiológie, hluchoslepota, **AIDS**.

- Odborné usmernenie MZ SR č. 2381/1995-A z 22.8.1995 na zabezpečenie prevencie a liečby infekcie vyvolanej vírusom ľudskej imunodeficiencie (HIV) a syndróme získaného zlyhania imunity (AIDS) v SR.
- Národný program prevencie HIV/AIDS v Slovenskej republike na roky 2009 – 2012.

Zdravotnícke inštitúcie v Slovenskej republike zaoberajúce sa problematikou HIV/AIDS:

- Národné referenčné centrum pre prevenciu HIV/AIDS – diagnostika HIV, poradenstvo, telefonická a elektronická linka dôvery, zber epidemiologických údajov, spolupráca s vládnymi a mimovládnyimi organizáciami
- Centrum pre HIV/AIDS pri Fakultnej nemocnici s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica – komplexná diagnostická a terapeutická starostlivosť o pacientov s HIV infekciou
- Ambulancia pre dispenzarizáciu HIV/AIDS pacientov pri Klinike infektológie a geografickej medicíny Univerzitetnej nemocnice Bratislava – pracovisko Kramáre
- Centrum pre dispenzarizáciu a liečbu HIV pozitívnych osôb pri Klinike infektológie a cestovnej medicíny Univerzitetnej nemocnice L. Pasteura Košice
- Regionálne úrady verejného zdravotníctva – poradne prevencie HIV/AIDS ochorenia

4.8.7 Edukácia, filozofia „harm reduction“ a dôležité linky

Boj s AIDS nie je možný bez súčasného boja so stigmatizáciou a diskrimináciou. V oblasti sociálneho výskumu, týkajúceho sa problematiky HIV/AIDS stojí v popredí teoretický model označený ako KAPB (knowledge – attitude – belief – practice, t.j. poznanie – postoj – presvedčenie – činnosť). Poznanie, ktoré ovplyvňuje správanie jednotlivca, nie je možné stotožňovať výlučne s jeho individuálnym poznaním, nakoľko je často preberané z makro – sociálneho prostredia. Významne pôsobiaci v myslení a správaní týkajúcom sa AIDS, sú faktory emocionálne a faktory sociálnej identity. Prepojenie širšieho a individuálneho sociálneho poznania sa opierajú o skutočnosť, že v súčasnosti žijeme pod tlakom masmediálneho pôsobenia, ktoré

prináša i vedecké poznanie o HIV/AIDS avšak „prerobené“ podľa zámerov ich tvorcov. Poznanie, cirkulujúce v masmediálnom priestore, spôsobuje tlak na individuálne rozmyšľanie a postoje spoločnosti (Lukšík, Rušáková, 2001).

Veľkým prínosom sú edukačné programy, ktoré obsahujú komplexnú povinnú sexuálnu výchovu vrátane informácií o drogovej závislosti na školách. Musia byť však veľmi zodpovedne pripravené. V niektorých prípadoch totiž môžu spôsobiť viac škody než prospechu – nadmieru propagácie kondómov na úkor výchovy k mravnosti. Koreňom celej tragédie celkom určite nie je nebezpečný sex alebo špinavé ihly, ale všeobecný pokles etického cítenia, znížená vnímavosť k zodpovednosti jeden za druhého, a predovšetkým strata rozlišovania mravného dobra, vedúceho k pravde, a mravného zla, smerujúceho k deštrukcii (Munzarová, 2005). V súčasnosti treba stále klásť dôraz na prevenciu formou prednášok, osvety, reklamy v médiách. Výchova by mala smerovať k sociálnej zrelosti a k zodpovednosti, k prekonávaniu individuálnych a spoločenských prejavov egoizmu. Všetci ľudia si zaslúžia rovnaký rešpekt a úctu k dôstojnosti človeka bez ohľadu na ich situáciu alebo na zdravotný stav.

Pri prenose HIV/AIDS zohráva významnú úlohu injekčné užívanie drog a spoločné používanie ihliel a striekačiek. Aj táto skutočnosť bola stimulom na vytvorenie politiky a programov „harm reduction“. „Harm reduction“ je realistický prístup k užívaniu drog, priznávajúci fakt, že spoločnosť bez drog je nereálny cieľ. Pojmom „harm reduction“ sa v zásade označujú politiky a programy (napr. výmena ihliel a striekačiek a vydávanie návykových látok na lekárske predpis), ktorých cieľom je znižovať škody spojené s užívaním drog (Hunt et al, 2003). Harm reduction nie je o tom, čo je morálne správne, ale o tom, čo funguje!

Z poradenských a edukatívnych aktivít v rámci „harm reduction“ by malo byť citlivo vysielané a postupne dávkované posolstvo, že je síce lepšie užívať drogy bezpečne ako nebezpečne, ale ešte lepšie je neužívať ich vôbec.

Súhlasíme s tvrdením profesionálov, že jedinou nádejou na zvládnutie epidémie AIDS je absolútna a trvalá vernosť partnerov.

Linky o problematike HIV/AIDS:

www.unaids.org – Spoločný program spojených národov pre HIV/AIDS.

www.eatg.org – Európske spoločenstvo pre liečbu AIDS.

www.hiv-aids.tym.sk

www.hivaid.sk

www.aids-hiv.cz – Mezinárodní směrnice pro HIV/AIDS a lidská práva.

4.9 Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti

Medicína 20. storočia priniesla búrlivý vývoj liečebných postupov a objavov nových liekov. Znížila sa tak úmrtnosť a predĺžila dĺžka života. Žijeme dlhšie, ale dlhšie i zomierame. Medicína mnohokrát lieči za každú cenu i nevyliciteľne chorých, ľudia umierajú väčšinou v nemocniciach, starí ľudia sa vyčleňujú z rodín a umiestňujú do rôznych ústavov. Ľudia dávajú prednosť svojmu pohodliu, ktoré racionalizujú údajnou najlepšou ústavnou odbornou zdravotnou starostlivosťou pre ich blízkych a tvária sa, že otázky ľudskej konečnosti a smrti nepatria do osobného života. Smrť a umieranie sa akoby z našich životov v posledných rokoch vytratili. Ľudia chcú žiť práve teraz a málokedy premýšľajú o tom, čo bude a vôbec už nie o otázkach smrti a ľudskej konečnosti. Téma smrti sa postupne stala tabuizovanou témou, ľudia ju vytesňujú zo svojich myšlienok a začnú sa ňou zaoberať až v momente, keď vážne ochorejú oni alebo ich blízky.

Smrť patrí človeku a je neoddeliteľnou súčasťou života. Umožňuje nám nájsť zmysel života, umožňuje nám využiť náš obmedzený čas zmysluplne. Napriek tomu nevieme o nej hovoriť. Hovoriť o smrti a umieraní v bežnej konverzácii patrí medzi tabu našej spoločnosti a do určitej miery je tomu tak i v zdravotníctve, čo robí celkovú spoločenskú situáciu pre zomierajúceho človeka ešte komplikovanejšou. Umierajúci často zostávajú so skutočnosťou blížiacej sa smrti sami, pretože nenachádzajú spôsob, ako by mohli svoje pocity z blížiaceho sa konca s niekým zdieľať. Ak budeme lepšie rozumieť tomu, cez čo zomierajúci človek prechádza, budeme mu schopní pomôcť oveľa lepšie. Ako zomierať? Je mnoho otázok týkajúcich sa smrti, na ktoré sami nevieme jednoznačne odpovedať. Komunikácia o nich je predpokladom k nájdeniu vlastnej cesty zmierenia sa s konečnosťou. Úlohou sociálneho pracovníka a zdravotníka je zaistiť dôstojný odchod zomierajúceho človeku.

4.9.1 Problematika umierania a smrti v súčasnosti

Umieranie a smrť sú fenomény, o ktorých uvažujeme z hľadiska filozofického, medicínskeho, sociálneho, psychologického a etického. Starostlivosť o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich nie na Slovensku v niektorých celkom základných aspektoch na dobrej úrovni. Kedysi bol umierajúci v strede pozornosti svojej rodiny, teraz je vnímaný v nemocnici len ako prípad. Kutnohorská (2007) hovorí, že sa mu venuje síce pozornosť, je však zameraná profesionálne. Ľudia veria, že svojim blízkym pomôžu najlepšie vtedy, keď im zaistia najúčinnšie a najmodernejšie liečebné postupy. Vyzerá to, akoby umieranie bolo len odbornou záležitosťou lekárov a sestier a komplexný prístup akoby nebol dôležitý. Zvykli sme si totiž umierať „na niečo“ a nie preto, že sme smrteľní.

Keď človek pozná svoju chorobu a vie, že je liečiteľná, má nádej, že zákroky, ktoré musí podstúpiť mu pomôžu prekonať ťažkosti, ktoré ho trápia. No človek, ktorý vie, že jeho choroba je neliečiteľná, prežíva situácie a stavy úplne odlišne. „Chorobu treba chápať ako organický nesúlad, ako prejav poruchy fyziologickej funkcie. V rovine psychickej, je prežívaná ako zvláštna, výnimočná situácia“ (Haškovcová, 1975).

Fawzy (1999 In Tschuschke, 2004) uvádza päť fáz „nádorového prežívania“ choroby:

1. **Zistenie diagnózy** – odmietajú návrhy liečby, ktorú považujú za bezpredmetnú. V tejto fáze sú dôležité informácie, od lekára, či zdravotnej sestry.
2. **Liečba** – pacienti prežívajú strach, smútok, depresiu, pocit viny. Tu je potrebná liečba prostredníctvom onkológa, či špeciálne vyškolenej zdravotnej sestry. Veľmi priaznivo tu môže pôsobiť individuálna psychologická pomoc prevádzaná terapeutom alebo psychiatrom.
3. **Zotavovanie** – v tejto fáze, sa takmer každý pacient zaoberá tým, že sa u neho opäť môže objaviť rakovina. Preto je život mnoho pacientov narušený strachom a reaktívnou depresiou. Dôležité je pacientovi ponúknuť psychoterapeutickú pomoc, či zvládnutie problémov pomocou farmakológie.
4. **Prípadný nástup recidívy** – v tejto fáze prichádza šok, popretie, hnev, strach, zúfalstvo, či hlboká depresia. Tu sa ponúka pomoc prostredníctvom skupinovej intervencie, individuálnych

psychologicko – psychoterapeutických metód alebo farmakologickej pomoci.

5. **Terminálne** – *paliatívne opatrenie* – strach z telesných komplikácií, z „neznámeho“ procesu umierania a smrti. V tejto situácii je prospešné, aby ošetrujúci tím zostal pacientovi k dispozícii. Zásadné je aktívne potlačovanie vedľajších efektov terminálneho ochorenia ako bolesť, pomocou onkológa, sestier, psychológa, psychiatra alebo kňaza.

Existujú dve možnosti prístupu k blížiacej sa smrti (Kořenek, 2002):

1. Pacient zostáva do poslednej chvíle v starostlivosti akútnej medicíny a sú využívané všetky dostupné prostriedky k predĺžovaniu života.
2. Druhým prístupom je príprava na dôstojný odchod zo sveta v kontakte s blízkymi – ukončiť rozrobené práce, rozlúčiť sa a pod. (doma, hospic).

Človek, ktorý je postihnutý chorobou potrebuje čas na to, aby sa so všetkými zmenami, ktoré choroba prináša vyrovnal, a tak sa prispôbil novým situáciám v živote, pretože choroba ovplyvňuje spôsob ako sa na človeka pozerajú iní a ako sa k nemu správajú. O to dôležitejšie, keď ide o umierajúceho človeka. Vtedy je dobré, keď chorý nájde pomoc, ktorá mu umožní prejsť i ťažkým obdobím choroby nielen ľudsky dôstojne, ale tak, že zavŕši svoju životnú cestu návratom k najhlbším istotám svojho života alebo ich objaví.

4.9.2 Modely zomierania

V súčasnosti sa umieranie a smrť inštitucionalizujú. Menej sa zomiera doma, čoraz viac v ústavoch. Aj keď máme mnoho inštitúcií, ktoré pomáhajú človeku v množstve jeho núdzových situácií, dosiaľ nemáme dostatočne prepracovanú prípravu lekára i ďalších zúčastnených na to, ako pomáhať človeku v jeho najväčšej kríze tesne pred príchodom smrti alebo počas smrteľných chorôb.

V súčasnosti rozlišujeme dva modely zomierania:

1. **Domáci model zomierania** („tradičný model umierania“): starostlivosť o zomierajúceho v kruhu rodiny

2. Inštitucionalizovaný model zomierania („moderný model umierania“): nemocnice, liečebne dlhodobo chorých, domovy dôchodcov, paliatívne oddelenia, hospice a pod.

Domáci model zomierania

Pre tradičné chápanie znamenala smrť predovšetkým hodnotenie života a zomierajúci bol podporovaný k tomu, aby sa zamýšľal nad zmyslom života a svojim konaním. Skúsenosť, ako sa starať o zomierajúceho človeka sa v minulosti odovzdávala z generácie na generáciu. Ľudia vedeli, čo je to smrť a umieranie a videli ju zblízka.

Domácim modelom umierania rozumieme umieranie doma, v kruhu jeho rodiny. V minulosti sa o chorého starala predovšetkým rodina, starostlivosť bola teda prevažne laická. Prednosťou bola emotívna podpora umierajúceho a nezanedbateľný význam mal i ritualizovaný scenár. Každý zo zúčastnených mal zreteľne vymedzenú rolu a vedel, čo môže a čo má robiť. Tiež umierajúci vedel, aké sú jeho dostupné formy pomoci (Kelnarová, 2007).

V súčasnosti umierame často osamelo a nie tam, kde si prajeme. Najnovší výskum verejného mienenia o umieraní a starostlivosti o nevyliciteľne chorých v Česku, ktorého sa zúčastnilo vyše tisíc zdravotníkov a vyše tisíc respondentov z obecnej populácie potvrdil, že tri štvrtiny ľudí by chcelo zomrieť doma, ale len málokto svoj život doma skutočne končí. Väčšina ľudí zomiera v liečebni dlhodobo chorých, domovoch dôchodcov, nemocniciach a pod. (Umírání a péče..., 2011).

Na konci 20. storočia sa začalo viac venovať problematike rodín a ich záťaže v starostlivosti o zomierajúceho člena v domácom prostredí (Matthews, 2004, Meyers, 2001, Scott, 2001, Cohen, 2006, atď.). Autori tiež uvádzajú, že starostlivosť o zomierajúceho kladie vysoké nároky na psychiku rodiny, menia sa ich sociálne vzťahy a začínajú sa tiež venovať otázkam viery, náboženstva a zmyslu života. Pre rodinu nastáva veľká zmena, musí sa prispôbiť novej situácii a prijať novú rolu zomierajúceho. Pre blízkych je ťažké vzdať sa svojej nezávislosti tak isto ako aj pre umierajúceho človeka. Práve tu je dôležitá otvorená komunikácia a je potrebné sa otvorene a úprimne rozprávať o svojich pocitoch.

V súčasnosti sa ukazuje, že veľký význam pre blízkych starajúcich sa o zomierajúceho, má respitná starostlivosť a fungovanie respitných služieb, ktoré umožnia opatrovateľom prerušiť starostlivosť a dávajú im príležitosť podieľať sa na iných aktivitách a záujmoch.

Inštitucionalizovaný model zomierania

Snaha obohatiť analgetickú liečbu a skvalitniť ošetrovateľskú starostlivosť o umierajúcich viedli k vybudovaniu moderných nemocníc, či hospicových zariadení, kde sa chorým dostáva najlepšia profesionálna starostlivosť. Spoločnosť odsúva umierajúceho do inštitúcií. Týmto presunutím umierajúcich do nemocníc vzniká nový model starostlivosti, tzv. inštitucionalizovaný model. „V nemocniciach je chorým dopriaty štandardný liečebný, ošetrovateľský a sociálny komfort. Umierajúcim je síce poskytovaná potrebná starostlivosť, dominantný je ale praktizmus a profesionalita. Tmavšie stránky inštitucionalizovaného modelu sú zrejme a ich spoločným menovateľom je chladná profesionálna starostlivosť“ (Haškovcová, 2000, s. 31).

Bártlová tvrdí (2009) v tomto modeli umierania chýba potrebný ľudský kontakt, umieranie stratilo charakter sociálneho aktu. Rodina prichádza na návštevu a nevie, ako sa má správať, čo má hovoriť a myslí si, že profesionál je tu od toho, aby sa o umierajúceho pacienta postaral. Je snahou nájsť riešenie, aby malo umieranie opäť charakter sociálneho aktu.

V súčasnej dobe sa však hľadajú alternatívy a varianty nového modelu zomierania, ktorou by bolo ponechanie zomierajúceho doma v kruhu rodiny a zároveň zaistenie kvalitnej odbornej starostlivosti (napr. hospic, hospicová starostlivosť, domáca hospicová starostlivosť). Aj Vorlíček (2004) tvrdí, že ako perspektívny sa javí každý systém, ktorý kombinuje pozitíva inštitucionalizovaného a domáceho modelu, ktorý rešpektuje i tabuizovanosť všetkého, čo súvisí s ľudskou konečnosťou.

4.9.3 Proces a fázy zomierania

Umieranie je konečnou fázou ľudského života. Prichádza väčšinou ako záverečné vyústenie už prítomného ochorenia. Je charakterizované postupným alebo náhle vzniknutým nezvratným zlyhaním funkčných systémov ľudského organizmu a poruchou regulácie týchto systémov. Z klinického hľadiska sa posledná fáza zomierania označuje ako terminálny stav. Jeho začiatok môžeme si všimnúť v okamžiku, kedy vojde do odborného a následne i laického podvedomia, že choroba, ktorá vstúpila do života konkrétneho jedinca, je nezlučiteľná so životom.

Křivohlavý (1991) chápe umieranie ako proces, teda neustále sa meniaci stav – dianie v čase. Podľa toho, ako rýchlo tento proces

prebieha, rozlišuje sa na jednej strane tzv. rýchla smrť a na druhej strane tzv. pomalá smrť.

Teória biologických hodín – človek umiera naozaj vtedy, keď sa naplnil jeho geneticky podmienený tzv. program života.

Sociálna smrť – stav, kedy človek síce žije, ale je odviazaný z dôležitých sociálnych vzťahov, je odtrhnutý od spoločnosti a nie je možné ich do kontextu spoločnosti vrátiť.

Psychická smrť – úplná psychická rezignácia, intenzívne prežívaná beznádej a zúfalstvo. Uľahčuje vstup smrti fyzickej.

Fyzická smrť – trvalá strata vedomia. S odchodom funkcie mozgu odchádza aj vedomie. Smrť teda znamená, že nefunguje žiadna časť mozgu. Po mozgovej smrti nasleduje smrť orgánov ľudského tela (Kutnohorská, 2007).

Švajčiarsko – americká lekárka Elizabeth Kübler-Ross prostredníctvom vlastných skúsenosti popísala prehľadne fázy zomierania:

Tabuľka: Fázy zomierania podľa Elizabeth Kübler-Ross

FÁZA	PREJAVY	PRÍSTUP
1.NEGÁCIA Šok, popretie	„Nie, to nie je pravda, pre mňa to neplatí“ „To je určite omyl“ „Zamenili výsledky“	Je potrebné nadviazať kontakt, získať dôveru u zomierajúceho
2.AGRESIA Hnev, vzburá, popretie	„Prečo práve ja?“ „Čia je to vina?“ Zlosť na zdravotníkov, na blízkych, na zdravých ľudí,...	Dovoliť zomierajúcemu odreagovanie, nepohoršovať sa
3.VYJEDNÁVANIE	Hľadanie zázračných liekov, liečiteľ'ov, upínanie na Boha. Je ochotný zaplatiť čokoľvek.	Maximálna trpezlivosť, ale pozor na podvodníkov, ktorí by mohli zomierajúceho zneužiť.
4.DEPRESIA Smútok, beznádej, zúfalstvo	Smútok z utrpenej straty, z hroziacej straty. Strach z účtovania. Strach o zaistenie rodiny.	Trpezlivo počúvať. Pomôcť urovnať vzťahy. Pomôcť hľadať riešenie pri zaistovaní rodiny.

5.ZMIERENIE Súhlas, prijatie, akceptácia	Vyrovnanie, pokora. „Skončil boj, je čas ísť“. „Dokonané je...“ „Do Tvojich rúk ...“	Mlčanlivá ľudská prítomnosť. Držať za ruku, utrieť slzy, objatie. POZOR – rodina možno potrebuje pomoc viac než pacient!
---	---	--

Cesta umierania je pre každého človeka iná, jeho vlastná. Pre mnohých z nás je veľmi ťažké odtrhnúť sa od vlastného tela. Často potrebujeme mesiace starostlivosti a ošetrovania. Je dôležité, aby sme umierajúcemu ponechali čas, ktorý potrebuje, aby šiel vlastnou cestou svojho umierania a preto súhlasíme s autorom Steindlom (2000, s. 9) ktorý uvádza, že „umieranie a smrť sa vyznačujú najvyšším stupňom individualizácie. I pri umieraní človek reaguje podľa toho, aký je“. Musíme byť tí, ktorí sú stále pripravení prijímať ten spôsob, ktorý si umierajúci pre seba zvolí. Mali by sme byť duchovne pripravení ísť s ním, i keď tá cesta vôbec nezodpovedá našim vlastným predstavám. Je to jeho umieranie. A my nevieme, akým spôsobom sami raz touto cestou pôjdeme.

4.9.4 Paliatívna starostlivosť

Moderná paliatívna starostlivosť vznikla do značnej miery vďaka úsiliu jednotlivcov a dobrovoľných iniciatív a v súčasnosti sa jej dostáva podpory z vládnych i nevládnych inštitúcií. WHO (svetová zdravotnícka organizácia) považuje paliatívnu starostlivosť už druhé desaťročie za jednu zo svojich priorít. Rada Európy odporučila členským štátom, aby paliatívnu starostlivosť včlenili do celkového systému zdravotnej starostlivosti.

Súčasný stav paliatívnej a hospicovej starostlivosti na Slovensku nie je dostatočný a neodpovedá potrebám pacientov. Aby sme mohli splniť odporúčania Charty práv umierajúcich, Odporúčanie výboru ministrov členským štátom o organizácii paliatívnej starostlivosti a Odporúčanie EAPC (Európskej asociácie pre paliatívnu starostlivosť), je potrebné prostredníctvom systémových a legislatívnych zmien, dosiahnuť zmeny súčasnej situácie. Základom kvalitnej paliatívnej a hospicovej starostlivosti je ponuka rôznych foriem paliatívnej starostlivosti, ktoré na seba nadväzujú a zaisťujú kontinuitu starostlivosti

a možnosti pacientovej voľby miesta, kde chce svoj život dožiť (Sedlárová, 2012).

Paliatívna starostlivosť, pre ktorú môžeme použiť i synonymum hospicová starostlivosť, býva definovaná rôznymi spôsobmi. Latinský výraz *pallium* označuje plášť, rúško a prezrádza, čo je úlohou paliatívnej starostlivosti – poskytnúť účinnú pomoc a útechu. Obecne môžeme povedať, že ide o komplexnú službu pacientovi, u ktorého už boli vyčerpané všetky dostupné možnosti terapie. Paliatívna starostlivosť poskytuje odbornú lekársku pomoc, ale tento prístup je odlišný od prístupu k „bežným“ pacientom, pretože potreby umierajúceho, ktorý vie, že má pred sebou len niekoľko dní života, sú odlišné od pacienta liečiaceho sa v nemocnici.

Tabuľka: Výhody a nevýhody hospicovej a paliatívnej starostlivosti

Výhody - Hospic	Paliatívne oddelenie
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Samostatná organizácia ▪ Domáci – rodinná atmosféra ▪ Pobyť do konca života (priemerne 3 - 4 týždne) ▪ Plná integrácia dobrovoľníkov ▪ Vplyv na obec ▪ Ubytovanie tých, ktorí žijú ďaleko od nemocnice 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vysoká kvalita paliatívnej medicíny ▪ Rýchlejší prístup k vybaveniu nemocnice ▪ Chorý je často dlho známy ▪ Krátky pobyt ▪ Pôsobenie v prostredí kliniky
Nevýhody - Hospic	Paliatívne oddelenie
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Väčšinou „posledná stanica“ ▪ Nie je stála prítomnosť lekárov 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Príliš klinické prostredie ▪ Efekt otáčavých dverí ▪ Malá integrácia dobrovoľníkov

Paliatívna starostlivosť ponúka najzákladnejšiu koncepciu starostlivosti – starostlivosť zameranú na naplnenie pacientových potrieb a to bez ohľadu na miesto, kde sa pacient nachádza, či už doma alebo v zariadení. Paliatívna starostlivosť ctí a chráni život. Umieranie a smrť považuje za normálny proces, smrť však ani neurýchľuje, ani neodďaluje. Usiluje sa o zachovanie maximálnej možnej kvality života až do smrti (European Association for Palliative Care, 1998). Paliatívna starostlivosť

je typ rýchlo sa rozvíjajúcej starostlivosti, ktorá ponúka umierajúcim a ich blízkym účinnú pomoc tam, kde prostriedky bežných liečebných postupov, ale tiež sil a schopnosti najbližšieho kraja zlyhávajú.

Paliatívna starostlivosť je profesionálna, holistická a interdisciplinárna a má byť poskytovaná všetkým umierajúcim pacientom bez ohľadu na diagnózu, či typ zdravotníckeho zariadenia. Ide o kontinuálnu starostlivosť – od všeobecného prístupu až po špecializovanú disciplínu (O'Connor, 2005).

WHO v r. 1990 definovala paliatívnu starostlivosť ako: „*aktívnu, celkovú starostlivosť o chorých v čase, keď choroba už neodpovedá na kauzálnu liečbu. Prvoradou úlohou je kontrola a liečba bolesti a ďalších symptómov, rovnako ako riešenie psychických, sociálnych a spirituálnych problémov chorých. Celkovým cieľom paliatívnej starostlivosti je dosiahnutie čo najvyššej možnej kvality života chorých a ich rodín.*“

V súčasnosti rozlišujeme dve úrovne paliatívnej starostlivosti:

- 1. Obecná paliatívna starostlivosť** (všeobecný paliatívny prístup): regionálne služby, praktickí lekári, štandardné nemocničné oddelenia, zariadenia dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti.
- 2. Špecializovaná paliatívna starostlivosť** (špecializovaná paliatívna starostlivosť): jednotky paliatívnej starostlivosti, lôžkové hospice, nemocničné podporné tímy paliatívnej starostlivosti, tímy domácej paliatívnej starostlivosti, komunitné hospicové tímy, denné hospice, „domáce nemocnice“, ambulantly kliniky.

Pod obecnou paliatívnou starostlivosťou sa rozumie dobrá zdravotná a sociálna starostlivosť o pacientov s pokročilým ochorením, ktorá je poskytovaná zdravotníkmi v rámci základných odborností a pracovníkmi sociálnych služieb. Zahrňuje rozpoznanie, sledovanie a ovplyvňovanie faktorov. Obecnú paliatívnu starostlivosť by mali vedieť poskytnúť všetci zdravotníci s ohľadom na špecifiká svojej odbornosti (Stratégia, 200...).

Pod špecializovanou paliatívnou starostlivosťou sa rozumie aktívna interdisciplinárna starostlivosť poskytovaná tímom odborníkov, ktorí sú v otázkach paliatívnej starostlivosti vzdelaní (Stratégia..., 2011).

4.9.5 Hospicové zariadenie

Hospicová starostlivosť vykonávaná v hospici je jednou z foriem paliatívnej starostlivosti. Znamená sprevádzanie človeka v terminálnom štádiu jeho života. Bez ohľadu na to, či je hospicová starostlivosť poskytovaná v špeciálnom lôžkovom zariadení, v domácom prostredí alebo kdekoľvek inde, je vždy vo svojich dôsledkoch prínosom pre celú spoločnosť.

Pacient v hospici vie, že:

- nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou,
- za všetkých okolností bude rešpektovaná jeho dôstojnosť,
- v posledných chvíľach života nezostane osamotený.

V súčasnosti poskytovanie holistických služieb terminálne chorým v hospici nie je diagnosticky ani legislatívne determinované. Hlavnou indikáciou je nepriaznivý zdravotný stav pacienta, ktorý vyžaduje kontrolu symptómov progredujúceho nevyliciteľného ochorenia v terminálnom štádiu. V hospici sa poskytujú aj respitné formy starostlivosti. O prijatie do hospicu žiada klient, blízke osoby, ošetrojúci lekár, ošetrojúca sestra a ostatné fyzické alebo právnické osoby (nemocnice, domovy dôchodcov, zariadenia sociálnych služieb, liečebne dlhodobo chorých a iné štátne, verejne i neverejné subjekty) ústnou, písomnou alebo elektronickou formou.

Rozlišujeme viaceré formy hospicovej starostlivosti a môžeme ich rozdeliť na – hospicová starostlivosť v domácom prostredí (mobilný hospic), ambulancie hospicovej starostlivosti, stacionárna hospicová starostlivosť (hospicový stacionár) a lôžková hospicová starostlivosť.

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky vydalo v roku 2006 Koncepciu zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti. Na Slovensku je situácia v štruktúrovaní finančných zdrojov neuspokojivá, i keď postupne meniac sa. Podľa analýz OECD (2011) je zdravotná starostlivosť o človeka na konci života najdrahšia. Avšak z hľadiska poskytovania kvality starostlivosti na konci života je hospic bez najmenej pochybnosti bezkonkurenčný. Financovanie poskytovaných služieb v hospicoch je viaczdrojové – prostredníctvom úhrady zo zdravotných poisťovní, príspevku pacienta, prípadne rodinných príslušníkov priemerne 15 €/deň, zabezpečením sponzorstva od fyzických a právnických osôb. Priemerné náklady

na ošetrovací deň v hospici sa pohybujú od 50€ do 60€, pričom úhrady zo strany zdravotných poisťovní sa pohybujú od 40 do 55% tejto sumy.

4.9.6 Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti

Hospicovú starostlivosť realizuje hospicový tím, ktorý zabezpečuje komplexnú starostlivosť o ťažko chorých a umierajúcich ľudí. Multidisciplinárny tím hrá nezastupiteľnú úlohu v starostlivosti o umierajúcich ľudí a k zaisteniu účinného a vhodného postupu je potrebné pracovať kolektívne a to v súlade s cieľmi, ktoré sú stanovené individuálne pre každého chorého. Výber vhodných pracovníkov do tímovej spolupráce je preto veľmi dôležitý.

Hospicovú starostlivosť realizuje profesionálny tím, ktorý zabezpečuje komplexnú starostlivosť o ťažko chorých a zomierajúcich. Poskytuje starostlivosť:

- Lekársku
- Ošetrovateľskú
- Psychologickú
- Psychiatrickú
- Sociálnu
- Duchovnú

Multidisciplinárny – hospicový tím je vysoko kvalifikovaný a špeciálne vzdelávaný tím profesionálov a dobrovoľníkov, ktorí spoločne pracujú tak, aby vyhoveli fyziologickým, sociálnym, psychologickým, duchovným a ekonomickým potrebám pacientov a ich rodín.

Členom multidisciplinárneho tímu je lekár, zdravotná sestra, ošetrovateľ, sociálny pracovník, psychológ, duchovný, ergoterapeut, rehabilitačný pracovník, diétna sestra, dobrovoľník. Táto skupina odborníkov, je zostavená podľa riešenia zdravotných a sociálnych problémov, ktoré sú pre chorého dôležité. Každý člen tímu na základe svojich kompetencií určí svoj postup a odporúčenie pre riešenie a intervencie v ošetrovateľskom procese. Tento tím sa pravidelne stretáva s chorým, kde hodnotí jednotlivé kroky, ktoré následne chorý odsúhlasí a akceptuje navrhnutý postup.

Hlavnou úlohou celého multidisciplinárneho tímu je teda uspokojovanie potrieb chorého pacienta:

- 1. Biologické potreby** – sú to všetky potreby ľudského tela. Medzi základné patrí potrava, zbavenie sa splodín látkového metabolizmu, prísun kyslíka, spánok.
- 2. Psychologické potreby** – sú to potreby spojené s rešpektovaním ľudskej dôstojnosti nezávisle na stave chorého tela.

Pacientovi treba pomôcť:

- Zvládnuť ťažkosti vyplývajúce z liečby.
 - Psychologicky zvládnuť bolesť.
 - Vyrovnáť sa s faktom choroby, akceptovať vlastné zomieranie a smrť.
 - Zvládnuť obavy z budúcnosti, striedanie relapsu a remisie.
 - Čo najlepšie využiť čas, ktorý mu zostáva.
 - Pri nachádzaní zmyslu jeho života a smrti.
- 3. Sociálne potreby** – vyplývajú zo statusu človeka, ako spoločenskej bytosti, žijúceho v istom sociálnom prostredí, ktorý má svoju rodinu, svoju prácu, svoje problémy, záujmy, záväzky, sny a prania.

Pacientovi treba pomôcť:

- Práceschopnosť.
 - Pomoc pri vyrovnávaní sa so zmenou rolí v rodine.
 - Spolupráca ošetrojúceho personálu s rodinou a priateľmi zomierajúceho.
 - Rešpektovanie pacienta ako jedinečnej osoby (má meno, svoje prania).
 - Pomoc vymaniť sa zo sociálnej izolácie.
 - Pomoc pri riešení praktických problémov – finančné problémy.
- 4. Duchovné potreby:** práve tieto boli u ťažko chorých a umierajúcich ľudí často odsúvané do úzadia. Teraz už postupne pribúda tých, ktorí si uvedomujú i tento možno najdôležitejší aspekt potrieb chorých v tomto štádiu života a hľadajú jeho naplnenie.

Pacientovi treba pomôcť:

- Sprevádzanie
- Kontakty, aby nebol osamelý
- Aby sa mohol vyjadriť
- Nádej
- Empatia
- Úcta
- Pastoraľna starostlivosť (náboženská)

Ak stojí klinický sociálny pracovník pred úlohou pomoci uskutočniť pacientovi takú zmenu, ktorá by nastolila novú rovnováhu, mal by si byť vedomý, že primárny problém, teda neliečiteľnú chorobu nemožno zmeniť. Najťažšia a najväčšia zmena, ku ktorej by mal sociálny pracovník v spolupráci s multidisciplinárnym paliatívnym tímom chorému pomôcť, je prijať nevyliciteľnú chorobu ako súčasť života.

Hospicová starostlivosť o pacienta, začína ešte pred jeho prijatím na hospicové lôžko. Pacient musí vedieť, že bude pokračovať v paliatívnej liečbe a nie v kauzálnej.

Úlohou sociálneho pracovníka je oboznámenie sa zo sociálnou situáciou pacienta, podľa ktorej potom navrhuje zníženie alebo úplne odpustenie platby za pobyt v hospicovom zariadení. Sociálny pracovník tiež stanovuje sociálnu diagnózu a uskutočňuje sociálnu terapiu (Dobříková-Porubčanová, 2005).

Levícká, Mrázová (2004) píše, že pri práci s pacientom v hospicoch sa využívajú nasledovné metódy sociálnej práce:

1. **One-to-one meetings** – metóda, v ktorej sa pacient stretáva so sociálnym pracovníkom a má možnosť povedať to, čo za prítomnosti iných nechcel alebo nemohol povedať.
2. **Groups** – pomocou tejto metódy pracuje sociálny pracovník spolu s iným profesionálom hospicového tímu so skupinou pacientov s rovnakou alebo odlišnou diagnózou.
3. **Family groups** – na skupinovej terapii je prítomný pacient s členmi jeho rodiny, ktorých si sám vyberie.

Úloha sociálnych pracovníkov v hospicovej starostlivosti má teda viacero úloh a úrovni a sú zodpovední za uspokojovanie všetkých sociálnych potrieb pacienta a jeho blízkych.

Umierajúci človek a jeho blízky vyžadujú od sociálneho pracovníka:

1. *Porozumenie a rešpekt ich osobnosti ako celku* – sociálny pracovník by mal podporovať spôsoby vyrovnávania sa so vzniknutou situáciou, prirodzenú pre danú rodinnú štruktúru a v neposlednom rade, by mal napomáhať u umierajúceho a jeho blízkych pocitu sebadôvery a rešpektovania samého seba.
2. *Pomoc pri udržiavaní kontaktov s rodinou a priateľmi* – v dobe, keď je jeden z členov rodiny vážne chorý sa dostáva do krízy celý rodinný systém. Sociálny pracovník, ktorý je školený pre prácu s rodinou či skupinou, môže významnou mierou prispieť k zlepšeniu komunikácie medzi jednotlivými členmi rodiny.
3. *Pomoc pri udržiavaní nezávislosti* – má byť partnerom klienta, ktorý pomáha umierajúceму v bezpečnom prostredí v ujasňovaní myšlienok a pomáha hľadať vnútorné zdroje a pomoci (Macková, 2006).

Je dôležité si uvedomiť, že klinický sociálny pracovník v hospici nepracuje s rodinou dysfunkčnou, ale pracuje s fungujúcou rodinou, ktorá sa snaží vyrovnat' s abnormálnou situáciou. „Sociálny pracovník predstavuje určitý medzičlánok medzi klientom a jeho sociálnym prostredím“ (Mojtová, 2010, s. 18).

Každý človek je jedinečnou bytosťou so svojim neopakovateľným poslaním, ktoré je nutné vždy rešpektovať. Je veľmi dôležité, aby celý tím vzájomne spolupracoval, komunikoval a pomáhal si, aby sociálna a zdravotná starostlivosť bola silne prepojená, nedelila sa, ale naopak poskytla a uspokojila všetky potreby umierajúceho človeka.

4.9.7 Vybraná časť výskumu zameraná na vnímanie umierania a smrti

Cieľom vybranej časti výskumu bolo zistiť spokojnosť pacientov s poskytovanou starostlivosťou vo vybranom hospicovom zariadení a ako vnímajú sociálni a zdravotní pracovníci pracujúci s umierajúcimi pacientmi umieranie a smrť. Aký postoj majú pracovníci poskytujúci paliatívnu a hospicovú starostlivosť k umieraniu a smrti. Túto

kategorickú oblasť sme si vybrali z toho dôvodu, aby sme získali prehľad o tom, prečo sa účastníci rozhodli pracovať v zariadení poskytujúce paliatívnu a hospicovú starostlivosť, čo ich k tomu viedlo a ako oni sami vnímajú problematiku umierania a smrti. Interpretovali sme najpočetnejšie indukované kategórie.

Zariadenia, kde sme uskutočnili zber dát boli: Detský hospic Plamienok v Bratislave, Hospic sv. Bernadety v Nitre a Onkologický Ústav sv. Alžbety v Bratislave a Hospic v Zlíne. Výskum prebiehal v roku 2010. Ako metódu zberu dát sme si zvolili pološtruktúrované rozhovory s pracovníkmi vybraných zariadení. Metódou analýzy nazbieraných dát bola kvantitatívno – kvalitatívna obsahová analýza.

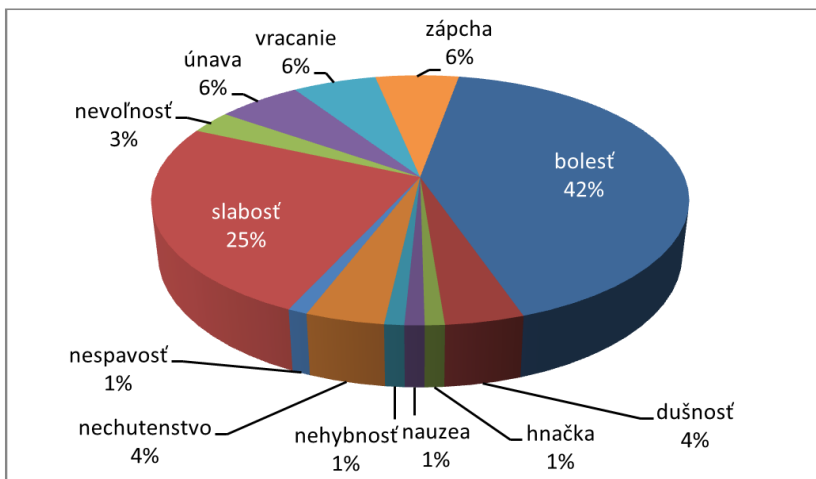
V tabuľkách sa nachádzajú vľavo skrátené odpovede účastníkov pre lepšiu predstavu a v pravo k nim priradené najčastejšie sa vyskytujúce indukované kategórie. Pod tabuľkou sa nachádzajú skrátené interpretácie s vybranými odpoveďami účastníkov.

V prvej prieskumnej sonde sme sa zamerali na samotných pacientov z hospicu, kde nás zaujímalo, ako vníma pacient hospicové prostredie a prístup pracovníkov k nemu. Zisťovali sme tiež, akými ťažkosťami trpia pacienti najčastejšie.

Tabuľka: Hodnotenie prístupu personálu pacientmi

Hodnotenie prístupu personálu pacientmi	Indukované kategórie
<i>Príjemné, priateľské prostredie, poskytovanie všetkého potrebného</i>	Pozitívne vnímanie
<i>Uspokojené všetky potreby, každé pranie splnené</i>	Uspokojované potreby
<i>Sestričky sú milé, priateľské, vznik pekných vzťahov, ochota pomáhať</i>	Spokojnosť
<i>Viac času na rozhovor, potreba vyrozprávaní sa</i>	Potreba rozhovoru

Graf: Najčastejšie ťažkosti pacientov



Z výsledkov nám vyplýva, že bolesťou a slabosťou trpí veľká pacientov. Výsledky výpovedí našich participantov prieskumu môžeme porovnať s všeobecnými výsledkami, ktoré hovoria, že slabosťou trpí až 99% terminálne chorých pacientov, bolesťou 55% - 90%.

Zomierajúci pacienti veľmi pozitívne vnímali prostredie a prístup personálu, ich potreby boli uspokojované. Ako absenciu udávali málo času na rozhovor s hospicovým personálom.

U pracovníkov, ktorí sa denne stretávajú s ťažko chorými a zomierajúcimi sme zisťovali dôvody výberu danej práce, ako vnímajú umieranie a smrť, ich zdroj sily – podpora a pod.

Tabuľka: Dôvod výberu zamestnania v hospicovom zariadení

Prečo ste sa rozhodli pracovať v tomto type zariadenia?	Indukované kategórie	%
<i>Práca ako zmysluplné naplnenie, záujem o paliatívnu starostlivosť, umieranie a smrť – blízka téma, túžba pomáhať umierajúcim</i>	Záujem	44 %
<i>Zážitok so smrťou, smrť blízkeho, práca so zomierajúcimi v predchádzajúcom zamestnaní</i>	Skúsenosť so smrťou	36 %
<i>Láska k deťom, láska k dospelým a starým ľuďom, úcta k umierajúcim</i>	Láska k blížnemu	20 %

Zistili sme, že *Záujem* o danú oblasť a problematiku je jeden z hlavných dôvodov, prečo sa participanti rozhodli pracovať v zariadení, ktoré poskytuje paliatívnu a hospicovú starostlivosť. Buď počuli o paliatívnej starostlivosti alebo ich niekto oslovil. „*Predtým som pracovala na detskom oddelení a prišla som do kontaktu s pani riaditeľkou Plamienka, lebo sme konzultovali nejakých pacientov a potom mi poslala pozvánku na vzdelávanie, prijala som ju*“. Participanti uvádzajú vnútorný záujem, túžbu pomáhať. „*Vnútorne som to cítila, že týmto smerom ma to vedie, tak som to skúsila a aj som sa presvedčila, že práca s umierajúcimi je tá, ktorá ma naplňa*“. Kategória *Skúsenosť so smrťou* vznikla z hlbšieho rozhovoru, kde sme sa dozvedeli, že záujem o túto prácu pramení u väčšiny participantov z toho, že sami v živote zažili smrť blízkej osoby alebo sa so smrťou stretli v predchádzajúcom zamestnaní. „*Predtým som pracovala na onkológii s dospelými a mala som k tomu blízko*“. „*Začalo to tým, že mi zomrela mama, keď som bola malá a tým ma to nabudilo pomáhať ťažko chorým*“.

Tabuľka: *Vnímanie umierania a smrti*

Čo znamená pre Vás pojem umieranie a smrť?	Indukované kategórie	%
<i>Smrť patrí k životu, smrť je prirodzená súčasť života, koniec života, završenie života, prirodzený stav</i>	Smrť ako prirodzená súčasť života	64 %
<i>Viera v Boha, život smrťou nekončí, prechod na druhý svet, začiatok večného života, koniec pozemského života</i>	Smrť ako prechod do večnosti	29 %
<i>Smrť ako koniec bolesti</i>	Smrť ako koniec bolesti	7 %

Pojem umieranie a smrť je ťažká téma a v súčasnosti tabuizovaná. Ľudia nechcú myslieť na smrť, majú z nej strach. No predsa smrť je tak prirodzená ako zrodenie samotného života. Podľa našich zistení nám vyšla ako najpočetnejšia kategória - *Smrť ako prirodzená súčasť života*, ktorá vypovedala o tom, že participanti vnímajú smrť ako prirodzený stav, prirodzenú súčasť života. „*Smrť patrí k životu. Musíme byť na to všetci pripravení, je to súčasť života. Je to tak prirodzené ako narodenie. Ľudia prichádzajú a odchádzajú*“. Z odpovedí tiež vyplynulo, že pre niektorých participantov je *Smrť ako prechod do večnosti*. Život smrťou nekončí, je to len koniec pozemského života a začiatok života

večného. „Smrť pre mňa znamená taký prechod na druhý breh, pretože som veriaci človek a viem, že smrťou nič nekončí“.

Tabuľka: Pomoc pri vyrovnávaní sa so smrťou klientov

Pomáha Vám niekto alebo niečo sa vyrovnávať so smrťou klientov?	Indukované kategórie	%
<i>Viera, ktorá dáva všetkému zmysel, Boh, bez viery by sa to nedalo zvládnuť, viera, že smrťou nič nekončí</i>	Viera v Boha	41 %
<i>Pomáha manžela, deti, ktoré sú veľkou oporou, rozhovory s rodinou</i>	Rodina	25 %
<i>Rozhovory s priateľmi</i>	Priatelia	17 %
<i>Záľuby ako pomoc pri vybití negatívnej energie, záľuby ako odreagovanie a uvoľnenie</i>	Záľuby	17 %

Zistili sme, že *Viera v Boha* najčastejšie pomáha pri vyrovnávaní sa so smrťou klientov, o ktorých sa starali. „Určite viera. Viem, že keby som neverila v Boha a neverila mu, že všetko má byť tak, ako je, tak by som to určite nezvládla“. V odpovediach sa vyskytovali, i keď už menej často - *Rodina, Priatelia* a *Záľuby*, ktoré pomáhajú s vyrovnávaním sa so smrťou. Keby sme si mali položiť otázku, akým žiaducim spôsobom by sa mali lekári, zdravotné sestry, sociálni pracovníci a my ostatní vyrovnávať s umieraním a smrťou, tak je v prvom rade dôležité si uvedomiť svoje doposiaľ neuvedomené postoje k fenoménu smrti a umierania a reflektovanie vlastnej konečnosti. „Pre veriaceho lekára toto býva menším problémom, lebo sú svojou vlastnou hodnotovou orientáciou vybavení i pre hraničné životné situácie“ (Vymětal, 2009, s. 188).

Napriek pozitívnym zmenám v posledných rokoch sa vo veľkej väčšine ťažko chorých a umierajúcich nedostáva odpovedajúcej starostlivosti. Záver života je tak stále sprevádzaný bolesťou, osamelosťou, stratou dôstojnosti a ďalšími formami utrpenia, ktorým sa dá predísť. Príčin tohto stavu je stále mnoho a zatiaľ neboli na verejnosti dostatočne zreteľne pomenované. Ide o problematiku, kde sa v súčasnej dobe snažíme odpovedať na otázky financovania paliatívnej a hospicovej starostlivosti, otázky legislatívy, zabezpečenia potrebného vzdelávania a pod. K danej problematike je potrebné pristupovať ako k integrálnej súčasťi klinickej sociálnej starostlivosti, ktorá naberá v súčasnosti na význame, najmä so zameraním na kvalitu života ľudí.

Je potrebné prijať národnú stratégiu paliatívnej starostlivosti a vytvoriť národný strategický dokument pre oblasť paliatívnej a hospicovej starostlivosti, zabudovať ho do nášho systému. Takýmto spôsobom zabezpečiť potrebné finančné prostriedky, aby sa tak zvýšil počet hospicových zariadení pre deti a dospelých a aby sa zvýšila dostupnosť využívať tieto služby starostlivosti pre čo najväčší počet pacientov a ich rodín, k čomu je potrebná vládna podpora. Ako príklad by nám mohli poslúžiť krajiny ako Španielsko, Kanada, Austrália a pod., ktoré túto stratégiu národnej paliatívnej starostlivosti už zaviedli.

Pre rozvíjanie paliatívnej a hospicovej starostlivosti na Slovensku, je veľmi dôležité vytvoriť spoluprácu medzi hospicmi, paliatívnymi oddeleniami, onkológiami a pod. a tiež s podobnými zariadeniami v zahraničí, aby sa tak všetci zjednotili a spoločne napredovali vpred vo vývoji. Tejto myšlienke by pomohol vyššie spomenutý národný strategický dokument SR pre oblasť paliatívnej a hospicovej starostlivosti.

Z výsledkov prieskumu sme zistili, že komunikačné vedomosti sú pri práci s umierajúcimi pacientmi a ich rodinami veľmi dôležité. Lekári, sestry a sociálni pracovníci potrebujú špeciálne vzdelávanie v komunikácii, aby získali vedomosti a skúsenosti, ktoré im umožnia rozpoznať potrebu pacienta byť informovaný a reagovať na informácie, stanoviť a vyriešiť ich obavy a adekvátne zhodnocovať ich psychické problémy. K zlepšeniu komunikačných vedomostí pomôže napr. supervízia, podpora kolegov, rôzne semináre a kurzy, pravidelné porady, dopĺňovanie vzdelávania a duševná rovnováha pracovníka.

Nové vedomosti v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti vyžadujú zvyšovať vzdelanostnú úroveň nielen lekárov, zdravotných sestier, sociálnych pracovníkov, psychológov, ale aj celej našej spoločnosti, v ktorej je najmä potrebné odtabuizovať tému umierania a smrti, ktorá je často krát vnímaná ako niečo zlé a smutné a naučiť našu spoločnosť vnímať umieranie a smrť ako prirodzenú súčasť života, lebo s týmto vnímaním je spojené aj vnímanie hospicových zariadení a celkovo aj vnímanie paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Je veľmi dôležité pripravovať už počas štúdiá budúcich pracovníkov, ktorí sa budú starať o zomierajúcich ľudí, aby tak mohli poskytovať čo najkvalitnejšiu starostlivosť a služby.

Použitá literatúra k 4. kapitole

BÁLINT, O. a kol. 2007. *Infektológia a antiinfekčná terapia*. 2. vyd. Martin: Vydavateľstvo OSVETA, 2007. 588 s. ISBN 80-8063-222-7.

BÁRTLOVÁ, S. - MATULAY, S. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.

BARTOŠOVIČ, I. - HEGYI, L. 2010. Zdravotné problémy rómskeho etnika Roman health problems. In *Lekársky obzor*. 2010, roč. 59, č. 4, s. 156 - 161. ISSN 0457-4214.

BIANCHI, G. - POPPER, M. - LUKŠÍK, I. 1996. Sexuálne správanie na Slovensku – kvalita verus kvantita. In: *Retrospektíva, realita a perspektíva psychológie na Slovensku. Zborník príspevkov VIII. zjazdu slovenských psychológov*. Bratislava: Stimul, 1996, s. 146-149. ISBN 80-85697-50-5.

BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. 2010. *Pediatrické ošetrovateľstvo*. 3. vyd. Martin: Osveta, 2010. 214 s. ISBN 978-8063-331-8.

COHEN, M. Z. et al. 2006. Quality Life of Family Caregivers of Patient with Cancer: A Literature Review. In *Onkology Nursing Forum*. 2006, Vol. 33, No 3, 625-632. ISSN 1538-0688.

CONROD, PJ. - CASTELLANOS-RYAN, N. - STRANG J. 2010. Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(1):85-93.

ČERNAY, J. 2005. *Sociálne problémy v pediatrii – sociálna pediatria*. Trnava: SAP, 2005. 108 s. ISBN 80-8910460-6.

ČÍŽKOVÁ, M. 2005. Rómski pacienti v nemocnici. In *Sestra*. 2005, roč. 4, č. 4, s. 8 - 9. ISSN 1335-9444.

DEPARTMENT OF HEALTH, DEPARTMENT OF EDUCATION AND EMPLOYMENT AND HOME OFFICE. 2000. *Framework for assesment of children in need and their families*. [online]. London: The Stationery Office. 109 p. [cit. 2012.12.21] Dostupné na internete: <http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4014430.pdf>. ISBN 0-11-322310-2.

DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. a kol. 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti*. Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 2005. 280 s. ISBN 80-7162-581-7.

DRAGANOVÁ, H. a kol. 2006. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta, 2006. 196 s. ISBN 978-80-8063-240-3.

DUNOVSKÝ, J. a kol. 1995. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dieťa*. Praha: Grada, 1995. 245 s. ISBN 80-7169-192-5.

DUNOVSKÝ, J. a kol. 1999. *Sociální pediatrie vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 1999, 284 s. ISBN 80-7169-254-9.

EIKELMANN, B. 1999. *Sociálna psychiatria - Základné poznatky a prax*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1999, 152 s. ISBN 80-88952-02-6.

ELLIOT, J., PLACE, M. 2002. *Dieťa v nesnáziach – prevence, príčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0.

European Association for Palliative Care [online].1998, [cit. 2012-20-7]. Dostupné na internete: <<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3D&abid=735>>.

GAŽIKOVÁ, E. 2010. Sanácia rodiny u detí umiestnených v zariadeniach na výkon ústavnej starostlivosti. In *Problémy súčasnej rodiny a náhradná rodinná starostlivosť*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie, konanej 10. – 11. júna 2010 v Banskej Bystrici. Banská Bystrica: 2010. s. 220-225. ISBN 978-80-557-0103-5.

GOGOLÁKOVÁ, P. a kol. 2010. Bezdomovec - problém z pohľadu verejného zdravotníctva. In *Verejné zdravotníctvo* [online]. 2010, roč. 7, č. 1 [cit. 2012-12-23]. Dostupné na internete: <<http://verejnezdravotnictvo.szu.sk/SK/2010/1/Gogolakova.pdf> >. ISSN 1337-1789.

GUT, J. 2006. *Komplexní péče o děti v nemocnici a jejich rodiče*. Pediatrie pro praxi, 2006, č. 3. ISSN-1213-0494.

HAŠKOVCOVÁ, H. 1975. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis, 1975. s. 176.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2000. *Thanatologie. Náuka umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

Health at a Glance 2011. OECD indicators. 2011. OECD Publishing. 199 p. ISBN 978-92-64-11153-0.

HEGYI, L. 2001. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starých ľudí*. Trnava: Slovak Academic Press, 2001. 128 s. ISBN 80-88908-80-9.

HEGYI, L. 2003. Súčasný možnosti sociálnej geriatrickej. In *Geriatrica*. 2003, roč. 9, č. 3, s. 99 - 102. ISSN 1335-1850.

- HELL, D. - SCHÜPBACH, D. 2004. *Schizofrénie - Poradca pre pacientov a príbuzných. 2. slovenské vydanie, aktualizované a prepracované*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2004, 159 s. ISBN 80-88952-19-0.
- HÖSCHL, C. - LIBIGER, J. - ŠVESTKA, J. 2002. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, spol. r. o., 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.
- HUNT, N. a kol. 2003. *Pokrokové zmysľanie o drogách*. Bratislava: Open Society Foundation, 2003. 76 s. ISBN 80-969271-0-8.
- IVANOVÁ, K. - ŠPINDROVÁ, L. - KUTNOHORSKÁ, J. 2005. *Multikultúrná ošetrovateľská I*. Praha: Grada Publishing, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- KAHOUN, V. 2007. *Vybrané kapitoly k sociálnej práci Sociálna práca II*. Praha: Triton, 2007. 281 s. ISBN 978-80-7387-064-5.
- KASANOVÁ, A. 2009a. *Až za hranice života I. diel: Súvislosti medzi životom a smrťou*. Nitra : UKF, 2009a. 131 s. - ISBN 978-80-8094-525-1.
- KASANOVÁ, A. 2009b. *Až za hranice života. III. diel: Starostlivosť o zomierajúcich*. Nitra: UKF, 2009b. 98 s. ISBN 978-80-8094-527-5.
- KELNAROVÁ, J. 2007. *Tanatologie v ošetrovateľstve*. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80 85763-36-2.
- Komplexný program o AIDS. Prevencia HIV a starostlivosť pre sestry a pôrodné asistentky*. 1995. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. 108 s. ISBN 80-8063-001-1.
- KONCEPCIA odboru pediatrie, č. 2832/93-B/1-Zb. zo dňa 23. novembra 1993.
- KONCEPCIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI v odbore gynekológia a pôrodnictvo č. 28494-1/2006-OZSO zo dňa 3. 1. 2007.
- KONCEPCIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI v odbore geriatria č. 28172/2006 zo dňa 4. 12. 2006.
- KONCEPCIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI v odbore psychiatria č. 16762 - 1/2006 - OZS zo dňa 15. 6. 2006.
- KOŘENEK, J. 2002. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. 276 s. ISBN 80-725235-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1991. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. 128 s.

KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

KVAŠŇÁKOVÁ, L. 2009. Potreba inšpirácie zahraničnými nástrojmi pri posúdení životnej situácie ohrozenej rodiny v podmienkach Slovenskej republiky. In *4. medzinárodná konferencia doktorandov odborov Psychológia a Sociálna práca: zborník príspevkov*. Nitra: FSVaZ UKF, 2009. s. 412- 421. ISBN 978-80-8094-660-9.

LAJKEP, T. – PRUDIL, L. 2006. Etika a právo v psychiatrii. In *Zdravotnícké právo v praxi*, 2006, č. 1, s. 9–10. ISSN 1213-0508.

LÍŠKOVÁ, M. 2011. Sociálna rehabilitácia a uspokojovanie potrieb seniorov v rámci inštitúcií. In *Sborník z mezinárodní konference Jihlavské zdravotnické dny 2011*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. s. 389-398. ISBN978-80-87035-37-5.

LEVICKÁ, J. - MRÁZOVÁ, A. 2004. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava: Trnavská Univerzita, 2004. 124 s. ISBN 80-89104-35-5.

LUKŠÍK, I. - RUŠÁKOVÁ. L. 2001. Sociálne reprezentácie HIV/AIDS: teoretické východiská a slovenská sonda In: *Československá psychologie*. 2001, roč. 45, č.2, s. 152-165. ISSN 0009-062X.

MACKOVÁ, M. 2006. Multidisciplinárni spolupráce. *Role hospicového sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu*: Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. s. 27 – 29. ISBN 80-7013-437-2.

MAHROVÁ, G. - VENGLÁŘOVÁ. M. a kol. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATĚJČEK, Z. 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.

MATOUŠEK, O. - KOLÁČKOVÁ. J. - KODYMOVÁ. P. 2005. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.

MAYER, V. – HALLAUER, J. – BAUM, M. K. 1996. *Ochorenie spôsobené nákazou vírusom HIV/AIDS*. 1. vyd. Bratislava: Veda, 1996. 364 s. ISBN 80-224-0413-6.

MAYER, V. 1990. *AIDS, Dráma, otázky, východiská*. Bratislava: Veda, 1990. 224 s. ISBN 80-224-0254-0.

MEYERS, J. M. et al. 2001. The Relationships between Family Primary Caregiver Characteristic and Satisfaction with Hospice Care, Quality of life and Burden. In *Oncology Nursing Forum*, 2001, Vol. 28, No. 1., p. 73-82. ISSN 0309-2402.

MKCH-10 - Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. revízia, V. kapitola, Duševné poruchy a poruchy správania. Dostupné na:

<<http://www.uzis.sk/infozz/mkch/mkch-10/cast0500.pdf>> [cit. 2012-12-23]

MOJTOVÁ, M. 2008, 2010. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Druhé vydanie. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2008, 2010. 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.

MOJTOVÁ, M. a kol. 2008. *Vybrané kapitoly z etiky pre študentov zdravotníckych a sociálnych odborov*. Vysoká škola zdravotníctva a soc. práce sv. Alžbety, Bratislava, 2008. 125 s. ISBN 978-80-89271-40-5.

MÜHLPACHR, P. 2006. *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-62-4.

MUNZAROVÁ, M. 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. 1. vyd., 156 s. ISBN 80-247-1024-2.

NEŠPOR, K. 2010. Krátká intervence pro problémy působené alkoholem může probíhat v různých prostředích. In *Čas. Lék. čes.* 2005, č. 12, 144 s. ISSN 840-843.

O'CONNOR, M. a kol. 2005. *Paliativní péče*. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

ODBORNÉ USMERNENIE MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY o postupe zdravotníckych pracovníkov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti novorodencom odloženým vo verejne prístupnom inkubátore, číslo: 09894/2009 – OZS zo dňa 12. 5. 2009.

PĚČ, O. - PROBSTOVÁ, V. a kol. 2009. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. 1. vyd., 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.

PIERSON, J. - THOMAS, M. et al. 2006. *Collins Dictionary of Social work*. Glasgow : HarperCollins Publishers, 2006. 616 p. ISBN 978-0-00-721478-5.

POLSKY B.W. – CLUMECK, N. 1999. *HIV and AIDS*. London, Harcourt Publishers Ltd 1999. ISBN 0-7234-2328 8.

POPPER, M. - SZEGHY, P. - ŠARKOZY, Š. 2009. Rómska populácia a zdravie: Analýza situácie na Slovensku. Bratislava: Partners for Democratic Change Slovakia, 2009. 95 s. ISBN 978-84-692-5485-1.

PROCHÁZKA, I. 2008. Novinky v prevenci HIV a ostatných sexuálne prenosných nemocí In: *16. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice*, Pardubice 2008, Sborník referátu. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu v Praze a Nová tiskárna Pelhřimov, 2008, s. 117-120. ISBN 978-80-86559-99-5.

REPKOVÁ, K. – POŽÁR, L. – ŠOLTÉS, L. 2003. *Zdravotné postihnutie v kontexte novodobej sociálnej politiky*. Bratislava: Informačná kancelária Rady Európy, 2003. 214 s. ISBN 80-89141-03-X.

RINGOLD, D. et al. 2003. *Roma in an Expanding Europe: Breaking the Poverty Cycle*. Washington: The World Bank, 2003. s. 148. ISBN 0821354574.

SCOOT, G. et al. 2001. A study of family carers of people with a life-threatening illness 1: The carers needs analysis. In *International Journal of Palliative Nursing*. 2001, Vol. 7, No. 6, p. 290-297. ISSN 1471-6712.

SEDLÁROVÁ, K. 2012. Current palliative and hospice care in Slovakia. In *Clinical Social Work Journal*, Vol. 4, No. 13, 2012, p. 4-8. ISSN 2222-386X.

SLANÝ, J. 2008. Zavádzanie tzv. „baby-boxov“ v ČR – je to dobre alebo zle? In *Pediatric pro Praxi*. 2008; 9(4), s. 268, ISSN 1213-0494.

STEINDL, R. 2000. *O smrti*. Bratislava: Iris, 2000. 135 s. ISBN 80-88778-90-5.

Strategie rozvoje paliatívni péče v České republice na období 2011 – 2015. [online]. 2011 [cit. 2012-2-6]. Dostupné na internete: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/cinnost-rady/zasedani-rady/Strategie-paliativni-pece_schvaleno-RLP.doc>.

STRIEŽENEC, Š. 1996. Slovník sociálneho pracovníka. Trnava: vyd. AD, 1996. 255 s. ISBN 80-967589-0-X.

ŠAŠINKA, M., ŠAGÁT, T. a kol. 1998. *Pediatrica*. 1. zväzok. Košice: Satus, 1998. 620 s. ISBN 80-967963-0-5.

ŠPECIÁNOVÁ, Š. 2003. *Ochrana týraného zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003. 156 s. ISBN 80-86131-44-0.

ŠRANK, M. 2012. *Sociálne súvislosti dlhodobej hospitalizácie detí*: dizertačná práca. Nitra: UKF, 2012. 204 s.

ŠRANK, M., BOLEDOVIČOVÁ, M. 2011. Riešenie situácie nechceného dieťaťa v Slovenskej republike. In *Prevenca úrazů, otrav a násilí*. 2011, roč. 7, č. 2, s. 170-175. ISSN 1801-0261.

TSCHUSCHKE, V. 2004. *Psychoonkologie*. Praha: Portál, 2004. 215 s. ISBN 80-7178-826-0.

TVRDOŇ, M. – KASANOVÁ, A. 2004. Chudoba a bezdomovstvo. Nitra: FSVaZ UKF, 2004. 141 s. ISBN 80-8050-776-7.

Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné. [online]. 2011, [cit. 2012-10-8]. Dostupné na internete: <<http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>>.

Usmernenia EÚ pre presadzovanie a ochranu práv dieťaťa. [online]. 2011, [cit. 2013-24-1]. Dostupné na internete: <<http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cmsUpload/16031.sk07.pdf>>.

VANÍČKOVÁ, E a kol. 1999. *Sexuální násilí na dětech*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 118 s. ISBN 80-7178-286-6.

VORLÍČEK, J. 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

VRTBOVSKÁ, P. 2006. Moderní pojetí sociální práce s rodinami a dětmi v obtížné rodinné situaci. In *Sociální práce / Sociálna práca*. 2006, roč. 6, č. 1, s. 37- 45. ISSN 1213-6204.

VYMĚTAL, J. 1999. *Lekářská psychologie*. Praha: Univerzita Karlova, 1999. 278 s. ISBN 80-86123-08-1.

Who needs HIV prevention? [online]. 2010, [cit. 2013-01-25] Dostupné na internete: <<http://www.avert.org/prevent-hiv.htm>>.

ZÁKON č. 154/1994 Z. z. o matrikách v znení neskorších predpisov.

ZÁKON č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ZÁKON č. 36/2005 Z. z. o rodine.

ZÁKON č. 445/2006 Z. z. o mene a priezvisku (úplné znenie).

ZÁKON č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

5 ETIKA KLINICKÉHO SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA

5.1 Etické východiská profesie klinického sociálneho pracovníka

Etika je vedecká disciplína, ktorej objektom je mravnosť. Každý odbor ľudskej činnosti má svoju morálku a má ju tiež sociálna práca. Tým, že kontinuálne analyzuje hodnoty a mechanizmy regulácie, môže viesť človeka k dobru.

Etika je súčasťou filozofie a ako filozofická disciplína pochádza už z doby Aristotela. Tento filozof rozlišoval v ľudskej činnosti teoretickú činnosť, ktorú nazýva poznáním a praktickú činnosť, ktorú nazýva konaním. V etike ide o praktickú činnosť, preto môžeme etiku označiť ako praktickú filozofiu (Kořenek, 2002).

Etika predpokladá, že sme rozumné bytosti a že slobodná a rozumná voľba je dôležitou podmienkou morálnej zodpovednosti. Byť mravnou bytosťou znamená byť osobou, ktorá je schopná byť mravne zodpovedná za svoje činy (Kutnohorská, 2007). Základným problémom etiky je to, ako máme zistiť čo je dobré alebo správne a rozoznať to od zlého. Podľa tohto rozoznávania dobra od zla sa vytvárajú mravné vzťahy – čo sú postoje jedinca k sebe, k druhým ľuďom a k spoločnosti. Morálka svoje požiadavky určitým spôsobom zdôvodňuje a tak vznikajú mravné normy, ktoré sú určované na jednej strane svedomím samotného človeka a na strane druhej verejným mienením.

Etika sa skladá z troch odborov (Kutnohorská, 2007):

- **Metaetika** – filozofia morálky na úrovni najvyššej abstrakcie. Zaoberá sa podstatou morálneho myslenia a ujasnením terminológie čo je dobro, zlo, šťastie

Rozlišuje štyri prúdy normatívneho myslenia (Kořenek, 2002):

- *Etika cnosti* – človek dospieva k určitým rozhodnutiam na základe stabilných pravidiel - cností
- *Etika povinnosti* – vychádza z bezpodmienečnej požiadavky plnenia povinností
- *Etika úžitku* – vychádza z princípu užitočnosti pre všetkých zúčastnených v jednaní

- *Etika zodpovednosti* – sleduje mravnú kompetentnosť k určitej voľbe v rozhodovacom procese
- **Normatívna etika** – pokúša sa formulovať postupy a mechanizmy k riešeniu etických problémov. Etické postupy nás sprevádzajú v rôznych formách celým životom
- **Praktická etika** – študuje konkrétne situácie a rozhodnutia buď komplexne alebo v rámci určitého odboru – potom sa táto etika nazýva *profesionálna etika*

Pojem *profesionálna etika* je určený mravnými hodnotami špecifickými pre určité povolanie, v našom prípade pre profesiu klinického sociálneho pracovníka.

Podľa hľadísk môžeme etiku rozlišovať:

- **Etika heteronómna** – etické zásady sú dané zvonka spoločenskou autoritou, poprípade Bohom
- **Etika autonómna** – človek (spoločnosť) si sám vymedzí etické zásady

Ďalej sa môžeme stretnúť s pojmami:

- **Individuálna etika** – zaoberá sa morálnym profilom jedinca
- **Sociálna etika** – etika sociálnych skupín
- **Bioetika** – samostatná disciplína, ktorá skúma etické otázky v súvislosti so vznikom a záverom života a života vôbec. Prekračuje rámec existencie človeka a jeho začlenenie do prírody, rieši i vzťah k životnému prostrediu.

V štruktúre ľudského poznania patrí etike dôležité miesto ako jednej z najstarších filozofických disciplín zaoberajúcej sa morálkou, mravnými hodnotami a spôsobmi správania, ktoré vedú k uplatňovaniu mravných zákonov v rozličných oblastiach života pospolitosti. V súčasnosti má kriticko-teoretický výklad základných mravných problémov svoje významné praktické vyznenie v aplikovaných etikách, ktoré formulujú prakticko-etické riešenia každodenných problémov vo vzťahu etiky k rôznym oblastiam vedy a praxe.

Štúdium a osvojenie si metód implementácie etiky korešponduje s modernými trendmi a humanizáciou v oblasti vedy, poznania a praxe, výzvami pre 21. storočie, ako aj integračnými ambíciami Slovenska

zaradiť sa do moderného a európskeho duchovného prostredia (Dávideková, 2010).

Každý človek vníma morálne schémy spoločnosti, v ktorej žije. Buduje si svoju subjektívnu mravnú schému a svoj vlastný systém hodnôt. Klinický sociálny pracovník obohacuje tento systém svojej osobnosti o etické princípy, ktoré majú stálu hodnotu. Medzi tieto etické princípy patria i niektoré charakterové vlastnosti ako ľudskosť, múdrosť, obetavosť, zodpovednosť, čestnosť. A tiež nemožno opomenúť etickú motiváciu klinických sociálnych pracovníkov ako láska k blížnemu, empatie, súcita a zmysel pre ochranu pacienta/klienta.

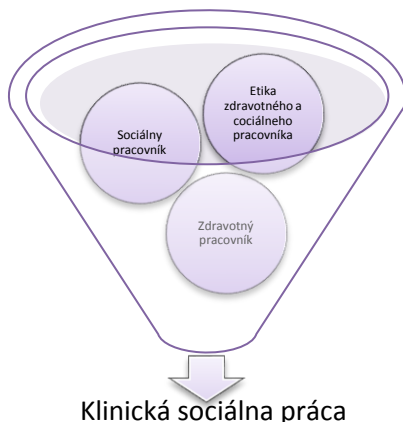
Etiku klinického sociálneho pracovníka môžeme chápať ako študijnú teoretickú disciplínu uchopujúcu profesionála kriticky posudzovať dilemy a problémy svojej praxe, tiež ako súbor noriem, hodnôt a postupov prijateľných v profesijnej praxi klinického sociálneho pracovníka (Fischer, Milfait, 2008). Východiská poňatia etiky klinickej sociálnej práce sú určené prepojením zdravotnej a sociálnej práce. Miera vzájomného prepojenia sa odvíja od konkrétneho poňatia profesie (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011). Pokiaľ má klinický sociálny pracovník vykonávať svoju prácu na profesionálnej úrovni, mal by okrem teoretických vedomostí a profesijnej zručnosti dodržiavať určité etické princípy.

Klinická sociálna práca má široký záber. Každý človek je jedinečná a neopakovateľná bytosť, ktorá má svoju jedinečnú zbierku schopností, vlastností a daností odlišujúcich sa od ostatných ľudí. Tak ako je každý individuálny, tak je individuálna i práca s ním. Práca je náročná i na etickú výbavu poskytovateľov služieb.

Etický citlivý prístup predpokladá:

- Schopnosť porozumieť klientovi, oceniť jeho spôsoby uvažovania a vzorce myslenia
- Vymedzenie a dodržanie rozsahu pomoci, ktorá odpovedá požiadavkám klienta (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011).

Obrázok: Klinická sociálna práca



Fischer, Milfait (2008) uvádzajú, že etický rozmer daného prípadu môže vyžadovať schopnosť vytvorenia stratégie možností zdravotno-sociálnej intervencie. Autori tiež hovoria, že medzi pracovníkmi v pomáhajúcich profesiách sa často stretávame so záujmom o celkové dobro klienta. Predpokladáme, že tento pociťovaný a eticky reflektovaný prístup akcentuje pripravenosť klinického sociálneho pracovníka k sprostredkovaniu holistického prístupu ku klientovi. Holistický model je založený na schopnosti človeka adaptovať sa na zmenené podmienky. Vychádza z predpokladu, že človek je otvorený systém, ktorý musí neustále reagovať na zmeny. Holistický model chápe človeka ako bio – psycho – sociálne – spirituálnu bytosť.

Táto starostlivosť je zameraná aj na klientovu rodinu, na ich vzájomné vzťahy, potreby i problémy. Ide tiež o podporu klientovej snahy dosiahnuť svojou vlastnou cestou sebauplatnenie. Umožniť klientovi dosiahnuť zmeny k lepšiemu a autentickému životu. To je cieľ klinickej sociálnej práce a jej etickej dimenzie (Fischer, Milfait, 2008).

Klinickí sociálni pracovníci poskytujú profesionálnu starostlivosť ľuďom, ktorí sa v dôsledku svojho zdravotného stavu dostali do zložitej situácie a potrebujú nejakú sociálnu intervenciu. Pre pochopenie profesie klinického sociálneho pracovníka je nutné chápať (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011):

- **Etiku zdravotníckej práce** – etické problémy týkajúce sa liečebnej a preventívnej starostlivosti na akejkoľvek úrovni

- **Etiku sociálnej práce** – etické problémy spojené s profesiou sociálneho pracovníka na akejkol'vek úrovni.

Z hľadiska všeobecnej etiky profesionálnej práce majú mnoho spoločného. Etika klinickej sociálnej práce sa formuje naprieč oboma etikami. Etika klinickej sociálnej práce vychádza najmä z etiky sociálnej práce.

5.2 Zachovávanie ľudskej dôstojnosti

Každý ľudský život má jedinečnú, neopakovateľnú a neodňateľnú hodnotu a dôstojnosť, ktorá vyplýva zo samej podstaty „*byť človekom*“. Hlavným poslaním každého z nás je byť človekom zodpovedným vo všetkých rovinách – byť zodpovedný k sebe samému, k okolitému svetu a samozrejme k tým, ktorí potrebujú našu pomoc – ku klientom. Celkom prirodzene sa týchto rovín dotýka každá činnosť v rámci sociálnej práce, ktorá je pomocou, podporou, službou a sprevádzaním. Preto si len veľmi ťažko vieme predstaviť túto činnosť s absenciou etických súvislostí (Dávideková, 2010).

Princípy dodržiavania ľudských práv a rešpektovanie dôstojnosti každej osoby bez rozdielu patria medzi zásadné požiadavky sociálnej práce. Takmer všetky etické kódexy sociálnej práce túto skutočnosť explicitne reflektujú (Mátel, 2012).

Základným východiskom etiky je jedinečnosť a dôstojnosť ľudského života. Pojem ľudskej dôstojnosti sa v období osvietenstva obohatil o morálnu hodnotu, spojenú s kvalitou konania, prežívania, kvalitou života. Otázky ľudskej dôstojnosti, čo dôstojného prístupu k človeku u späté s problémami postoja spoločnosti (Nemčeková, 2008).

Chrániť a rešpektovať základné ľudské práva a zachovávať ľudskú dôstojnosť patrí k etickým povinnostiam klinického sociálneho pracovníka.

Ľudská dôstojnosť je pojem veľmi široký a nedá sa stručne definovať. Môžeme však konštatovať, že sa realizuje v prístupe človeka k človeku, vyjadruje požiadavku zaobchádzania s človekom ako s človekom a nie ako s prostriedkom a rešpektuje jeho fyzické, psychické, sociálne a duchovné potreby (Sedlárová, 2012).

Ľudská dôstojnosť vychádza z ľudských práv, ktoré sú dôležitým znakom právneho štátu. Sú prejavom civilizácie, výrazom morálky a humanizmu. Ľudské práva sú teda súhrnom základných práv a slobôd,

ktoré sú priznané každej ľudskej bytosti. Sú založené na dvoch hodnotách – na *ľudskej dôstojnosti a rovnosti*. Z týchto hodnôt vyplývajú ďalšie hodnoty ako rešpekt, spravodlivosť, tolerancia a pod. Ľudské práva sú nezávislé na štáte a svoj výraz nachádzajú v deklaráciách, listinách a medzinárodných zmluvách, ako napríklad – *Všeobecná deklarácia ľudských práv, Charta OSN, Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach, Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach* a pod.

V posledných rokoch došlo k veľkej fragmentácii zdravotných a sociálnych služieb. Medzi jednotlivými službami a organizáciami, ku ktorým potrebujú pacienti prístup je len veľmi chabá komunikácia a previazanosť.

Problematika dôstojnosti je v klinickej sociálnej práci neustále prítomná a priblížiť túto problematiku v praxi klinického sociálneho pracovníka je náročná úloha. Dôstojnosť človeka vnímame ako východisko etických úvah a zároveň ako kľúčovú profesijnú etickú hodnotu sociálnej práce. Jej chápanie spájame s etickou požiadavkou rešpektu k ľudskej bytosti, k jeho integrite a nedotknuteľnosti a jedinečnej hodnote bez ohľadu na vek, pohlavie, rasu, vieru a pod. (Matulayová, 2011).

V čom spočíva vlastne ľudská dôstojnosť? Pokiaľ sa človeku dostáva dost' úcty, môže vnímať svoj život ako hodnotný a rastie jeho schopnosť poznávať svoju dôstojnosť a tiež zmysel svojho života. Úlohou klinického sociálneho pracovníka je rozpoznať najprv svoju vlastnú dôstojnosť, aby mohli rozpoznať dôstojnosť svojich pacientov. Aby sme rozpoznali svoju dôstojnosť, potrebujeme žiť vo vzťahoch s inými ľuďmi, a to vo vzťahoch úcty. Každý človek je jedinečný, je originál s jedinečným poslaním, a v tom spočíva i jeho dôstojnosť. A práve pre svoju jedinečnosť má právo na úctu druhých ľudí.

Prečo niektorí ľudia nevnímajú hodnotu svojho života, svoju dôstojnosť? Človek, ktorému do života vstúpi vážne ochorenie, prípadne nevyliciteľné ochorenie a nedospel behom svojho života k poznaniu, že je hodný úcty, pretože je jedinečný, stráca obvykle ochorením kvalitu svojho života, ktorú pokladal za hodnotu svojho života – môže upadnúť do depresie, zúfalstva, beznádeje. Keď človek stavia hodnotu svojho života len na jeho kvalite, v okamihu krízy sa mu vytráca i pocit hodnoty a zmyslu života. Pre klinického sociálneho pracovníka to znamená, že potrebuje pomoc.

Ako môže klinický sociálny pracovník pomôcť pacientovi opäť nájsť alebo objaviť hodnotu svojho života? V prvom rade je dôležité pripomenúť, že pomôcť môže len ten, kto v pacientovi bez ohľadu na jeho sociálny, telesný, duševný alebo duchovný stav vidí ľudskú bytosť hodnú úcty a dokáže mu to dať najavo. Strata dôstojnosti sa často prejavuje agresivitou chorého, nezaujmom, nespoluprácou, uzatvorením sa do seba, a pod. Stratený pocit dôstojnosti môže klinický sociálny pracovník pomôcť opäť nájsť alebo znovuobjaviť, ale môže tiež pacientovu krízu prehĺbiť. Preto je dôležité vedieť, ako komunikovať a pracovať s pacientom v kríze i mimo krízy. Pomôcť nájsť pacientovi zmysel života môže chorému prispieť k prekonaniu krízy. Z vlastných skúseností vieme, že znovunájdenie dôstojnosti pacienta premieňa.

K prístupom, ktoré prispievajú k zachovávaniu ľudskej dôstojnosti patrí napríklad – rešpektovanie pacientovho priestoru a súkromia, poskytovanie individuálnej starostlivosti a podpory, dávanie najavo hodnoty pacienta, podporovanie a zachovávanie osobnej autonómie, poskytovanie útechy, povzbudzovanie k vlastnej voľbe a rozhodovaniu, identifikovanie individuálnych potrieb pacienta, zdvorilé reagovanie, zachovávanie zmyslu pre humor, atď.

Poňatie dôstojnosti môžeme zhrnúť do troch pojmov (Kalvach, 2004):

1) Úcta k sebe a k iným

Úcta k sebe samému a k iným úzko súvisí s dôstojnosťou a odráža naše hodnotenie ľudí. Úctou k sebe ukazujeme, nakoľko si ceníme seba a úctou k ostatným zase vyjadrujeme, akú hodnotu vidíme v nich. To, ako je s ľuďmi zaobchádzané sa odráža na ich vnímaní seba samých a na ich sebahodnotení a sebaúcte.

2) Autonómia

Uznanie a rešpektovanie práca určitého človeka na autonómii je ďalším spôsobom, ako mu prejaviť úctu. Autonómia je schopnosť riadiť, zvládať a ovplyvňovať spôsob každodenného života, a to podľa vlastných pravidiel a predstáv.

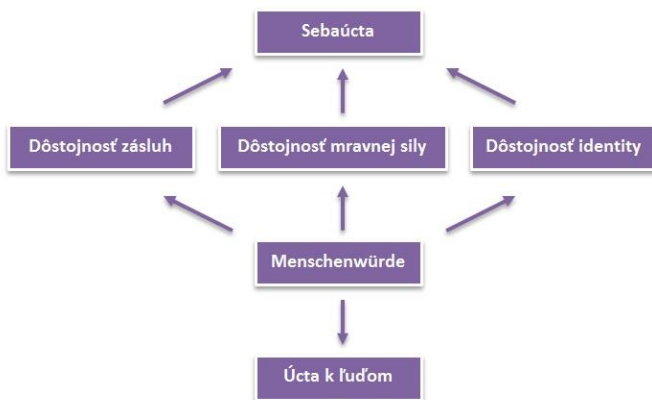
3) Participácia

Pre prežívanie pocitu dôstojnosti je veľmi dôležité nielen zapojenie sa do rozhodovania o vlastnom živote a starostlivosti, ale i nabitie pocitu zmysluplnosti a participácie v živote určitej komunity.

Dôstojnosť býva obyčajne spájaná s pojmami úcta, autonómia alebo ovládanie. Dôstojnosť je zložitá entita. Obvykle ju spájame s pojmami ako úcta, autonómia a ovládanie. V rámci štúdie „Dôstojnosť a starší Európania“, bol vypracovaný užitočný model (Kalvach, 2004):

- **Dôstojnosť zásluh** – dôstojnosť a spoločenský status sú ľuďom často pripisované v súvislosti s ich rolou či postavením v spoločnosti, teda za niečo, čo dosiahli
- **Dôstojnosť mravnej sily** – kladie dôraz na mravnú autonómiu či integritu toho ktorého človeka. Ľudia, ktorí sú schopní žiť v súlade so svojimi mravnými zásadami, pociťujú určitú dôstojnosť.
- **Dôstojnosť osobnej identity** – súvisí so sebaúctou a odráža osobnú identitu jednotlivca. Je najvýznamnejší v spojitosti so staršími osobami
- **Menschenwürde** – dáva opodstatnenie mravnej požiadavke úcty ku všetkým ľudským bytostiam, bez ohľadu na ich sociálnu, telesný, či duševný status

Obrázok: Dôstojnosť a starší Európania (Kalvach, 2004):



Zistenia z Európskeho výskumného projektu „Dôstojnosť a starší Európania“ hovoria o zachovávaní ľudskej dôstojnosti, obzvlášť napriek nepriaznivým okolnostiam, že patrí k základným ľudským hodnotám. Výsledky výskumu tiež hovoria o tom, že spoliehanie sa na technologické riešenie zdravotných problémov podryvá ľudskú starostlivosť a ľudské hodnoty. Fragmentácia zdravotnej a sociálnej starostlivosti, nedostatočnosť zdroja a úsporné prístupy vedú k odl'udšteniu

a zneuctliveniu personálu. Ľudská dôstojnosť, ale tiež dôstojnosť človeka je nie len predstavou a ideou o statuse človeka, jeho postojoch v daných organizáciách, ale je to najdôležitejšie právo človeka, ktoré úzko súvisí s právom človeka na jeho život.

5.2.1 Etické komisie

Etická komisia je skupina osôb s rozličnou odbornou kvalifikáciou, ako aj osôb bez odbornej kvalifikácie zriadená vymenovaním za účelom posúdenia a riešenia etických problémov, ktoré vznikajú v súvisi s praxou medicíny a poskytovaním zdravotnej starostlivosti a v súvisi s plánovaním a vykonávaním biomedicínskeho výskumu.

Štatút pôsobnosti etických komisií v zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike je stanovený zákonom (§ 5 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov).

Etické komisie majú v rôznych krajinách a v rôznych oblastiach svojej činnosti (prednostne oblasť biomedicínskeho výskumu vs. oblasť zdravotnej starostlivosti) odlišné legislatívne zabezpečenie, požiadavky na zloženie, spôsob práce, definovanie kompetencií, povinností a zodpovednosti. Napriek tomu možno považovať niektoré znaky, resp. riešenia za viac – menej všeobecne prijaté vo všetkých alebo väčšine krajín, ktoré sa riešením problematiky etických komisií už zaoberali (väčšina krajín Európy, USA, Japonsko, a mnohé ďalšie).

Medzi typy etických komisií patrí (Mojtová, 2010):

- a)** *Centrálna (národná) etická komisia* – zriadená pri Ministerstve zdravotníctva, parlamente, vláde, prezidentovi danej krajiny
- b)** *Regionálne etické komisie*
- c)** *Miestne (lokálne) etické komisie*
- d)** *Nezávislá etická komisia* – zriadená na komerčnej báze, pracuje pre potreby biomedicínskeho výskumu

Dôvody pre zriadenie a činnosť etických komisií v zdravotníckych zariadeniach zaujímavo formuloval prof. McCormik (1984):

- **Komplexnosť problémov v súčasnej medicíne a zdravotníckej starostlivosti** - zdravotnícki pracovníci, aj predstavitelia zdravotníckeho manažmentu a zdravotných poisťovní chcú, aby ich postupy boli „eticky akceptovateľné“ – zvyšuje sa ich záujem o odbornú pomoc pri rozhodovaní v nejasných alebo hraničných prípadoch.
- **Širšie možnosti výberu ohľadom alternatív postupu v danej situácii** - v úsilí o poznanie „najlepšieho záujmu pacienta“ neraz vystupuje do popredia viacero alternatív. Zodpovedné rozhodnutie medzi nimi nezriedka presahuje kapacitu jednotlivého zdravotníckeho pracovníka
- **Ochrana (zdravotníckych pracovníkov, pacientov a spoločnosti).**
- **Povaha rozhodnutí v lekárskej a ošetrovateľskej praxi.**
- **Zdôrazňovanie autonómie pacienta** - rozdielnosť názorov, až konflikt samotného pacienta alebo aj jeho rodinných príslušníkov – v kontraste s názorom ošetrojúceho lekára alebo aj rôznych členov ošetrojúceho zdravotníckeho tímu na „najvhodnejší“ postup diagnostiky alebo liečby v danom konkrétnom prípade nezriedka vyžaduje značnú dodatočnú mieru vzájomnej komunikácie a „dialógu“ všetkých zúčastnených strán.
- **Zvýrazňovanie ekonomických hľadísk** - otázky pridelovania nových, nedostatkových zdravotníckych prostriedkov boli jednou z prvých príčin „spontánneho“ vzniku etických komisií.
- **Rozdielne náboženské presvedčenie rôznych skupín obyvateľstva (náboženský pluralizmus)** - niektoré náboženstvá, v našich podmienkach rozličné cirkvi a náboženské spoločnosti, zastávajú veľmi konkrétne stanoviská vo vzťahu k najrôznejším etickým otázkam súčasnej medicíny a zdravotníctva. V niektorých prípadoch sa tieto stanoviská dostávajú do protikladu s medicínskym pohľadom, ktorý hľadá „najlepší záujem pacienta“ (napr. problém transfúzie krvi u Svedkov Jehovových). Etická komisia tu môže napomôcť pochopeniu, niekedy i vzájomnému dialógu a hľadaniu konsenzuálneho alebo kompromisného riešenia v prípade neraz veľmi protichodných stanovísk.

5.2.2 Biomedicínsky výskum

Biomedicínsky výskum sa najčastejšie definuje ako široká oblasť výskumu, ktorému sa priamo alebo nepriamo podrobujú (ktorého sa

zúčastňujú) ľudské osoby. Všíma si ľudský organizmus v zdraví a v chorobe a študuje široké spektrum faktorov, ktoré môžu vplývať na zdravie jednotlivca, spoločností a celej spoločnosti, ako aj spôsob, akým možno tieto činitele využiť na upevnenie a prinavrátenie zdravia, predchádzanie chorobám a invalidite, záchranu a predĺženie ľudského života, prípadne na zlepšenie jeho kvality v zdraví aj v chorobe.

Poznáme **viaceré typy biomedicínskych výskumov**, resp. výskumov s účasťou ľudských subjektov. Rozlišujú sa podľa rôznych faktorov, predkladáme krátky prehľad. **Podľa účelu použitia:** liečebný, preventívny, diagnostický, skrýingový, kvality života. **Podľa časového smerovania** klinické trialy delíme na: **retrospektívne** (od následku choroby meraného v prítomnosti, pozorujeme príčiny – prítomnosť/nepřítomnosť rizikového faktora v minulosti) a **prospektívne** (postupujú od meraných príčin v súčasnosti k sledovaniu následkov – choroby v budúcnosti). **Podľa dĺžky trvania:** **pilotná štúdia** – trvá krátko, napr. 1 deň, vhodná na zistenie prevalencie, **longitudálna štúdia** – trvá mesiace i roky, je vhodná na zistenie dynamiky incidencie, porovnáva výsledky v priebehu sledovania. **Podľa zakrývania skutočnosti:** **otvorené** – všetci pacienti bez rozdielu dostávajú rovnaký liek, **jednostranne slepé** (blinded) – pacient nevie, či dostane účinný liek alebo placebo (v kontrolnej skupine), **dvojito slepé** (double blinded) – pacient ani lekár nevie, kto dostáva účinný liek a kto placebo, **dvojito nemé** (double dummy) – pacientom aplikujú liek alebo placebo dvoma cestami (napr. per os a intravenózne), lekár ani pacient nevie o aký liek, ktorou cestou a u ktorého pacienta ide. **Podľa množstva zaradených centier:** **monocentrické** – výskum sa robí len v jednom centre, nemocnici a vyhodnocujú sa výsledky len od ich pacientov, **multicentrické** – zapojení sú pacienti z viacerých nemocníc, či oblastí. Výhodou je zabezpečená väčšia objektivita a validita výsledkov (Babel'ová, O., Bučková, E. In Kačmariková a kol., 2006).

Ciele klinických trialov môžeme zhrnúť do slova **STEP**, ktoré používajú v zahraničí. **S** (safety – bezpečnosť) – snaha o relatívnu bezpečnosť skúmaného liečiva a elimináciu jeho nežiaducich účinkov, **T** (tolerability – znášateľnosť) – terapeutická znášateľnosť lieku, **E** (efficacy – účinnosť) – dokázať určité prednosti skúmaného liečiva oproti iným, bežne používaným v praxi, **P** (price – cena) – cieľom je dosiahnuť účinný liek za výhodnú cenu. Klinický výskum nového liečiva nemôže začať bez súhlasu miestnej etickej komisie, ktorá musí byť prítomná pri každej fáze klinického skúšania. Začína najprv so zdravými dobrovoľníkmi a až potom s chorými ľuďmi, pacientmi. Lekári, sestry, výskumníci, vedci, resp. všetci zainteresovaní do výskumu musia rešpektovať a dodržiavať

etické princípy. Tieto sú zakotvené v Helsinskej deklarácii, ktorá hovorí o tom, že život človeka je najvyššou hodnotou a nikto (ani pacienti v kóme, psychiatrickí pacienti, pacienti v terminálnom štádiu choroby atď.) nemôže byť zneužitý na vedecké účely. Najbezbrannejší, bezmocní, najzraniteľnejší ľudia, t.j. vulnerabilné osoby si zaslúžia najväčšiu ochranu.

Zásadným etickým princípom umožňujúcim vykonávanie výskumu, ktorého sa zúčastňujú ľudské osoby, je „rešpektovanie ich ľudskej dôstojnosti“ (*princíp rešpektovania ľudskej osoby*). To znamená, že žiaden z ľudí zúčastnených na výskume, tzv. subjekt hodnotenia, tam nemôže byť proti svojej vôli. **Subjekt hodnotenia** je osoba, ktorá sa zúčastní klinického výskumu buď ako príjemca hodnoteného liečiva alebo ako účastník kontrolnej skupiny. Medzi subjekty hodnotenia patria **zdravé osoby** (v prvej línii) a tiež **pacienti, ktorí nereagujú na štandardnú liečbu** a trpia chorobou, na ktorú napr. farmaceutická firma vyvíja nové liečivo. Do výskumu by nemali byť zaradené tzv. **vulnerabilné (zraniteľné) osoby**, napr. tehotné ženy, zdravé deti, študenti medicíny, podriadení zamestnanci, vojaci, väzni, bezdomovci, utečenci, osoby nespôsobilé k právnym úkonom. V klinickom výskume je mimoriadne dôležitý **Informovaný súhlas**, ktorý je slobodným a dobrovoľným vyjadrením osoby/ účastníka výskumu za prítomnosti svedkov, že je náležite informovaná o všetkých doteraz dostupných informáciách o skúmanom liečive, o nežiaducich účinkoch a ďalších možných rizikách. Informovaný súhlas musí byť vlastnoručne podpísaný s uvedeným dátumom, kedy k podpísaniu tohto dokumentu došlo. Originál Informovaného súhlasu sa zakladá do dokumentácie, kópia sa odovzdáva ihneď po podpísaní pacientovi, resp. zdravému dobrovoľníkovi. Práve skúmanie Informovaných súhlasov patrí k základnej práci etických komisií, ktoré overujú, či neprišlo k porušeniu ľudských práv subjektu hodnotenia a či je skutočne daný človek dobrovoľne zaradený do výskumu. Neplnoletých by mal o výskume a jeho priebehu informovať pediater primerane ich veku a rozumu. Aj keď s účasťou svojho dieťaťa vo výskume súhlasia rodičia, resp. zákonní zástupcovia a svoje rozhodnutie potvrdia Informovaným súhlasom, nemali by byť z tohto procesu vynechané samotné deti. Tie by tiež mali dostať podobný Informovaný súhlas, avšak primeraný ich rozumovému chápaniu.

V stredoveku boli pokusy realizované predovšetkým na odsúdených osobách. Prvé hlbšie úvahy o medicínskom experimente na človeku nachádzame u Cl. Bernarda (1865) a kritické stanovisko k nezodpovedným postupom u pokrokového ruského lekára Veresajeva

(1902). Svoju históriu má taktiež tradícia obetavých lekárov, ktorí realizovali pokusy na sebe. Do nového svetla sa prípustnosť a podmienky pokusov dostali po otrasných poznatkoch neľudského experimentovania na väzňoch v koncentračných táboroch nacistickej Tretej ríše a Japonska (Štěpánek, 1989). Na základe týchto skúsenosti sa medicínsky experiment stal predmetom úpravy viacerých medzinárodných dokumentov a to predovšetkým s cieľom predísť neprimeranému zásahu do telesnej integrity osôb, ktoré sú účastníkmi pokusu a vymedziť podmienky a postup medicínskych pokusov na človeku. Prvou reakciou na zločiny spôsobené počas druhej svetovej vojny (neľudské experimentovanie na ľuďoch) bolo zostavenie desiatich základných princípov nevyhnutých pre „legálne“ a akceptovateľné experimentovanie na ľuďoch, ktoré v roku 1947 formuloval Medzinárodný vojenský tribunál v Norimbergu. Ďalším posunom k detailnejšej úprave medicínskeho experimentu (najmä v rovine etiky tejto činnosti) bola deklarácia Svetovej lekárskej asociácie, prijatá v roku 1964 v Helsinkách, ktorá sa v roku 1975 v Tokiu a v roku 1983 v Benátkach dočkala svojho doplnenia. Hoci zásady definované deklaráciou nemajú právnu záväznosť, ich uznanie ako „etického kódexu“ bolo zdôraznené aj tým, že ich prijala aj Svetová zdravotnícka organizácia (Mach, 2006, Vlček, Hrušešová, 2007).

Pre Slovenskú republiku je dôležitý Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny - Dohovor o ľudských právach a biomedicíne, ktorý bol v roku 1997 v Oviade otvorený na podpis pre členské štáty Rady Európy a členov Európskeho spoločenstva. K tomuto Dohovoru bol v roku 2005 v Štrasburgu prijatý Dodatokový protokol k Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne, týkajúci sa biomedicínskeho výskumu, ktorý v roku 2007 pre Slovenskú republiku nadobudol platnosť. Ten hovorí napr. o tom, že väzni nemôžu byť subjektmi hodnotenia, resp. nemôžu sa zúčastniť na klinických trialoch. Viacerí sa pýtajú prečo? Takisto prečo nemôžu byť zaradení do transplantačného programu, t.j. nemôžu darovať orgány. Odpoveď je jednoduchá – je to kvôli ich ochrane, aby nemohli byť systémom zneužívaní.

Uvedené štandardy a dokumenty sa často zameriavajú skôr na inštitucionálny a procedurálny aspekt posúdenia etickej akceptovateľnosti daného výskumného projektu. Zvyčajne podrobnejšie neriešia konkrétne, špecifické etické otázky spojené so samou podstatou výskumu.

Tabuľka: Významné medzinárodné dokumenty pre oblasť biomedicínskeho výskumu

Dokument	Organizácia, inštitúcia
Norimberský kódex (vypracovaný počas prípravy procesu s nacistickými vojnovými zločincami – lekármi)	Norimberský tribunál. Rok vydania 1947.
Ženevská deklarácia	WMA (Svetová asociácia lekárov) . Rok vydania - 1948
Medzinárodný kódex lekárskej etiky	WMA. Rok vydania - 1949.
Helsinská deklarácia: Etické princípy výskumu s účasťou ľudských subjektov.	WMA. Rok vydania – 1964.
Medzinárodné etické smernice pre biomedicínsky výskum s účasťou ľudských subjektov.	CIOMS (Rada medzinárodných organizácií medicínskych vied), WHO (Svetová zdravotnícka organizácia). Rok vydania – 1993.
Smernice pre správnu klinickú prax pre skúšanie farmaceutických produktov.	WHO. Rok vydania – 1995.
Smernice a odporúčania pre európske etické komisie.	EFGCP (Európske fórum pre klinickú prax). Rok poslednej revízie 1997.
Praktické smernice pre etické komisie, ktoré posudzujú biomedicínsky výskum.	WHO. Rok vydania 2000.
Všeobecná deklarácia o ľudskom genóme a ľudských právach	UNESCO. Rok vydania 1997.
Deklarácia o ľudských genetických údajoch	UNESCO. Rok vydania 2003.
Deklarácia o zákaze klonovania človeka	UNO (organizácia spojených národov). Rok vzniku 2005.
Všeobecná deklarácia o bioetike a ľudských právach	UNESCO. Rok vydania 2005.

Medzi najvýznamnejšie nástroje medzinárodného práva zasahujúce predovšetkým do oblasti biomedicínskeho výskumu v Európe

patria v súčasnosti: dokumenty pripravené na pôde Rady Európy, právne dokumenty platné v rámci Európskej únie, najmä smernice č. 2000/20/EC a 2005/28/EC, venované problematike klinického skúšania liečiv a správnej klinickej praxe.

Snaha o reformu a humanizáciu zdravotníckej a ošetrovateľskej starostlivosti sa v našej krajine naplno prejavila po revolúcii v roku 1989. Štyridsať rokov socialistického systému hlboko poznačil náš zdravotnícky systém ako taký (nielen poskytovanie zdravotnej služby, ale aj vzdelávanie pomáhajúcich profesií). Úsilie o decentralizáciu bolo citelné, menila sa zdravotná legislatíva. Otvárala sa diskusia na tabuizované témy, medzi ktoré nepochybne patrili zrod života, problematika potratov, zomierania, eutanázie, biomedicínskeho výskumu atď. Začal sa klásť dôraz na etické princípy, na človeka – pacienta ako individuum, jeho potreby a zachovanie ľudskej dôstojnosti. Menila sa aj rola lekárov a sestier. Paternalizmus, ktorý bol vo vzťahoch zdravotník – pacient hlboko zakorenený sa začal postupne meniť na partnerský vzťah. Zdravotníci mali možnosť legálne si uplatniť tzv. výhradu svedomia bez obavy o svoje miesto (napr. gynekológ, či sestra odmietli asistovať pri potratoch). V roku 1990 vznikla Centrálna etická komisia na Ministerstve zdravotníctva, ktorej prvým predsedom bol PhDr. Jozef Matulník. Pacienti sa začali viac zaujímať o svoje práva.

V roku 1996 bol v SR založený medzinárodný bilingválny časopis *Medicínska etika a bioetika / Medical Ethics and Bioethics*, ktorý vychádzal štvrťročne a prinášal nové informácie o etických problémoch a dilemách v pomáhajúcich profesiách.

5.3 Práva pacientov

Úprava práv pacienta sa nachádza v rôznych právnych predpisov. Základným právom pacienta je právo na to, aby mu bola poskytnutá zdravotná starostlivosť „lege artis“. Ďalej tu spadá právo na voľbu zdravotnej poisťovne, voľbu zdravotníckeho zariadenia i voľbu lekára.

Práva pacientov sa odvíjajú od **Všeobecnej deklarácie ľudských práv**, prijatej 10.12.1948 na Valnom zhromaždení OSN. Ako hovorí Mojtovej (2010) jej základ tvoria stáročné ľudske skúsenosti, zovšeobecnené príčiny mnohorakých foriem ľudskeho utrpenia a nedôstojného postoja k ľudskej bytosti.

V roku 1981 v Lisabone bola prijatá **Lisabonská deklarácia**, ktorá sa týka práv pacientov vo všeobecnosti.

V súvislosti s právami pacienta môžeme hovoriť o rozdelení práv na sociálne a individuálne na základe deklarácie WHO tzv. Amsterdamskej deklarácie o presadzovaní práv pacientov v Európe:

- **Sociálne práva** sa týkajú záväzkov spoločnosti, ktorá ich na seba vzala a zaisťuje, aby mohla byť všetkým občanom poskytnutá primeraná zdravotná starostlivosť (Doležal, Doležal, 2007).
- **Individuálne práva** sú priamo vymáhateľné v záujme konkrétneho pacienta. Tieto práva zahrňujú také oblasti, ako je integrita, nedotknuteľnosť, súkromie a náboženské presvedčenie každého jednotlivca (Kutnohorská, 2007).

Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti ľudskej bytosti spresňuje základné práva pre zdravotníctvo. Dohovor deklaruje prednosť blaha človeka pred záujmami vedy a spoločnosti, žiada dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre všetkých na základe rovnosti, požaduje informovaný súhlas pacienta, čiže právo na informácie a zároveň na ich ochranu. Dohovor prináša zákaz diskriminácie na základe genetickej výbavy jednotlivca ako aj obmedzenie génovej manipulácie na preventívne, terapeutické a diagnostické účely. Súčasťou Dohovoru je aj Dodatokový protokol o zákaze klonovania ľudskej bytosti a tiež Dodatokový protokol o transplantáciách orgánov a tkanív ľudského pôvodu. Text tretieho dodatkového protokolu je len vo forme návrhu (Křepelka, 2004).

Na medzinárodnej platforme nemožno opomenúť úlohu **Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO)**, ktorá už od svojho vzniku v roku 1948 podporuje zdravotníctvo, realizuje programy na odstránenie alebo zmiernenie niektorých ochorení a snaží sa o celkové zlepšenie kvality života. Hlavným cieľom WHO je rozvoj podpory zdravia a ľudských práv súvisiacich so zdravím. Slovensko je zapojené do mnohých aktivít WHO.

Ministerstvo zdravotníctva SR je gestorom **Výboru pre zdravie (Health Committee)**, v rámci ktorého sa do uvedených projektov aktívne zapája prispievaním údajov do databázy **OECD**. Výstupom tejto činnosti je neustála harmonizácia zbieraných zdravotníckych údajov a ukazovateľov kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti, s možnosťou ich analýz a porovnávaní v národnom aj v medzinárodnom meradle. Spolupráca s OECD je hodnotená ako pozitívna a prínosná.

V občianskych demokratických spoločnostiach sú ľudské práva a slobody vysoko oceňované. Príslušníci vyspelých demokratických spoločností majú zodpovednosť za svoj život a právom si prajú, aby mali

dostatok informácií i v dobe svojho ochorenia, aby im v nepriaznivej situácii nebolo odoprené právo spolupracovať so zdravotníkmi a rozhodovať o sebe a o svojom živote a poslaní (Kořenek, 2002).

Jednotlivé práva pacientov v zdravotnej starostlivosti sa zakladajú na práve človeka na ľudskú dôstojnosť, na sebaurčenie a na autonómiu. Právo na zdravotnú starostlivosť sa definuje ako právo na využívanie výhod zdravotníckeho systému a zdravotníckych služieb, ktoré sú v štáte dostupné. Každý má mať právo na prístup k takému štandardu zdravotnej starostlivosti, ktorý je v súlade s právnymi predpismi platnými v Slovenskej republike a so súčasným stavom lekárskej vedy. Pri uplatňovaní práv možno pacientov podrobiť iba takým obmedzeniam, ktoré sú v súlade s Deklaráciou ľudských práv. Právo na zodpovedajúcu kvalitu zdravotnej starostlivosti znamená, že práca zdravotníckych pracovníkov musí byť na vysokej profesionálnej úrovni. Cieľom zdravotníckej legislatívy je zaručiť, aby právne predpisy odrážali uvedené princípy.

Na Slovensku vznikali a vznikajú rôzne záujmové hnutia, skupiny či organizácie v súvislosti s pacientmi, medzi ktoré patrí napríklad:

- **Zväz pacientov SR** - bol založený v roku 2000 a stal sa členom Medzinárodnej aliancie patientskych organizácií. Neskôr začal spolupracovať s českým Svazem pacientů. Účelom tohto zväzu bola ochrana práv pacientov. Na začiatku bol zväz aktívny, avšak od roku 2003 je jeho činnosť minimálna.
- **Asociácia na ochranu práv pacientov SR** - vznikla v polovici roka 2003.

Cieľom AOPP bolo vyplnenie prázdneho priestoru, ktorý zanechal Zväz pacientov SR a okrem poradenskej činnosti a obhajobe práv pacienta mali za cieľ aj vykonávanie hodnotení a porovnávaní kvality poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zastupovanie občanov v sťažnostiach na poskytovanú zdravotnú starostlivosť. Do určitej miery AOPP v druhej polovici roku 2003 a v roku 2004 vykonávala niektoré činnosti smerujúce k ochrane práv pacientov, ktoré následne od roku 2005 má v kompetencii Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Asociácia na ochranu práv pacientov pôsobí v zdravotníctve doteraz a zameriava sa primárne na informovanosť o právach pacientov a je ju možné považovať za jedinú organizáciu zastupujúcu všetkých pacientov, bez ohľadu na ich diagnózu (Asociácia na ochranu práv pacientov).

- **K ďalším patientskym organizáciám patrí:** Asociácia diabetikov Slovenska, Asociácia Marfanovho syndrómu, Inštitút pre rovnosť

príležitostí, Kardioklub SK, Klub pacientov Slovenskej myelómovej spoločnosti, Liga proti obezite, Liga proti rakovine SR, Liga za duševné zdravie, Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR, Občianske združenie Priatelia slaných detí, Občianske združenie Šanca pre pečeň, Slovenská liga celiakov (SLC), Slovenský zväz zdravotne postihnutých, SOS Leukémia, Spoločnosť dialyzovaných a transplantovaných, Spoločnosť Downovho syndrómu SR, Spoločnosť Parkinson Slovensko atď.

Pacient má právo na (Kutnohorská, 2007):

- rovnocennú, dôstojnú a optimálnu zdravotnú starostlivosť a liečenie,
- úctu a dôstojnosť v zázemí,
- citlivú a úplnú informáciu o chorobe,
- mlčanlivosť ošetrojúceho personálu o pacientovom zdravotnom stave,
- súhlas k spôsobom diagnostiky a liečby,
- súhlas pri zaradení do klinickej štúdie alebo výukovej demonštrácii,
- odmietnutie liečby a možnosť konzultácie iného lekára alebo zdravotného zariadenia,
- sociálnu starostlivosť a podporu danú zákonom,
- možnosť návratu do pôvodného zamestnania.

Pacient má povinnosť udeliť súhlas k liečbe a tento súhlas dodržiavať, dbať na odporúčanú životosprávu, zoznámiť sa s prevádzkovým poriadkom zdravotníckeho zariadenia a dodržiavať ho.

Súhlasíme s autorom Kořenkom (2002) s tým, že je naozaj potrebné, aby sa práva pacientov stali obecné známe i v našej spoločnosti. Vytvorí sa tak zmysluplná rovnováha medzi pacientom a lekárom. Keď bude pacient poznať svoje práva, nebude sa cítiť ako manipulovateľný objekt lekárskej vedy a zdravotníckej starostlivosti, ale ako hodnotný partner vo vzťahu pacient – lekár. I s týmto vedomím a istotou môže chorý ľahšie prijímať a znášať ťažkosti diagnostického a liečebného úsilia lekárov a ostatných zdravotníckych a sociálnych pracovníkov.

5.3.1 Informovaný súhlas

Niektorým zdravotníkom, žiaľ, dodnes nič nehovorí slovné spojenie „Informovaný súhlas“ (Informed consent). Nie je to tá mylné označená pečiatka, ktorú Vám sestra dá do zdravotnej karty s poznámkou: „tu mi to podpíšte, že ste informovaný.“ Informovaný súhlas má svoje náležitosti: dáva ho *mentálne kompetentná (svojprávná) osoba, slobodne a dobrovoľne, preukázateľným spôsobom, najčastejšie písomne. Za nesvojprávne osoby (deti, duševne chorých) informovaný súhlas dáva zákonný zástupca, u detí spravidla rodičia.*

Informovaný súhlas je proces, pri ktorom *lekár oboznámi pacienta so všetkými relevantnými informáciami o navrhovanom zákroku alebo procedúre s cieľom získať od pacienta súhlas na vykonanie predmetného ošetrovania.* Informovaný súhlas pozostáva z dvoch základných štádií:

1. poskytnutia informácie,
2. súhlasu, v zmysle ktorých má byť pacient oboznámený so všetkými dostupnými informáciami, ktoré potrebuje k vydaniu súhlasu na procedúru alebo zákrok. Informovaným súhlasom treba rozumieť aj odmietnutie plánovaného ošetrovania alebo zákroku (Mojtová, 2010).

5.3.2 Vybraná časť výskumu zameraná na etické aspekty práce v zdravotníckom zariadení – pacient verzus zdravotník

K uskutočneniu nášho výskumu nás najviac motivovala skutočnosť, že ľudské práva a práva pacientov ako aj zachovávanie ľudskej dôstojnosti, plnia veľmi dôležitú úlohu v živote človeka. Mnohí pacienti v súčasnosti nie sú dostatočne informovaní o svojich právach a povinnostiach.

Druhým dôvodom k realizácii výskumu bola identifikácia a následná komparácia pohľadov na vzťah pacient verzus zdravotnícky pracovník. Na jednej strane z pohľadu pacientov a na strane druhej z pohľadu zdravotníckych pracovníkov.

Výskumné ciele

Hlavným cieľom nášho výskumu bola komparácia pohľadov vnímania vzájomného vzťahu pacient verzus zdravotník a identifikácia role sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení.

Čiastkové ciele:

- C1 - Identifikácia vzájomného vzťahu pacient verzus zdravotník
- C2 - Identifikácia informovanosti pacientov o svojich právach z pohľadu samotných pacientov a zdravotníkov
- C3 - Identifikácia významu role a uplatňovanie sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení

Výberový súbor

Výskum bol uskutočnený v roku 2011/2012. Prvý výberový súbor tvorilo 100 respondentov. Boli to pacienti Fakultnej nemocnice v Nitre a boli rôznej vekovej kategórie. Respondenti boli vybraní príležitostným výberom. Druhý výberový súbor tvorilo 100 respondentov. Boli to lekári a iní zdravotnícki pracovníci zo štyroch kliník (Psychiatrickej, Neurologickej, Gynekologicko-pôrodnickej a Kliniky úrazovej chirurgie a ortopedie) Fakultnej nemocnice v Nitre a boli rôznej vekovej kategórie. Respondenti boli vybraní taktiež príležitostným výberom.

Metódy

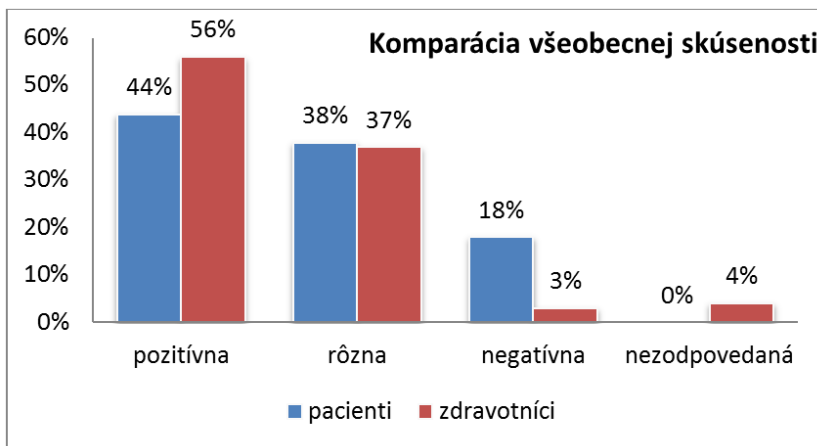
Hlavnou výskumnou metódou boli dva anonymné dotazníky. Prvý dotazník bol predložený pacientom Fakultnej nemocnice Nitra a slúžil na identifikáciu vnímania vzťahu pacient verzus zdravotník. V rámci tohto dotazníka sme sa snažili identifikovať aj mieru informovanosti pacientov o svojich právach, a snažili sme sa aj o identifikáciu reálneho kontaktu pacientov so sociálnym pracovníkom v zdravotníckom zariadení. Druhý dotazník bol predložený zdravotníckemu personálu Fakultnej nemocnice v Nitre a slúžil na identifikáciu vnímania vzťahu pacient verzus zdravotník, identifikáciu miery informovanosti pacientov o svojich právach z pohľadu zdravotníckeho personálu a identifikáciu role a uplatňovanie sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení. Druhou metódou, ktorú sme použili, bola komparácia. Treťou metódou bola klasifikačná analýza. Štvrtou použitou metódou bol Chí-kvadrát - test nezávislosti.

Pre rozsiahlosť výskumnej časti uvádzame len vybranú komparáciu výsledkov.

„Komparácia všeobecnej skúsenosti“ nám ukázala pomerne rovnaký pomer odpovedí na vnímanie všeobecnej skúsenosti vo vzťahu pacient - zdravotník. Pozitívnu skúsenosť s prístupom zdravotníkov má 44% pacientov a s prístupom pacientov 56% zdravotníkov. Rôznu

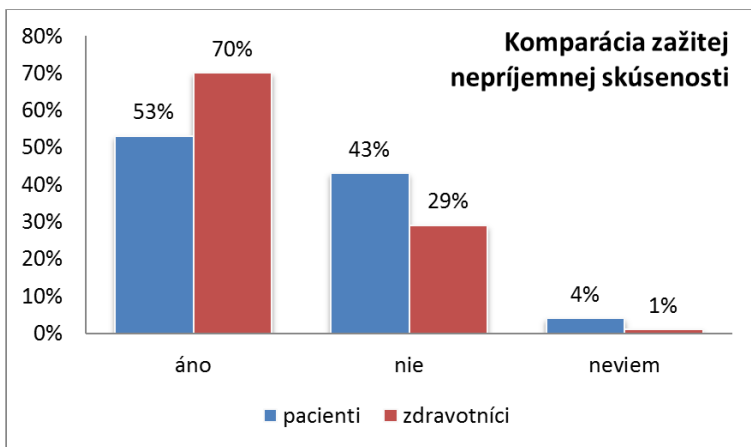
skúsenosť s prístupom zdravotníkov má 38% pacientov, a s prístupom pacientov má túto skúsenosť 37% zdravotníkov. Ako negatívnu vníma všeobecnú skúsenosť 18% pacientov a 3% zdravotníkov. Túto položku nám nezodpovedalo 4% respondentov/respondentiek zdravotníkov.

Graf: Komparácia všeobecnej skúsenosti



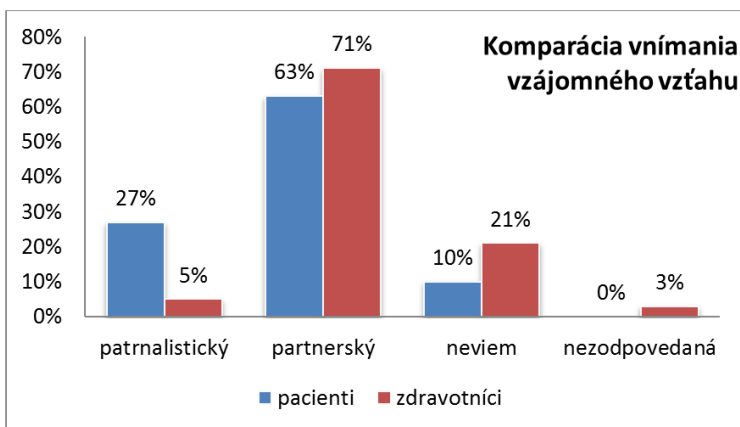
„Komparácia zažitej nepríjemnej skúsenosti“ nám ukázala, že viac nepríjemných skúseností majú zdravotníci s pacientmi ako pacienti so zdravotníkmi. Nepríjemnú skúsenosť s pacientom malo 70% zdravotníkov a nepríjemnú skúsenosť so zdravotníkmi malo už 53% pacientov. Nepríjemnú skúsenosť so zdravotníkmi nemalo až 43% pacientov a 29% zdravotníkov uvádza, že nemali nepríjemnú skúsenosť s pacientmi. Možnosť „neviem“ uviedli 4% pacientov a 1% zdravotníkov.

Graf: Komparácia zažitej nepríjemnej skúsenosti



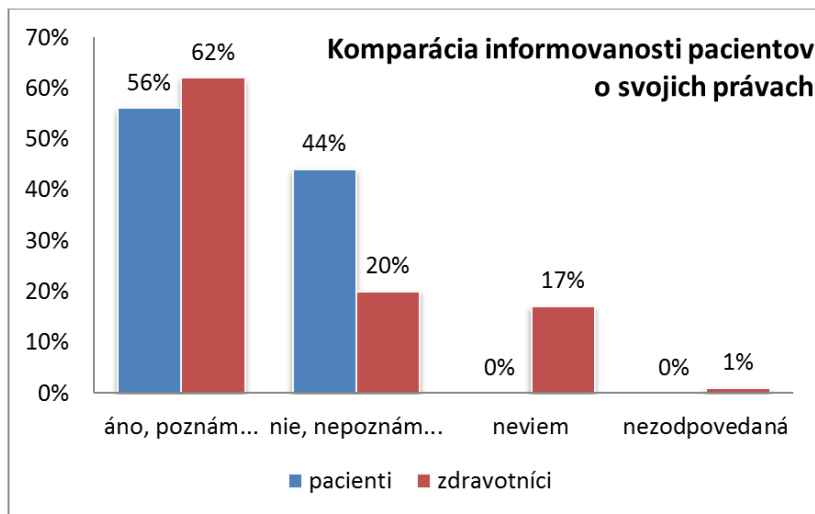
„Komparácia vnímania vzájomného vzťahu“ resp. prístupu zdravotníckeho personálu k pacientom ukázal nasledovné: 27% pacientov vníma vzťah so svojim lekárom skôr ako autoritatívny, prísny (paternalistický). V porovnaní s tým, sa len 5% zdravotníkov vyjadrilo, že preferujú skôr paternalistický vzťah s pacientmi. Za priateľský (partnerský) považuje vzťah so zdravotníkom až 63% pacientov a 71% zdravotníkov sa vyjadrilo, že preferujú skôr partnerský prístup a vzťah so svojimi pacientmi. Možnosťou „neviem“ sa vyjadrilo 10% pacientov a 21% zdravotníkov. Túto položku nám nezodpovedali 3% zdravotníkov.

Graf: Komparácia vnímania vzájomného vzťahu



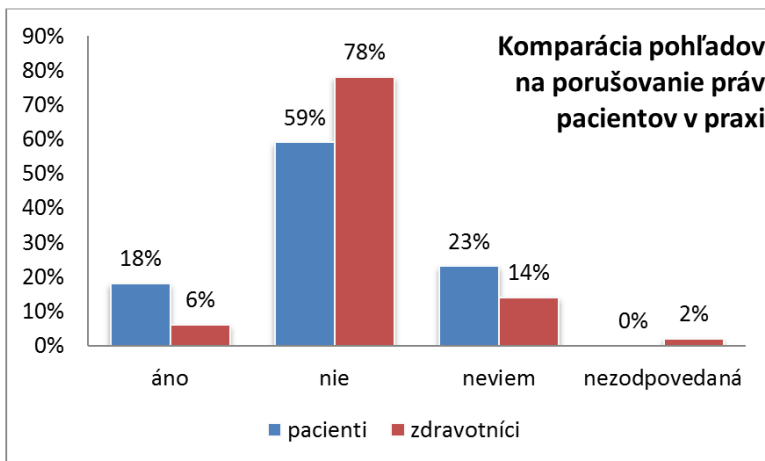
Výsledky „Komparácie informovanosti pacientov o svojich právach“ nám ukázali, že 56% pacientov pozná svoje práva, 62% zdravotníkov si myslí, že pacienti sú dostatočne informovaní o svojich právach. Svoje práva nepozná 44% pacientov a 20% zdravotníkov uviedlo, že pacienti nie sú dostatočne informovaní o svojich právach, 17% zdravotníkov sa vyjadrilo možnosťou neviem a 1% zdravotníkov nám nezodpovedalo túto položku.

Graf: Komparácia informovanosti pacientov o svojich právach



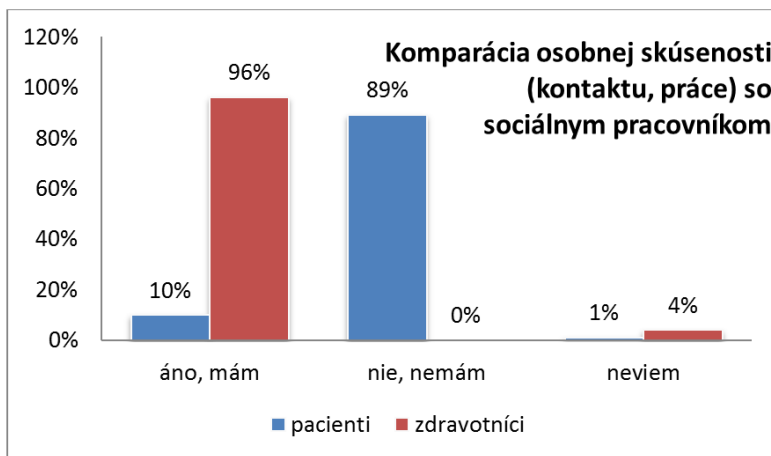
„Komparácia výsledkov pohľadov na porušovanie práv pacientov“ ukázala, že v praxi dochádza k porušovaniu práv pacientov podľa 18% pacientov a 6% zdravotníkov, 59% pacientov a 78% zdravotníkov uvádza, že podľa nich v praxi nedochádza k porušovaniu práv pacientov zdravotníkmi, 23% pacientov a 14% zdravotníkov nevedia či dochádza alebo nedochádza k porušovaniu práv pacientov a 2% zdravotníkov nám danú položku nezodpovedalo.

Graf: Komparácia pohľadov na porušovanie práv pacientov v praxi



Výsledky „komparácie osobnej skúsenosti so sociálnym pracovníkom“ ukázali kontrastné rozdiely. Len 10% pacientov a až 96% zdravotníkov uvádza, že má osobnú skúsenosť so spoluprácou so sociálnym pracovníkom. Osobnú skúsenosť so sociálnym pracovníkom nemá 89% pacientov, 1% pacientov a 4% respondentov odpovedalo možnosťou neviem.

Graf: Komparácia osobnej skúsenosti (kontaktu, práce) so sociálnym pracovníkom



Z vybraných výsledkov získaných nami uskutočneného výskumu si dovoľujeme tvrdiť, že problémy, ktoré v súčasnosti súvisia s ľudskými právami a právami pacientov, respektíve, tým že ich pacienti nepoznajú, zohrávajú následne v živote ľudí (pacientov) veľmi dôležitú úlohu. Preto je nesmierne dôležité, aby pacienti poznali, aké majú svoje práva a povinnosti, aby vedeli v prípade nejasností ako sa k týmto právam dostať. Výskum ukázal, že takmer polovica pacientov nepozná svoje práva. Veľmi dôležité je aj to, aby nebolo siahnuté žiadnym spôsobom na práva, ktoré pacientom prináležia, aby boli uplatňované a hlavne bola rešpektovaná ľudská dôstojnosť. V praxi však k porušovaniu týchto práv ako ukázal náš výskum stále dochádza, aj keď porušovanie práv uvádza len necelá štvrtina pacientov a aj zdravotníkov, tieto čísla by sme napriek tomu nemali ignorovať. Pozitívnym výsledkom pre nás bol fakt, že dochádza k zmene paternalistického prístupu, vo vzťahu pacient - zdravotník na partnerstvo.

V neposlednom rade je veľmi dôležitý aj trojuholník vzťahov pacient - sociálny pracovník - zdravotnícky pracovník. Je dôležitá prepojenosť týchto vzťahov a spolupráca všetkých troch subjektov vzťahu. Náš výskum ukázal, že v praxi tento vzťah nefunguje tak ideálne ako by mal. Až 89% pacientov uvádza, že nemá osobnú skúsenosť so sociálnym pracovníkom v zdravotníckom zariadení. Napriek tomu pozitívny výsledok pre nás je ten, že 96% zdravotníkov má osobnú skúsenosť so sociálnym pracovníkom. Rola pacienta, rola sociálneho pracovníka, ako aj rola lekára resp. zdravotného pracovníka, v sebe zahŕňa práva a povinnosti. Je dôležité tieto práva a povinnosti poznať, rešpektovať a uplatňovať ich. V tomto trojuholníku vzťahov je dôležitý aj profesionálny prístup zdravotníckych a sociálnych pracovníkov po odbornej, ale aj ľudskej stránke. Pracovníci by nemali zabúdať na dodržiavanie ľudskej dôstojnosti pacientov, ako aj na uplatňovanie ich práv. V tomto vzťahu by nemala chýbať ľudskosť, empatia, porozumenie, tolerancia, aktívne počúvanie zodpovednosť, vedomosti, komunikatívne zručnosti, prax a v neposlednom rade veľké srdce. Toto všetko sa odráža aj vo vnímaní samotného vzťahu pacient - zdravotník pacientmi a zdravotníkmi navzájom. Z výskumu tiež vyplýva, že pacienti aj zdravotníci majú vo všeobecnosti skôr pozitívnu všeobecnú skúsenosť. Pacienti so zdravotníkmi v 44% a zdravotníci s pacientmi 56%. Zažitú nepríjemnú skúsenosť so zdravotníkmi uvádza až 53% pacientov a nepríjemnú skúsenosť s pacientmi až 70% zdravotníkov. Pacienti ako najčastejšie dôvody uvádzajú neodborný prístup zdravotníkov, neochota, neúplné podanie informácií o zdravotnom stave, zle stanovená diagnóza, drzé a arogantné správanie. Zdravotnícki pracovníci ako najčastejšie

nepríjemné skúsenosti s pacientmi uvádzajú dôvody ako agresivita pacientov, nerešpektovanie nastavenej liečby, egoizmus zo strany pacientov, arogancia a drzosť.

Na záver by sme chceli dodať, že pacienti budú vždy, ako tu bude vždy aj potreba zdravotníkov a klinických sociálnych pracovníkov. Preto je nesmierne dôležité, aby bol vzťah, ktorý sa vybuduje medzi pacientom, zdravotníkom a klinickým sociálnym pracovníkom príjemný pre všetky strany, aby vedeli medzi sebou navzájom komunikovať a rešpektovať sa. S tým súvisí i dodržiavanie a uplatňovanie práv pacientov ako aj dodržiavanie ľudskej dôstojnosti. Vznik a následný rozvoj sociálnej práce, vytvoril aj v zdravotníckom prostredí vhodnú „pôdu“ pre pôsobnosť klinických sociálnych pracovníkov. Vzhľadom k tomu, že sociálna práca v zdravotníctve sa ešte len formuje, je potrebné ju podporovať a neustále rozvíjať a to skvalitní aj samotný súčasný skôr prakticky nefungujúci ako fungujúci vzájomný trojuholník vzťahov pacient – klinický sociálny pracovník – zdravotnícky pracovník.

Odporúčania pre prax vyplývajúce z výsledkov výskumu

Odporúčame zlepšenie informovanosti o právach a povinnostiach pacientov v zdravotníckych zariadeniach rôznymi formami. Ústnou formou prostredníctvom lepšej a intenzívnejšej komunikácie lekárov, sestier a klinických sociálnych pracovníkov s pacientmi a neustále oboznamovanie ich s týmito právami. Poskytnutie odporúčaní, kde môžu tieto páva nájsť (knihy, zákony, online - www.stránky a podobne). Ako aj tlačenu formou poskytovaním brožúr, letákov, písomného materiálu či už v ambulanciách ako takých, alebo voľne dostupných v čakárňach, na nástenkách a podobne. Robiť väčšiu osvetu formou médií, reklám (krátkych spotov) s obsahovým zameraním na propagovanie práv pacientov. Taktiež dávať do povedomia verejnosti rôzne internetové blogy, online - poradne pod vedením odborníkov z praxe.

Ďalšie odporúčanie sa viaže na dobré fungovanie trojuholníkového vzťahu pacient – klinický sociálny pracovník - zdravotník. K tomu, aby fungoval je potrebná tímová spolupráca, otvorená a priama komunikácia, vzájomný rešpekt. Je potrebné, aby zdravotníci zapájali sociálnych pracovníkov do vzťahu pacient - klinický sociálny pracovník - zdravotník ako takého, aby informovali pacientov o kontakte a možnosti práce s klinickým sociálnym pracovníkom v praxi a to nielen v zdravotníckom zariadení, ale aj mimo neho. Je potrebné zvýšiť počet sociálnych pracovníkov pracujúcich v zdravotníckych zariadeniach.

Tretím odporúčaním je väčšia prepojenosť sociálnej práce a zdravotníctva. Je potrebné reálne podporovať prácu sociálnych pracovníkov v zdravotníctve, nakoľko je tu ich miesto opodstatnené. Aj z výsledkov nášho výskumu, ale aj vychádzajúc z literatúry, ďalších výskumov a praxe, považujeme za jednu z možností realizovanie spoločných seminárov alebo školení pre zdravotníckych a klinických sociálnych pracovníkov, kde by sa rola, úlohy a kompetencie klinických sociálnych pracovníkov podrobne definovali. Poukazovalo by sa na výhody spolupráce týchto dvoch sektorov, kladol by sa dôraz na tímovú spoluprácu, na metódy práce s pacientmi. Zároveň by obsah prednášok alebo seminárov mohol pozostávať aj z upevňovania kvalifikačných a osobnostných predpokladov ako zdravotníckych tak aj klinických sociálnych pracovníkov, čo by mohlo dopomôcť k lepšiemu budovaniu vzťahov s pacientmi, ale aj vzťahov trojuholníka pacient - klinický sociálny pracovník - zdravotník. A v neposlednom rade náplňou seminárov a prednášok môže byť aj psychohygiena zdravotníckych a klinických sociálnych pracovníkov, čo by mohlo slúžiť i ako prevencia pred syndrómom vyhorenia, čo sa v konečnom dôsledku môže odraziť taktiež na zlepšení vzťahov už spomínaného trojuholníka a s tým samozrejme súvisí aj realizovanie supervízie.

5.4 Základné etické princípy klinickej sociálnej práce

Etika obsahuje etické princípy a hodnoty, ako napr. solidarita a vedomie spolunáležitosti s druhými, morálka potom obsahuje pravidlá, ktoré pracovník pri práci s klientom dodržiava.

Nemožno opomenúť, že jedným z podstatných atribútov ktorým sa klinická sociálna práca odlišuje od iných profesií je definovanie jej cieľa, predmetu a jej samotný výkon sú úzko previazané s etickými hodnotami (autonómnosť človeka, sebarealizácia, dosahovanie dobra a blaha človeka a pod.)

Klinický sociálny pracovník musí vykonávať svoju prácu v súlade s etickými princípmi. Etické povinnosti sa vzťahujú na všetky role, ktoré klinický sociálny pracovník plní. Pri každodennom vykonávaní práce v praxi sa klinickí sociálni pracovníci stretávajú s etickými problémami a dilemami a musia tak robiť rozhodnutia. Povahy etického rozhodovania a posudzovania v profesionálnej praxi je náročná na zachovanie sa v konkrétnych situáciách v práci s pacientom. Jeden z pohľadov na povahu etických rozhodnutí zapadajúcich do všeobecného kontextu práce klinických sociálnych pracovníkov formuluje Banks (2006):

- a) Etické úsudky o *blaho ľudí* – napríklad dôraz na ľudské šťastie či uspokojovanie potrieb. Čo je považované za ľudskú potrebu je relatívne v závislosti od danej spoločnosti alebo systému hodnôt a mení sa priebehu času. To nevyhnutne neznamená, že neexistujú žiadne univerzálne hodnoty, ale to, ako sú realizované sa môže líšiť v závislosti od času, miesta a okolností.
- b) Etické posudzovanie ovplyvňuje *skutky* - ak klinický sociálny pracovník urobí morálneho rozhodnutie, že napríklad žena trpiaca zmätenosťou by nemala byť umiestnená do nemocnice proti jej vôli, potom by mal byť pripravený konať na základe toho, čo by malo zahŕňať vytvorenie plánov, aby mohla zostať doma a pripraviť si argumentáciu pre jej rodinu, susedov a kolegov z praxe.
- c) Etické rozhodnutia v jednotlivých prípadoch zohľadňujú aj *kontext situácie* - vrátane konkrétnych vzťahov a zodpovednosti zainteresovaných osôb.
- d) Etické posudzovanie by malo vykazovať *konzistentnosť* – a to s predchádzajúcimi a budúcimi rozhodnutiami v tom zmysle, že by sa malo vzťahovať aj na iných ľudí v podobných situáciách.
- e) Má zmysel žiadať od ľudí, aby *odôvodňovali* svoje etické rozhodnutia a môžu tak robiť s ohľadom na niektoré všeobecné zásady v ich systéme etiky alebo na určité vzťahy a zodpovednosti.

Rest (In Rest, Narváez, 1994) identifikuje štyri súčasti morálneho (etického) správania. Autor uprednostňuje termín „morálny“ pred termínom „etický“.

1. **Morálna citlivosť** - vedomie o tom, ako naše činnosti ovplyvňujú ostatných. Jedna z najvýznamnejších morálnych kvalít profesionálnych pracovníkov je empatia a schopnosť vnímať situáciu ako dôležitú z pohľadu morálky. Tu môžeme nájsť spojenie s tým, čo Blum (1994, s. 30-61) volá morálne vnímanie, čo zahŕňa použitie schopnosti empatie (predpoklad vyvinúť záujem o iných) vidieť morálne relevantné črty situácie (črty, ktoré ovplyvňujú blahobyť a biedu zainteresovaných ľudí).
2. **Morálne zdôvodnenie alebo posudzovanie** - schopnosť robiť kritické rozhodnutia týkajúce sa morálnych hodnôt a rôznych spôsobov konania (hodnotiť, ktoré konanie je morálne zdôvodniteľné).

3. **Morálna motivácia** - umiestnenie morálnych hodnôt pred konkurenčne nemorálne hodnoty.
4. **Morálny charakter** – prítomnosť istých osobnostných vlastností, ako je odvaha, vytrvalosť a veľká sebaúcta, ktoré nás predurčujú konať morálne. Rest (1994) poznamenáva, že niekto môže byť morálne citlivý, robiť dobré morálne rozhodnutia a prikladať veľký význam morálnym hodnotám, ale v prípade, že je osoba pod tlakom, zlyhá, je ľahko rozptýlitel'ná alebo sa nechá odradiť, má slabú vôľu, potom dochádza morálnemu zlyhaniu z dôvodu slabej povahy.

Všetky zložky sú nevyhnutné, keď uvažujeme, ako sa z klinických sociálnych pracovníkov a ďalších odborníkov vyvíjajú eticky citliví a kompetentní odborníci.

Klinická sociálna práca integruje etické princípy zdravotnej a sociálnej práce. Za základné etické princípy klinickej sociálnej práce sú považované:

- **Advokácia**

Snaha akcentovať požiadavku etickej správnosti hľadaného riešenia a citlivosti pre východiská, o ktoré sa dá v navrhovaných riešeniach oprieť. Crabb (1995) hovorí, že ak sa chceme priblížiť tajomstvu morálneho rozvoja druhého človeka, je potrebné okrem rozumového vhl'adu a skúsenosti predovšetkým empatiu.

- **Autonómia**

Rozlišujeme autonómiu pracovníka a autonómiu pacienta. Princíp autonómie predpokladá, že budeme pristupovať ku každému pacientovi a ostatným zainteresovaným osobám ako k rovnocenným partnerom. Autonómia je úzko prepojená s princípom beneficencie - prospešnosti (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011).

Thompson (2004) tvrdí, že aby sme mohli realizovať svoju autonómiu, potrebujeme dostatočnú slobodu konať, ale tiež musíme byť pripravení prevziať za svoje konanie zodpovednosť. Prejavom vnútornej slobody je zodpovednosť.

- **Cieľavedomosť**

Sledujeme nejaký cieľ, ktorý je nám vlastný a nielen vynútený okolnosťami. Je to schopnosť nachádzať, hodnotiť a vytrvalo sledovať ciele, ktoré nie sú na dosah ruky, ktoré nemáme priamo pred očami.

- **Dôstojnosť**

S pojmom ľudská dôstojnosť sa stretávame pomerne často a v rôznych súvislostiach. Ľudská dôstojnosť môže byť chápaná relatívne odlišnými spôsobmi. Kalvach (2004) pripomína, že ak chceme poskytovať služby, ktoré zachovávajú a posilňujú dôstojnosť, je potrebné sa venovať tomu, čo vlastne dôstojnosť znamená.

Dôstojnosť je etická kategória zdôrazňujúca význam človeka a uznanie jeho práv v spoločnosti. Nositeľom ľudskej dôstojnosti je len človek, ktorý ako jediná živá bytosť je schopná o sebe premýšľať a určovať si svoj život. V právnom ponímaní je tento pojem chránený Listinou, medzinárodnými zmluvami o ľudských právach a základných slobodách, ako i ďalšími predpismi. Ide o ochranu pred zaobchádzaním, znižujúcim dôstojnosť človeka ako ľudskej bytosti (Hendrych, 2003).

- **Dôvernosť (confidentiality)**

Je podmienená znalosťami danej problematiky a poskytovaním vierohodných informácií pacientovi. Dôvernosť tiež môžeme pomenovať ako vzťah medzi klientom a profesionálom, kedy obe strany veria v pravdivosť predávaných informácií (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011).

- **Mlčanlivosť**

Zachovávanie mlčanlivosti klinického sociálneho pracovníka podmieňuje pacienta v upevňovaní dôvery voči pomáhajúcemu pracovníkovi. Kutnohorská a kol. (2011) zdôrazňuje, že klinický sociálny pracovník sa môže dostať do dilematickej situácie, kedy rieši mlčanlivosť verzus ochrana klienta.

Povinná mlčanlivosť sa týka informácií o zdravotnom stave, sociálnej situácii, pracovnej situácii a rodinnej situácii. Mojtová (2010) uvádza, že do problematiky mlčanlivosti spadajú akékoľvek informácie týkajúce sa identifikovania osôb. Porušovanie mlčanlivosti je hrubé porušenie pracovnej disciplíny.

▪ **Neškodiť**

Tento princíp je v interakcii s rešpektom k druhému a vedie k zachovávaní ľudskej dôstojnosti, ktorá je základným ľudským právom. Samotný princíp je zakotvený už v Hippokratovej prísaha. Princíp „neškodiť“, ako tvrdí Kutnohorská a kol. (2011) bráni poškodeniu v záujme pacienta, prípadne zamedzuje potenciálnym rizikám, ktoré by k poškodeniu mohli viesť.

Podľa Šustrovej (2012) dnes v 21. storočí, sa ešte stále stretávame s rodinami, ktorým hneď po narodení dieťaťka s Downovým syndrómom oznámili zdravotníci, že ich dieťa nie je perspektívne, nebude chodiť, rozprávať a lepšie urobia, "ak ho dajú do ústavu". Pritom vieme, že mnohé deti a dospelí ľudia s Downovým syndrómom sú najlepšie integrovateľnou skupinou ľudí s intelektovou dizabilitou. Autorka ďalej poukazuje na to, že na novorodeneckom oddelení sa rodičia detí s postihnutím nestretávajú so sociálnym pracovníkom, dostávajú len základné usmernenie od zdravotníckeho personálu. So sociálnym pracovníkom sa rodičia stretávajú po prvýkrát až na úradoch, na ÚPSVaR, ak si žiadajú niektorú sociálnu službu či peňažné príspevky.

▪ **Prospešnosť**

Predpokladá konať v prospech druhého, konať maximálne dobro pre druhého človeka, podporovať jeho sebaistotu a záujmy. Podľa Beauchamp, Childress (2001) ide o tieto spoločensky akceptované etické imperatívy ako: ochraňuj a bráň práva druhých, predchádzaj poškodeniu druhých, odstraňuj okolnosti, ktoré poškodzujú druhých, pomáhaj postihnutým osobám, zachráň osoby v nebezpečenstve.

▪ **Spravodlivosť**

Spravodlivosťou rozumieme rešpekt a úctu ku pacientom, nerobiť medzi nimi rozdiely, poskytovať zdravotno-sociálnu starostlivosť každému, kto ju potrebuje, uznanie práv vlastných a druhého človeka, bez diskriminácie.

K týmto princípom patrí i informovaný súhlas – vykonávanie diagnostických a liečebných postupov a úkonov pacientovi zásadne len s jeho slobodným a dobrovoľným súhlasom po predchádzajúcej primeranej informácii. Podľa Šoltésa, Pullmanna (2008) sú i pomocné princípy - princíp solidarity, princíp vzťahu medzi cenou a predpokladaným efektom.

Etika mala poskytnúť profesionálom pojmovú výbavu na premýšľanie a diskutovanie o morálnej dimenzii ich práce. Práve etická teória ponúka špecifický pohľad na problémy a umožňuje zachovať si kritický odstup od prevládajúcich hodnôt a od konvenčnej morálky tým, že morálne normy neustále podrobuje testu zdôvodňovania. Iniciuje tým zodpovedajúce zmeny tak na úrovni individuálneho správania, ako aj na úrovni inštitúcií, do ktorých je toto správanie začlenené (Palovičová, 2011).

Rešpektovanie individuálnych potrieb, sloboda pohybu, sloboda výberu, právo nebyť diskriminovaný – to všetko tvorí základ postavenia pacienta prijímajúceho zdravotno-sociálnu starostlivosť a služby. Etika priamo súvisí s výkonom zdravotno-sociálnej práce, pretože môže ovplyvniť metódy a prístupy, ktoré klinická sociálna práca využije. Úlohu etiky vidíme v tom, že by mala integrovať do oblastí profesionálnej praxe a správania etické posudzovanie problémov ako súčasť rozhodovania v praktických situáciách.

5.5 Etické dilemy v klinickej sociálnej práci

Vnímavosť voči porušovaniu ľudských práv a voči nespravodlivosti vyplývajúcej z neetického správania je veľmi vysoká. Je preto vhodné, že v pomáhajúcich profesiách sa môžeme odvolávať na etické kódexy, podľa ktorých by sa mali pracovníci správať a rozhodovať, a to nielen na poli pracovnom, ale aj v osobnom živote. Denne sa v praxi stretávame s rôznymi etickými dilemami. Je to prakticky vždy, keď sa človek musí rozhodnúť pre jedno z riešení, kde ani jedno nie je optimálne a najlepšie. Mnohí si mýlia pojmy etický problém a etická dilema. Je však medzi nimi zásadný rozdiel. Etická dilema musí spĺňať tri podmienky:

1. musia existovať rôzne možnosti konania, z ktorých si jednotlivec môže jednu zvoliť
2. rozhodnutie, ktorý smer je v danej situácii najlepší (situácie, ktoré sú nepríjemné, ale nevyžadujú voľbu nie sú etickými dilemami)
3. v každom prípade dochádza k nedodržaniu etického princípu ako takého, t.j. neexistuje ideálne (dokonalé) riešenie

Podľa Kutnohorskej (2007) dilemu možno prirovnať ku križovatke alebo rázcestiu, ktorých smery nevedú k žiadanému cieľu.

Klinický sociálny pracovník vykonáva činnosť, ktorá napomáha k rozvoju vlastnej zodpovednosti jednotlivcov, je vnímaná aj ako pomoc

smerujúca k svojpomoci. Týmto sa sociálna práca sa zaraďuje do skupiny pomáhajúcich profesií. Z aspektu zamerania širokého pola pôsobnosti sociálnych pracovníkov (z hľadiska jednotlivých druhov sociálnej práce ako aj rôznych cieľových skupín) spadá medzi veľmi potrebné profesie súčasnosti. Každý jednotlivец počas života navštívi lekára a aspoň v minimálnom rozsahu môže prísť do kontaktu aj s klinickým sociálnym pracovníkom pri riešení problémov svojej alebo blízkej osoby. Jednou z oblastí, kde sociálna práca uplatňuje svoje metódy, erudovanosť, schopnosti a osobnostné dispozície je zdravotníctvo. Predstavuje priestor výskytu vyššieho počtu klientov s rôznymi formami sociálnych problémov, ktorí očakávajú pomoc. Klinický sociálny pracovník plní úlohu sprostredkovateľa medzi pacientom ako odberateľom zdravotníckych služieb a lekárom, medzi pacientom a jeho rodinou a okolitým svetom. Títo pacienti (klienti klinického sociálneho pracovníka) sú rôznorodí a mnohokrát prinášajú problém v otázke rozhodovania riešenia konkrétneho prípadu. Tento stav definujeme ako etická dilema klinického sociálneho pracovníka.

Etická dilema je situácia s dvomi nepríjemnými alternatívami riešenia, ktoré môžu zahŕňať aj konflikt morálnej hodnoty, pričom nie je jasné, že ktorá alternatíva bude tá správna (Banks, 2006). Dilemy zasahujú a sú súčasťou každodennej práce klinického sociálneho pracovníka.

Sociálna práca predstavuje profesiu, ktorá presadzuje sociálnu zmenu, riešenie problémov v ľudských vzťahoch, ako aj zmocnenie a oslobodenie ľudí k zlepšeniu ich prosperity. Sociálna práca, ktorá využíva teórie ľudského správania a sociálnych systémov, zasahuje v oblastiach, v ktorých dochádza k interakcii s ich prostredím. Princípy ľudských práv a sociálnej spravodlivosti sú pre sociálnu prácu zásadné (Mátel a kol., 2010).

5.5.1 Stručný prehľad možných dilem v práci klinického sociálneho pracovníka

1.dilema – opakované hospitalizácie detí z nepriaznivého sociálneho prostredia. Hoci tieto deti majú zabezpečené základné podmienky, a teda je o nich postarané, sú chorľavé, neprospievajú a dochádza k opakovaným hospitalizáciám. Klinický sociálny pracovník „bojuje“ s dilemou, čo je pre dieťa lepšie. Prvá možnosť je umiestnenie dieťaťa na určitý čas do náhradnej rodinnej starostlivosti – pestúnskej, náhradnej osobnej alebo ústavnej starostlivosti. To by mohlo priniesť

zlepšenie jeho zdravotného stavu a minimalizovanie hospitalizácií. Zároveň by to mohlo napomôcť k zlepšeniu prospechu dieťaťa v škole, zníženiu počtu absencií aktívnym prístupom špeciálneho či liečebného pedagóga pracujúceho v detskom domove. Druhou z možností je ponechať dieťa naďalej v biologickej rodine a pomôcť jej zlepšiť situáciu, začať s ňou aktívne pracovať. Tento proces si bude vyžadovať určité (možno veľmi dlhé) obdobie, kým dôjde k zmene podmienok, čo by mohlo znamenať, že dieťa by bolo ešte niekoľkokrát hospitalizované. Klinický sociálny pracovník zvažuje, ktoré z týchto rozhodnutí najmenej ohrozí dieťa, a tak sa nevyhne otázke psychiky dieťaťa, ktorého kontakt s rodičmi je častými hospitalizáciami obmedzený. Bude v jeho najlepšom záujme dočasné umiestnenie v detskom domove, ktoré ešte prehĺbi odlúčenie dieťaťa od rodiny alebo zotrvanie v rodine s nádejou, že počet hospitalizácií bude čím ďalej tým menej? Ako to bude so súrodencami pacienta, ktorí síce nebývajú tak často chorľaví, ale taktiež v škole majú problémy? Ak sa klinický sociálny pracovník rozhodne pre umiestnenie ich súrodenca do detského domova, je pre nich lepšie zostať v pôvodnej rodine alebo ich tiež riešiť umiestnením v náhradnej rodine? Nemôže hroziť ich neskoršia hospitalizácia? Toto sú niektoré z možných otázok, s ktorými klinický sociálny pracovník vnútorne „bojuje“.

2. dilema – sociálna práca so sociálno-patologickými pacientmi, konkrétne so závislými alebo bezdomovcami. Prístup mnohých z týchto pacientov k riešeniu svojej sociálnej a zdravotnej situácie je pasívny. Klinický sociálny pracovník sa snaží pomôcť pacientovi s riešením jeho situácie s postupným minimalizovaním následkov, no samotný pacientov záujem je minimálny a pomoc odmietaná. Klinický sociálny pracovník rešpektuje autonómiu pacienta a teda právo na sebaurčenie, robiť vlastné rozhodnutia, no zároveň si uvedomuje, že najlepším riešením pre pacienta je sociálna intervencia a podpora, čím samozrejme minimalizuje aj nebezpečenosť takéhoto jedinca pre spoločnosť (menší počet injekčných striekačiek v oblastiach, kde sa pohybujú deti, zníženie trestnej činnosti). Je dôležitejšia v tomto prípade autonómia a právo samotného pacienta, ktorá ho istým spôsobom ničí, alebo konať nátlak na pacienta a eliminovať negatívne javy radikálnym spôsobom? Resocializovať a nekompromisne riešiť sociálne problémy a dôsledky alebo ponechať pacienta „svojmu osudu“ aj napriek jeho právnej zodpovednosti za svoje patologické správanie a konanie?

3. dilema – riešenie starostlivosti o pacienta – seniora. Starší človek, po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia túži zostať vo svojom domácom prostredí, aj napriek možným hroziacim rizikám, vzhľadom na jeho postupne sa zhoršujúci somatický a psychický stav a závislosť na

pomoc v sebaobslužných úkonoch. Klinický sociálny pracovník má dilemu: poskytnúť konkrétne sociálne služby v domácom prostredí alebo umiestnenie pacienta v zariadení sociálnych služieb so zabezpečením komplexného sociálneho servisu a dohľadu. Rešpektovaním pacientovej autonómie by sa klinický sociálny pracovník rozhodol pre poskytnutie služby v domácom prostredí. Nakoľko ale bude poskytnutá služba eliminovať hroziace riziká pre seniora? V zariadení sociálnych služieb je pacientovi poskytnutá komplexná starostlivosť, možnosť okamžitej pomoci a opatery pri náhlom zhoršení zdravotného stavu a zabezpečené primerané podmienky pre jeho dožitie. Klinický sociálny pracovník si však kladie otázku, ako bude na pacienta vplývať zmena prostredia a adaptácia na nové cudzie prostredie a podmienky v zariadení. Ako sa to prejaví na jeho zdravotnom a hlavne psychickom stave? Je možné, že mu práve táto „pomoc“ viac uškodí? V súvislosti s riešením tejto situácie musí brať klinický sociálny pracovník do úvahy aj iné hľadisko, a to požiadavku spoločnosti. Jej cieľom je znižovanie unáhlených umiestňovaní seniorov do inštitucionálnej sociálnej starostlivosti aj vzhľadom na obmedzené zdroje a skôr preferovať poskytovanie konkrétnych sociálnych služieb v domácom, prirodzenom prostredí starého človeka. Zároveň v tejto oblasti ponúknutia pomoci klinický sociálny pracovník rieši etický problém, keď senior chce byť umiestnený, ale nespĺňa kritériá na umiestnenie. To, že sa pracovník ocitne v situácii, ktorá je pre neho dilemou a nevie sa rozhodnúť, neznamená, že pracovník nie je schopný. Napriek dôkladnej erudícii, sústavnej supervízii a veľmi zodpovednému prístupu k práci sa klinický sociálny pracovník ocitne v stave dilemy, aký ďalší intervenčný postup má zvoliť, aby neublížil pacientovi, a pomohol pri riešení podstaty problému, pričom by tak robil v súlade so svojim najlepším vedomím a svedomím. V istých situáciách azda vhodnejšie ako riešiť samotnú dilemu, je skôr objasňovať podstatu problému a skúmať dôsledky vyplývajúce z jednotlivých typov riešení.

Etické dilemy sprevádzajú klinického sociálneho pracovníka denne pri práci s pacientom a ich „prítomnosť“ je ovplyvnená mnohými faktormi, ktoré môžeme zhrnúť ako:

- faktory na strane pacienta – vek, zdravotný stav, druh a stupeň postihnutia, osobnosť pacienta, návyky, ekonomický a sociálny status, skúsenosti so zdravotnými a sociálnymi službami,
- faktory na strane rodiny pacienta – osobnosť členov rodiny, ich zdravotný a duševný stav, postoj k postihnutiu svojho príbuzného a celkový postoj k jeho osobe, pocit viny a zodpovednosti príbuzných,

- faktory na strane zdravotníckych pracovníkov – prístup k pacientovi a jeho rodine, kvalita poskytovania zdravotníckych služieb, schopnosť komunikácie,
- faktory na strane sociálneho pracovníka – osobnosť a profesionalita sociálneho pracovníka, aktuálny duševný stav, dĺžka praxe, schopnosť empatie,
- faktory štruktúry zdravotnej a sociálnej starostlivosti – systém zdravotnej starostlivosti, štruktúra a dostupnosť sociálnych služieb, finančná prístupnosť služieb.

Jedným z významných nástrojov, ktorým sociálny pracovník disponuje, na riešenie etických dilem je etický kódex sociálnych pracovníkov. Ten by nemal sťažovať výkon práce, práve naopak, mal by napomôcť rozhodovaniu s ohľadom na určité morálne hodnoty a riešiť tak etické dilemy, s ktorými sa klinickí sociálni pracovníci pri výkone svojej profesie môžu stretnúť. Práca klinického sociálneho pracovníka je náročná, vyžaduje silnú osobnosť, neustále dopĺňanie si vedomostí, rozvíjanie schopností pracovníka v etickom rozhodovaní a hlavne častú diskusiu o etických dilemách nielen so svojimi kolegami a supervízormi, ale aj s akademickou obcou či inými odborníkmi na konferenciách venujúcich sa sociálnej práci. Tejto problematike je nutné venovať veľkú pozornosť nakoľko zodpovednosť za vyriešenie akejkoľvek dilemy spočíva vždy na pracovníkovi a nie na pacientovi. Preto je dôležité, aby si pracovník v každej, i tej najzložitejšej situácii vedel pomôcť.

Použitá literatura k 5. kapitole

BANKS, S. 2006. *Ethics and Values in Social Work*. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2006. 256 p. ISBN 1-4039-9420-X.

BEAUCHAMP, T. L. – CHILDRESS, J. F. 2001. *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, 2001. 431 s. ISBN 13 978-0-19-514332-4.

BLUM, L. A. 1994. *Moral Perception and Particularity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994. 288 p. ISBN 0-521-43619-2.

CRABB, L. 1995. *Osobnost člověka, její potřeby a cesty k jejich naplnění*. Praha: Návrat domů, 1995. 176 s. ISBN 80-85495-36-8.

DÁVIDEKOVÁ, M. 2010. Důstojnost' a etické hodnoty v sociální práci s rómským etnikom. In: *Sborník z 9. Mezinárodní vědecké konference*, České Budějovice, 2010. s. 107 – 1. ISBN 978-80-86798-05-9.

DÁVIDEKOVÁ, M. 2010. Etické hodnoty a důstojnost' v sociální práci. In: *Aplikovaná etika v sociální práci*. Brno, Institut meziodborových studií, 2010, s. 23 -30. ISBN 978-80-87182-13-0.

DOLEŽAL, T. - DOLEŽAL, A. 2007. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde Praha, 2007. 138 s. ISBN 978-80-7101-684-6.

FISCHER, O. – MILFAIT, R. a kol. 2008. *Etika pro sociální práci*. Praha: Jabok – Vyšší škola sociálně pedagogická a teologická, 2008. 223 s. ISBN 978-80-904137-3-3.

HENDRYCH, D. a kol. 2003. *Právní slovník*. 2. rozšířené vydání. Praha: C. H. Beck, 2003, 1340 s. ISBN 80-7179-740-5.

KAČMARIKOVÁ, M. a kol. 2006. *Základy vedecko-výskumnej činnosti*. Trnava: Trnavská univerzita, 2006. 92 s. ISBN 80-89104-49-5.

KOŘENEK, J. 2002. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. 276 s. ISBN 80-725235-4.

KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. 1. vydanie Praha: LexisNexis CZ, 2004. 135 s. ISBN 80-86199-82-7.

KUTNOHORSKÁ, J. – CICHÁ, M. – GOLDMANN, R. 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. 189 s. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

- KUTNOHORSKÁ, J. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- MACH, J. 2006. *Medicína a právo*. Praha: C. H. Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-X.
- MÁTEL, A. a kol. 2010. *Etika sociálnej práce*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. 173 s. ISBN 978-80-89271-85-6.
- MÁTEL, A. a kol. 2012. *Etika sociálnej práce*. 2. doplnené a aktualizované vydanie. Bratislava : VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2012. 264 s. ISBN 978-80-8132-045-3.
- MATUALYOVÁ, T. 2011. *Etické reflexie v pomáhajúcich profesiách*. Prešov: Prešovská univerzita, 2011. 192 s. ISBN 978-80-555-0331-8.
- MCCORMICK, R. 1984. Ethics committees: Promise or peril? *Law, Medicine and Health Care*, Sept. 1984, s. 150 – 152.
- MOJTOVÁ, M. 2008, 2010. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2008, 2010. 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.
- NEMČEKOVÁ, M. 2008. *Etika v ošetrovatel'stve*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2008. 142 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
- PALOVIČOVÁ, Z. 2011. Sociálna práca a etika. Bratislava: Filozofický ústav SAV. In *Filozofia*. Roč. 66, 2011, č. 2. s. 122 – 132. ISSN 0046-385.
- REST, J. R. – NARVÁEZ, D. 1994. *Moral Development in the Professions: Psychology and Applied Ethics*. New Jersey: Hillsdale, 1994. 233 p. ISBN 1-4106-0116-1.
- SEDLÁROVÁ, K. 2012. Dôstojné zomieranie v hospicioch v Českej republike a na Slovensku. In *Fórum socialní práce*, č. 2, 2012, 172 s. ISSN 1804-3070.
- ŠOLTÉS, L. – PULLMANN, R. 2008. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta, 2008. 256 s. ISBN 978-80-8063-287-8.
- ŠUSTROVÁ, M. 2012. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2012, 122 s. ISBN 978-80-8132-041-5.
- VLČEK, R. - HRUBEŠOVÁ, Z. 2007. *Zdravotnícke právo*. Bratislava: Epos, 2007. 319 s. ISBN 978-80-8057-705-6.

6 ŠTÁTNA SOCIÁLNA POLITIKA A PACIENT

V tejto kapitole stručne priblížime problematiku sociálnej politiky vo vzťahu k zdravotnej a sociálnej starostlivosti o jednotlivca a skupiny, zadefinujeme vnímanie pacienta ako odberateľa zdravotníckych a sociálnych služieb z pohľadu sociálnej politiky.

Pojem sociálna politika je mnohoznačný, presné vymedzenie definíciou je prakticky nemožné a predstavuje súčasť určitého spoločenského celku. Funkcie sociálnej politiky sa neutvárajú izolovane, ale v súlade s ostatnými sférami spoločenského života (ekonomická, politická, ekologická). Sociálna politika je vnímaná predovšetkým v rovine spoločenského zamerania, vnímaná je ako snaha priamo smerujúca k zdokonaleniu životných podmienok ľudí a najmä v rovine riešenia nepriaznivých, núdzových životných podmienok ľudí vyvolanými mnohými činiteľmi (napr. chorobou, úrazom).

Sociálna politika štátu je budovaná na štyroch základných princípoch (Tokárová a kol., 2007):

- sociálnej spravodlivosti – súhrn právnych noriem a zásad a spravodlivosť sociálna, ktorú možno vymedziť pravidlami, podľa ktorých sú v spoločnosti rozdeľované predpoklady a prostriedky verejného blahobytu medzi jednotlivé subjekty,
- sociálnej solidarite – vzájomná podpora a spolunáležitosť (základom je poznanie nutnosti harmonickej spolupráce medzi ľuďmi),
- subsidiarite – poskytovanie pomoci, kde je každý povinný najskôr pomôcť sám sebe, ak si nemôže pomôcť sám, má mu pomôcť jeho rodina, priatelia, obec, charita, až keď vyčerpá tieto možnosti má sa obrátiť na štát,
- participácii – občan má mať reálnu možnosť zúčastniť sa na procese prijímania a realizácie tých sociálno-politických opatrení, ktoré ovplyvňujú kvalitu jeho života.

6.1 Zdravotná starostlivosť

Zdravie vnímame ako jednu z najdôležitejších ľudských hodnôt. Každý občan je zodpovedný za ochranu a podporu vlastného zdravia, ale zároveň očakáva od spoločnosti vytvorenie primeraných podmienok pre uchovanie zdravia. Odpoveďou spoločnosti je vytvorenie systému

zdravotnej starostlivosti v situáciách, keď je zdravie narušené chorobou alebo úrazom.

Zdravotná starostlivosť je súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby, zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu (§ 2 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z.). Zároveň sa v zdravotníckej praxi stretáme aj s pojmom neodkladná zdravotná starostlivosť. Charakterizovaná je ako zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život, bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a neznesiteľnú bolesť alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania a konania, pod ktorých vplyvom bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Neodkladná starostlivosť je aj zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode. Súčasťou neodkladnej starostlivosti je neodkladná preprava osoby do zdravotníckeho zariadenia, neodkladná preprava medzi zdravotníckymi zariadeniami a neodkladná preprava darcov orgánov, tkanív a buniek určených na transplantáciu, ktorú vykonávajú poskytovatelia záchranej zdravotnej služby (§ 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.).

6.1.1 Formy poskytovania zdravotnej starostlivosti

Podľa zákona č. 576/2004 Z. z. medzi formy poskytovania zdravotnej starostlivosti patrí:

- 1. Ambulantná starostlivosť** – sa poskytuje v domácom alebo v inom prirodzenom prostredí osoby, ktorej sa ambulantná starostlivosť poskytuje a jej zdravotný stav nevyžaduje poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Delí sa na všeobecnú a špecializovanú. Všeobecnú ambulantnú starostlivosť poskytuje určený lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria a poskytovateľom určená sestra s príslušnou odbornou spôsobilosťou (praktický lekár pre deti a dorast, praktický lekár pre dospelých). Špecializovanú ambulantnú starostlivosť poskytuje určený lekár so špecializáciou v inom špecializačnom odbore ako všeobecné lekárstvo (napr. gynekológ), zubný lekár (lekár -

špecialista) alebo zdravotnícky pracovník s príslušnou odbornou spôsobilosťou. Domáca starostlivosť, ktorú poskytuje sestra alebo pôrodná asistentka s príslušnou odbornou spôsobilosťou metódou ošetrovateľského procesu, je domáca ošetrovateľská starostlivosť.

2. **Ústavná starostlivosť** – sa poskytuje na základe odporúčania ošetrojúceho lekára, ak zdravotný stav osoby vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín, alebo ak je ústavná starostlivosť nariadená rozhodnutím príslušného súdu. Osoba prijímaná do zdravotníckeho zariadenia musí dať písomný informovaný súhlas s hospitalizáciou (samotný pacient, u detí a právne nespôsobilých na právne úkony - zákonný zástupca). Existujú dôvody, pri ktorých sa informovaný súhlas nevyžaduje, a to v prípade neodkladnej starostlivosti, ak nemožno včas získať informovaný súhlas, ale ho možno predpokladať, v prípade ochranného liečenia uloženého súdom, v prípade ak ide o osobu, ktorá šíri prenosnú pohlavnú chorobu, ktorá závažným spôsobom ohrozuje svoje okolie a v prípade, ak ide o osobu s duševnou chorobou alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu.
3. **Lekárska starostlivosť** – problematika liečiv a ich využitie v praxi.

6.1.2 **Stručný prehľad najdôležitejších právnych noriem v oblasti zdravotnej starostlivosti**

- Ústava Slovenskej republiky
 - Čl. 15, 16, 17 – základné ľudské práva a slobody,
 - Čl. 38 ods. 1 – ženy, mladiství a osoby zdravotne postihnuté majú právo na zvýšenú ochranu zdravia pri práci a osobitné pracovné podmienky,
 - Čl. 40 – každý má právo na ochranu zdravia, na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon,
 - Čl. 41 ods. 2 – žene v tehotenstve sa zaručuje osobitná starostlivosť, ochrana v pracovných vzťahoch a zodpovedajúce pracovné podmienky;

- Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov;
- Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti;
- Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov;
- Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov;
- Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení;
- Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov;
- Zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia.

6.2 Štátna sociálna politika a pacient

Štátna sociálna politika predstavuje súbor nástrojov, ktorým štát občanom zabezpečuje ich sociálne práva. Vytvára podmienky k rozvoju ľudského potenciálu, sociálnej integrácii občanov a v prípade nepriaznivých zdravotných a sociálnych situáciách poskytnutie sociálnych služieb k zabezpečeniu sociálnej existencie.

Pacient v sociálnej politike – je každý, kto je telesne alebo duševne chorý alebo postihnutý, alebo kto je ohrozený takýmto stavom, sa považuje za pacienta a ma právo na preventívnu starostlivosť, diagnostiku a liečbu v záujme obnovy zdravia, alebo zmiernenia následkov takéhoto stavu, alebo zabránenia ďalšieho zhoršovania stavu (Charta práv pacientov).

Pacient v sociálnej práci – hospitalizovaný pacient (ambulantný pacient), ktorý sa v dôsledku choroby alebo úrazu ocitol v nepriaznivej sociálnej situácii. Tento stav nedokáže sám a ani za pomoci najbližších správne identifikovať a riešiť a vyžaduje odbornú analýzu a intervenciu

sociálnym pracovníkom za podmienky dodržania etických a právnych noriem.

6.2.1 Dieťa ako pacient verzus štátna sociálna politika

Štátnu sociálnu politiku vo vzťahu k pacientovi vnímame v týchto troch rovinách:

- **Dieťa ako pacient verzus štátna sociálna politika**
- **Pacient a sociálne služby**
- **Pacient zo zdravotným postihnutím verzus štátna sociálna politika**

Dieťa sa rodí bezbranné, neschopné samo prežiť a existovať, preto potrebuje správne fungujúce sociálne prostredie – rodinu ako ideálnu sociálnu skupinu zabezpečujúcu jeho prežitie, vývoj a prosperovanie. Rodina sa stáva prvým útvárom ľudského spolužitia, kam dieťa prichádza po svojom narodení, miesto, kde nachádza lásku, ochranu, citovú náruč svojich rodičov, nachádza tu priestor pre svoju sebarealizáciu a prípravu na svoju budúcnosť. Zdravo fungujúca rodina je symbolom štátnej sociálnej politiky, ktorej znakmi sú stavy harmónie, blízkosti a bezpečia ľudí, medzi ktorými prebieha väzba. Súčasnú rodinu tvorí prevažne nukleárna rodina vzdelaných manželov, s malým počtom detí a trvalou hrozbou rozpadu. Rodina je vystavená neustálym vplyvom mnohých faktorov z vonkajšieho, ale i vnútorného sveta rodiny. Vlastná zodpovednosť rodiny za svoj život a svoju budúcnosť je vyjadrením bytostnej potreby človeka dozrievať činnosťou a zodpovednosťou. Rešpektovanie zodpovednosti rodiny za samu seba zdôvodňuje uplatňovanie princípu subsidiarity v štátnej rodinnej politike, spočívajúcej v nezasahovaní vyšších úrovní do výkonu funkcií nižších úrovní, čo prispieva k ich aktivizácii. Štát poskytuje právnu ochranu a morálnu podporu manželstvu a rodičovstvu, pretože kvalita a stabilita týchto dvoch základných rodinných vzťahov v rozhodujúcej miere ovplyvňuje psychický rozvoj detí a ich životnú perspektívu, svoje opatrenia orientuje na rodinu ako inštitúciu pri rešpektovaní práv a špecifických potrieb jej členov. Autentickou funkciou demokratického štátu voči rodinám je vytvárať právne, ekonomické a inštitucionálne podmienky a priestor pre uplatnenie vlastnej zodpovednosti rodín. Miera zásahu štátu do rodiny podlieha spoločenskému konsenzu. Pôsobenie štátu v prospech plnenia funkcií rodiny formou podpory jej relatívnej ekonomickej nezávislosti, stability a kvality vnútorodinných vzťahov má

prierezový charakter, z čoho vyplýva nutnosť zamerania politiky všetkých príslušných rezortov štátnej správy v prospech rodín ako aj nevyhnutnosť ich koordinácie. Štát podporuje rozvoj služieb pre rodinu, aby mohla plniť svoje funkcie. Štát systematicky sleduje a analyzuje ekonomické, demografické a hodnotové aspekty správania sa rodín, prostredníctvom výskumu týchto aspektov v prípade opatrenia na korekciu, doplnenie alebo zmenu svojho pôsobenia voči rodine. Periodicky aktualizuje projekciu obyvateľstva so strednodobým a dlhodobým výhľadom. Významné miesto pri zabezpečovaní životných podmienok rodín má komunálna rodinná politika, zohľadňujúca špecifické podmienky jednotlivých obcí, najmä z hľadiska bývania, služieb pre rodiny a vytvárania podmienok na aktívne prežívanie voľného času. Na realizácii podpory rodiny sa duchovno-formatívnou, kultúrnou a sociálnou činnosťou podieľajú aj cirkevné, kultúrne inštitúcie a iné záujmové a občianske združenia a nadácie (Novosad, 2000).

6.2.2 Pacient a sociálne služby

Základnou povinnosťou spoločnosti je postarať sa o svojich občanov. Celková starostlivosť o pacientov v zmysle sociálnej starostlivosti v kontexte aktuálnej sociálnej politiky vnímaná nasledovne:

- na prvom mieste je samotný pacient, jeho aktuálny zdravotný stav po prekonanom ochorení alebo úraze a jeho schopnosť a možnosti si zabezpečiť následnú starostlivosť o svoju osobu,
- na druhom mieste je rodina pacienta ako významný činiteľ podpory, pomoci a opatery v čase choroby a rekonvalescencie,
- na treťom mieste štátna a verejná správa – sociálne služby a ich zabezpečenie.

Sociálna služba je odborná činnosť, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na (§ 2 zákona 448/2008 Z. z.):

- prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity,
- zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti,

- zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby,
- riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny,
- prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny.

Druhy sociálnej služby, ktoré môžu pacienti využívať v rámci riešenia svojej sociálnej situácie:

- sociálne služby na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb v zariadeniach: nocľaháreň, útulok, domov na pol ceste, nízkoprahové denné centrum, zariadenie núdzového bývania;
- sociálne služby na podporu rodiny s deťmi: pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladovania rodinného života a pracovného života, poskytovanie sociálnej služby v zariadení dočasnej starostlivosti o deti, poskytovanie sociálnej služby v nízkoprahovom dennom centre pre deti a rodinu;
- sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku: poskytovanie sociálnej služby v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek, opatrovateľská služba, prepravná služba, sprievodcovská služba a predčítateľská služba, tlmočnická služba, sprostredkovanie tlmočnickej služby, sprostredkovanie osobnej asistencie, požičiavanie pomôcok;
- sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií: monitorovanie a signalizácia potreby pomoci, krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií,
- podporné služby: odľahčovacia služba, pomoc pri zabezpečení opatrovníckych práv a povinností, poskytovanie sociálnej služby v dennom centre, poskytovanie sociálnej služby v integračnom centre, poskytovanie sociálnej služby v jedálni, poskytovanie sociálnej služby v práčovni, poskytovanie sociálnej služby v stredisku osobnej hygieny.

6.2.3 Pacient zo zdravotným postihnutím verzus štátna sociálna politika

Zdravie predstavuje pre človeka podľa rôznych výskumov najdôležitejšiu hodnotu, pravdepodobne z dôvodu, že človek si uvedomuje súvis medzi dobrým zdravotným stavom a kvalitou svojho života (Matulayová, 2007). Klinický sociálny pracovník pri výkone svojej profesie stretáva aj s pacientmi so zdravotným postihnutím, pri ktorej analyzuje ich potreby, obmedzenia a bariéry, ktoré títo ľudia musia každodenne prekonávať. Zdravotné postihnutie zahŕňa množstvo rôznych funkčných obmedzení, ktoré sa vyskytujú v každej populácii, môže byť telesné, psychické alebo kombinované.

1. januára 2009 nadobudol účinnosť zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý za fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím považuje fyzickú osobu, ktorej miera funkčnej poruchy je najmenej 50% (§ 2 ods. 3 zákona č. 447/2008 Z. z.). Funkčná porucha je definovaná ako nedostatok telesných, zmyslových alebo duševných schopností fyzickej osoby, ktorý z hľadiska predpokladov vývoja zdravotného postihnutia trvá dlhšie ako jeden rok. Miera funkčnej poruchy vyjadruje rozsah zdravotného postihnutia a stanovuje sa v desiatkach percent podľa druhov zdravotného postihnutia uvedených v prílohe zákona (§ 2 ods. 4 zákona č. 447/2008 Z. z.). Sociálny dôsledok ťažkého zdravotného postihnutia je znevýhodnenie, ktoré má fyzická osoba z dôvodu jej ťažkého zdravotného postihnutia v porovnaní s fyzickou osobou bez zdravotného postihnutia rovnakého veku, pohlavia a za rovnakých podmienok a ktoré nie je schopná z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia prekonať sama (§ 2 ods. 2 zákona č. 447/2008 Z. z.). Sociálne dôsledky ťažkého zdravotného postihnutia sa kompenzujú v oblasti (§ 5-9 zákona č. 447/2008 Z. z.):

- mobility a orientácie – účelom kompenzácie v tejto oblasti je zmierniť alebo prekonať znevýhodnenia v prístupe k veciam osobnej potreby a k stavbám a uľahčiť orientáciu a premiestňovanie sa v dôsledku narušenia telesných funkcií, zmyslových funkcií alebo duševných funkcií,
- komunikácie – účelom kompenzácie v tejto oblasti je umožniť styk so spoločenským prostredím a sprístupniť informácie,
- zvýšených výdavkov – kompenzujú zvýšené výdavky na diétne stravovanie a výdavky súvisiace s hygienou alebo opotrebovaním šatstva, bielizne, obuvi a bytového zariadenia, so zabezpečením

prevádzky osobného motorového vozidla, so starostlivosťou o psa so špeciálnym výcvikom,

- sebaobsluhy – kompenzuje sa obmedzená schopnosť sebaobsluhy alebo strata schopnosti sebaobsluhy a účelom kompenzácie v tejto oblasti je poskytnúť pomoc pri úkonoch sebaobsluhy.

Pacientov so zdravotným postihnutím spájajú v ich životnej situácii niektoré spoločné problémy a potreby, ktorých riešením sa zaoberá sociálna politika štátu. Jej úlohou je vytvárať podmienky pre dôstojný život každého človeka. Sociálnu politiku uskutočňujú rozličné subjekty – vláda, Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny, Vyššie územné celky, Úrady práce, sociálnych vecí a rodiny, Sociálna poisťovňa, poskytovatelia zdravotníckych služieb, obce, nadácie, združenia, cirkevné organizácie, charitatívne inštitúcie. Cieľom sociálnej politiky vo vzťahu k občanom so zdravotným postihnutím je odstrániť obmedzenia a znevýhodnenia, s ktorými sa občan so zdravotným postihnutím denne stretáva a umožniť vytvorenie základných podmienok pre nezávislý a integrálny spôsob života.

6.2.4 Prehľad vybraných právnych noriem (štátna sociálna politika verzus pacient)

- Zákon č. 235/1998 Z. z. o príspevku pri narodení dieťaťa a o príspevku rodičom, ktorým sa súčasne narodili tri alebo viac detí alebo ktorým sa v priebehu dvoch rokov opakovane narodili dvojčatá v znení neskorších predpisov,
- Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov,
- Zákon č. 599/2003 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- Zákon č. 600/2003 Z. z. o prídavku na dieťa a o zmene a doplnení zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov,
- Zákon č. 601/2003 Z. z. o životnom minime a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 36/2005 Z. z., zákon o rodine,
- Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ako vyplýva zo

zmien a doplnení vykonaných zákonom 330/2007 Z. z., zákonom č. 643/2007 Z. z., zákonom č. 215/2008 Z. z. a zákonom č. 466/2008 Z. z.,

- Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- 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,
- Zákon č. 571/2009 Z. z. o rodičovskom príspevku a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- Dohovor o právach dieťaťa publikovaný pod č. 104/1991 Zb.,
- Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd publikované pod č. 209/1992,
- Charta základných ľudských práv Európskej únie uverejnená pod číslom 2010/C 83/02,
- Európska sociálna charta (2009).

Použitá literatúra v 6. kapitole

NOVOSAD, L. 2000. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-197-5.

MATULAYOVÁ, T. 2007. *Úvod do sociálnej práce a sociálnej politiky (učebné texty)*. Prešov: Filozofická fakulta PU, 2007. 52 s.

TOKÁROVÁ, A. a kol. 2007. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: Filozofická fakulta PU, 2007. 573 s. ISBN 978-80-969419-8-8.

Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

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

ZÁVER

Efektívna práca s klientom patrí medzi rozhodujúce činitele ovplyvňujúce samotnú aplikáciu teórie a metód sociálnej práce v praxi. Pacient ako klient sociálnej práce predstavuje významné miesto záujmu klinického sociálneho pracovníka ako člena multidisciplinárneho tímu. Vstup sociálnej práce do systému zdravotnej starostlivosti a ich vzájomne prepojenie s cieľom komplexného riešenia jednotlivca počas jeho choroby alebo úrazu predstavuje základnú myšlienku tejto monografie. Pacient, ktorý je charakterizovaný symptómami zlého zdravotného stavu je taktiež vnímaný aj ako človek „postihnutý“ sociálnymi dôsledkami tohto stavu. Prostredie zdravotníckeho zariadenia poskytuje priestor nielen pre riešenie symptómov zhoršenia zdravotného stavu, ale tiež predstavuje miesto pre riešenie sociálnych súvislostí vyplývajúcich z tohto stavu, a to profesionálnou činnosťou klinického sociálneho pracovníka.

Sociálna práca v zdravotníctve – klinická sociálna práca je oblasťou, kde sa starostlivosť zdravotná prelína so starostlivosťou sociálnou. Klinická sociálna práca je zameraná na individuálny prístup k pacientovi, ktorého motivuje k riešeniu vlastných problémov. Vychádza z holistického vnímania človeka ako bio-psycho-sociálnej a spirituálnej bytosti a napomáha k zabezpečeniu a uspokojeniu biologických, psychických, sociálnych a spirituálnych potrieb. Pomáha k účelnému využitiu materiálnych a finančných prostriedkov služieb sociálnej starostlivosti.

Potreba zdravotno- sociálnych služieb sa neustále zvyšuje v celej Európe. Všetko smeruje k pochopeniu potrieb budúceho sveta, ale tiež k príprave na kvantitatívny nápor, ktorý v hospodársky vyspelých krajinách prinesie zostarnutie obyvateľ'stva. Spolu s pokrokom v oblasti medicíny, ktorého nebývalá akcelerácia sa pozoruje už od druhej polovice dvadsiateho storočia a v súčasnosti sa zvyšuje nárast rýchlosti i objemu pribúdajúcich rôznych druhov ochorení, úrazov, handicapov, či predlžujúcej sa priemernej dĺžky života sa preto ukazuje, že komplexná, integrovaná zdravotno-sociálna starostlivosť má nielen zmysel, ale je i veľmi potrebná.

Publikácia vo svojich jednotlivých kapitolách prináša v prvej rovine teoretické východiská sociálnej práce v zdravotníctve, východiská a postavenie klinického sociálneho pracovníka v Slovenskej republike a metódy sociálnej práce s pacientom. Významné miesto v monografii majú cieľové skupiny pacientov podľa jednotlivých klinických pracovísk a sociálna práca s týmito odberateľmi zdravotných, ale aj sociálnych

služieb, doplnenú o etiku a štátnu sociálnu politiku vo vzťahu ku klientovi klinického sociálneho pracovníka a obohatenú o výsledky výskumov z danej problematiky. Pri objektívnom opisovaní práce klinického sociálneho pracovníka sme tento opis sledovali na troch samostatných úrovniach:

- občan - pacient,
- lekár, zdravotná sestra, ošetrovateľ – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti,
- sociálny pracovník/ klinický sociálny pracovník – poskytovateľ sociálnej starostlivosti,
- štát.

Cieľom našej publikácie je tiež poukázať napriek určitému skepticizmu a podceňovaniu danej problematiky zo strany zdravotníckeho a sociálneho systému, že primeraná pozornosť a adekvátne riešenie problémov je limitujúcim predpokladom rozvoja služieb klinickej sociálnej starostlivosti v praxi. Je veľmi dôležité uvedomiť si, že stále oddelená zdravotná a sociálna starostlivosť je veľkou komplikáciou pre samotných pacientov, kvalitu ich života a života ich rodín. Starostlivosť o pacientov musí byť spoločná, kooperatívna, synergická a nie kontraproduktívna.

Kolektív autorov publikácie prináša čitateľom komplexné priblíženie postavenia a pracovného zamerania klinického sociálneho pracovníka a vnímanie pacienta očami klinického sociálneho pracovníka. Úsilie priblížiť túto profesiu, právom patriacu medzi pomáhajúce profesie, tvorí základný pilier celej tejto publikácie v jednotlivých kapitolách. Veríme, že daná publikácia prispeje k informovaniu o význame sociálnej práce v takej oblasti ako je zdravotníctvo a čitatelia získajú množstvo informácií o druhej oblasti pacienta, akou je sociálny svet klienta v čase neprítomnosti zdravia.

autori

SUMMARY

Effective work with a client ranks among the factors with the greatest influence on the very application of the theory and methods of social work in practice itself. Patient - a client of social work - is at the centre of interest of a clinical social worker in health care as a member of a multidisciplinary team. The monograph is built primarily around the way social work is integrated in the system of health care and their interconnection with a view to providing a comprehensive approach to an individual during his illness or injury.

Social work in health care (clinical social work) lies at the intersection of health care and social care. It focuses on an individual approach to a patient, providing them with motivation to address the issues they might face. It derives from a holistic view of man as a bio-psycho-social and spiritual being and is instrumental in securing and satisfying a person's biological, psychological, social and spiritual needs. It is conducive to an efficient usage of material and financial means available to social work services.

In its individual chapters, the publication first provides the theoretical background of social work in health care, the context and position occupied by a clinical social worker in the Slovak Republic and the methods applied to social work with a patient. The monograph gives a prominent place to target groups of patients divided according to individual clinical departments and to social work with these recipients of health as well as social services, supplemented by considerations related to ethics and social policy of the state in relation to the clients of a clinical social worker. Results of research from the given area provide a fuller picture of the issues at hand. We approached the objective description of the work of a clinical social worker on three separate levels:

- citizen - patient,
- doctor, nurse, care assistant – health care provider,
- social worker/ clinical social worker – social care provider,
- the state.

In spite of certain scepticism towards and a lack of recognition of the given issue by the health care and social system, our publication aims to highlight the fact that the development of sound health care social services in practice hinges on adequate attention to and appropriate solutions of the underlying problems. It is vital to realize that the continued uncoupling of health and social care aspects causes major

complications for the patients themselves, their quality of life as well as of their families. Patient care needs to be provided jointly, in a manner of cooperation and synergies, avoiding unnecessary adverse effects.

The authors provide the reader with a comprehensive understanding of the status and job description of a clinical social worker in practice, with an insight into the life of a patient as seen through the eyes of the social worker. The entire publication with its individual chapters stems from the attempt to give a full account of this profession, rightly classified under the category of helping professions. We hope that the book is going to contribute to better awareness of the importance of social work in health care settings, giving the reader access to a wealth of information from the "social" world of a client in the absence of health.

authors

PRÍLOHY

ŠTATISTICKÝ ÚRAD SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Registované ŠÚ SR Č. Vv 2/12
z 1. 7. 2011
Internet: <http://www.statistics.sk>

HLÁSENIE O NARODENÍ

Obyv 2 – 12

Zdravotnicke zariadenie zašle hlásenie prvý pracovný deň po narodení dieťaťa 2x maticnému úradu.

IKF				Rok	Mesiac
0	7	0	2		

Hlásenie pre Štatistický úrad SR
(dopíšte Áno, alebo Nie) ¹⁾

Ochrana dôverných údajov upravuje zákon č. 540/2001 Z. z. o štátnej štatistike v znení neskorších predpisov.
Ochrana osobných údajov upravuje zákon č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov.
Za ochranu dôverných a osobných údajov zodpovedá Štatistický úrad SR.

Vyplní matrika:
Maticný úrad

Poradové číslo maticné

Vyplní zdravotnicke zariadenie:
Okres

Miesto narodenia (obec)

Spisová značka

Pôrodná kniha

316. modul	Narodenie dieťaťa	Meno a priezvisko dieťaťa ¹⁾	
Poradové číslo (vyplňa pracovisko ŠÚ SR)	Dátum narodenia hodina, minúta _____ deň mesiac rok	Rodné číslo dieťaťa ¹⁾ (vyplňa matrika)	Štátne občianstvo Pohlavie 1 - mužské 2 - ženské
			uveďte slovom

Údaje o rodičoch dieťaťa ¹⁾	Otec	Matka
Meno
Priezvisko
Rodné priezvisko
Dátum narodenia (deň, mes., rok) ¹⁾
Miesto narodenia okres
Miesto narodenia obec
Štátne občianstvo
Rodné číslo ¹⁾		

Dohoda rodičov o priezvisku a mene dieťaťa¹⁾

Priezvisko

Meno

..... podpis otca podpis matky

pečiatka zdravotnickeho zariadenia
podpis osoby povinnej hlásením

V dňa

Záznamy matriky ¹⁾
Rodný list vyhotovený dňa zaslaný poštou dňa

prevzal (dátum, podpis)

V dňa podpis matrikára (-ky)

Pokyny na vyplňanie sú na druhej strane hlásenia.

Vitalita 1 – živé 2 – mŕtve	Pôrod 1 - jedno dieťa 2 - dvojča 3 - trojča 4 - štvorča Poradie ¹⁾	Pôrodná hmotnosť (v gramoch)	Pôrodná dĺžka (v cm)	Týždeň tehotenstva	Kofké dieťa sa matke narodilo (živé i mŕtvo)		Dátum narodenia predchádzajúceho dieťaťa (živé i mŕtvo)	Stav matky 1 - slobodná 2 - vydatá 3 - rozvedená 4 - vdova	Dátum uzavretia manželstva rodičov			Najvyššie vzdelanie 1 – základné 2 – stredné bez maturity (vr. vyučenia) 3 – stredné s maturitou 4 – vysokoškolské
					spolu	v terajšom manželstve			mesiac	rok	deň	

¹⁾ pri viacpočetnom pôrode uveďte na predtlačný riadok poradie dieťaťa v tomto pôrode.

Národnosť (uveďte slovami)	Otec	Matka
Trvalý pobyt ⁷⁾ (uveďte slovami) okres ²⁾		
obec		
časť obce, č. súpis.		
ulica č. orientačné		
	(vypíšte len v prípade, ak trvalý pobyt otca je rôzny od trvalého pobytu matky)	

²⁾ u cudzích štátnych príslušníkov uveďte štát

Zdravotnícke zariadenie, kde došlo k pôrodu alebo kde boli matka a dieťa po pôrode ošetrované, **vyplní hlásenie dvojmo** tak, že hlásenie pre potreby matričného úradu (ďalej len matrika) v záhlaví **označí doplnením „Nie“**, a vyplní prvú stranu ako originál a druhú ako kópiu. Hlásenie pre štátne štatistické zisťovanie v pôsobnosti Štatistického úradu SR (ďalej len ŠÚ SR) v záhlaví **označí doplnením „Áno“** a vyplní prvú stranu ako originál a druhú stranu ako originál. Údaje označené „7“ sa od 1. 1. 2004 vypĺňajú pre matriku a ŠÚ SR rôznym spôsobom. Údaj „Poradové číslo“ vyplní ŠÚ SR – pracoviisko v Trnave.

Zariadenie vyplní pravú časť záhlavia na hlásení, údaje o dieťati a rodičoch na prvej strane tlačiva s výnimkou rodného čísla dieťaťa a všetky údaje o dieťati a rodičoch na druhej strane hlásenia. Do rubrik označených „O“, resp. otec, zapíše údaje o otcovi, do rubrik označených „M“, resp. matka, údaje o matke.

Číslami vyplní všetky predtlačné okienka, vrátane údajov „Hodina a minúta“ v dátume narodenia a „Poradie“ v prípade viacpočetného pôrodu. Predtlačné riadky v ostatných rubrikách **vyplní číslami slovami**.

Len na hlásení pre ŠÚ SR zariadenie nevyplní údaje v časti „Dohoda rodičov o priezvisku a mene dieťaťa“ a v prípade živonarodeného dieťaťa tiež „Meno a priezvisko dieťaťa“, ale v prípade mŕtvonarodeného dieťaťa uvedie „Mŕtvonarodený chlapec“, resp. „Mŕtvonarodené dievča.“

Časť „Údaje o rodičoch dieťaťa“ na prvej strane hlásenia a údaje o ich trvalom pobyte na druhej strane vyplní zariadenie podľa osobných dokladov matky a otca (napr. občiansky preukaz, sobášny list). Ak matka nemá pri pôrode osobné doklady k dispozícii, doplní tieto údaje matrika. **Na hlásení pre ŠÚ SR vyplní zariadenie z týchto údajov len dátum narodenia rodičov a prvých šesť miest rodného čísla otca a matky. Ako koncovku rodných čísel uvedie „0000“.** V rubrike „Trvalý pobyt“ vyplní len údaje „okres“ a „obec“. Údaj „časť obce“ vyplní len v prípade ak ide o mestské časti v Bratislave a Košiciach. Na hlásení pre matriku údaje vyplní kompletne a podrobne podľa predtlaču.

Obe vyhotovenia hlásenia zasle zdravotnícke zariadenie prvý pracovný deň po pôrode príslušnej matrike.

Matrika vyplní ľavú časť záhlavia hlásenia na oboch výťahoch. Na hlásení pre ŠÚ SR vyplní na 1. strane len prvých šesť miest rodného čísla dieťaťa (ako koncovku uvedie „0000“) a v časti „Záznamy matriky“ vyplní len miesto, dátum a podpis. V tlačive pre matriku rodné číslo dieťaťa vyplní kompletne. **Matrika overí osobné údaje matky a otca podľa určených dokladov a ostatné prípadne chýbajúce údaje (aj do hlásenia pre ŠÚ SR) doplní.** Vzhľadom na úpravu zberu osobných údajov pre ŠÚ SR vykoná matrika aj dôslednú kontrolu logickej správnosti, nadväznosti a úplnosti údajov o trvalom pobyte matky, pohľavi, viťalite a druhu pôrodu dieťaťa. **Hlásenia o narodených deťoch v jednotlivých viacpočetných pôrodoch spojí zošivacím strojom, pričom v rubrike „Meno a priezvisko“ doplní označenie „dvojča (trojča, štvorča)“ a uvedie poradové čísla matričné ostatných detí z viacpočetného pôrodu.**

Ak na matrike dôjde k listnému oznámeniu narodenia, pri ktorom matrikárska s oznamovateľom vyhotovia o narodení zázpisnicu (napríklad keď matka a dieťa neboli ani dodatočne po pôrode ošetrované v zdravotníckom zariadení), matrikárska si potrebné tlačivá Obvy 2-12 vyzdvihne a najbližšom zdravotníckom zariadení (napr. na gynekologicko-pôrodníckom oddelení nemocnice s poliklinikou v okresnom alebo inom meste okresu). **Podľa zázpisnice a vyššie popísanej úpravy matrika** na dvoch tlačivách vyplní osobné údaje dieťaťa a jeho rodičov. Určeným spôsobom a v príslušnej úprave **doplní označenie („Áno“, resp. „Nie“) v záhlaví a rodné číslo dieťaťa.** Podľa istého prehlásenia oznamovateľa, resp. iných dokladov doplní ostatné údaje pre štatistické zisťovanie.

Matrika do zbierky listín zloží hlásenia, na ktorých je vyplnená ako originál prvá strana a druhá strana je kópiou (v záhlaví označenie „Nie“). V prípade, že na niektorom hlásení Obvy 2-12 určenom pre ŠÚ SR (v záhlaví označenie „Áno“) sú vyplnené osobné údaje, ktoré nie sú zahrnuté do zisťovania ŠÚ SR, matrika vhodným spôsobom **zabezpečí ich nečitateľnosť**.

Zásleku hlásení Obvy 2-12 pre ŠÚ SR zoradí matrika vzostupne podľa poradových čísel matričných a vyhotoví **pisomnú súpisnicu o zasielaných hláseniach. Ďalší postup pri úprave zásleky hlásení Obvy 2-12 a pri ich zaslaní je zhodný s postupom uvedeným na Hlásení o uzavretí manželstva.**

Hlásenia Obvy 2-12 spolu s hláseniami o ostatných prípadoch, ktoré sú predmetom štátneho štatistického zisťovania na úseku demografie (t. j. uzavretie manželstva, úmrtie), zasle v **návratnej obálke spolu so spravidelným listom** (rekapitulujúcim písomné súpisny jednotlivých hlásení tvoriacich obsah komplexnej zásleky) najneskôr piaty kalendárny deň po skončení mesiaca na adresu:

Štatistický úrad Slovenskej republiky – pracoviisko v Trnave, Osvaldova 2, 917 23 Trnava.

Ak **rodné číslo** niektorého z rodičov nie je k dispozícii (napr. jeden z rodičov dieťaťa je cudzinec), treba pre potreby štatistického zisťovania **vykonštruovať prvých šesť miest rodného čísla z dátumu narodenia a ako koncovku doplniť „0000“.** Taktó vykonštruované rodné číslo ale nie je predmetom zápisu do matričnej knihy narodení.

Štátne občianstvo dieťaťa (pri narodení) sa vyplní slovom len pre potreby štatistického zisťovania.

Národnosť rodičov sa na hlásení uvádza slovné, zvyčajne podľa vyhlásenia matky. Je potrebné respektovať deklaráciu akékoľvek národnosti, teda aj národnosti moravskej, sliezkej, rómskej. Údaj o národnosti môže otec pri vykonaní matričného zápisu dodatočne doplniť, resp. zmeniť.

Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva a hlásenie potratu*

za mesiac rok

Spravodajská jednotka doručí
hlásenie do 10. kalendárneho
dňa po sledovanom období
1x (prvú) kópiu na adresu :

Národné centrum
zdravotníckych informácií
Lazaretská 26
811 09 Bratislava

IČO										Id.	

Kód zdravotnej poisťovne

--	--	--	--	--

Názov a adresa sídla zdravotníckeho zariadenia

Priezvisko, meno rodená		Rodné číslo																	
Bydlisko – názov obce.....		1 – trvalé **)		Kód		1													
ulica č. d. a PSČ		2 – v zahraničí (99)		Kód		2													
Rodinný stav		1 – slobodná 2 – vydatá		3 – rozvedená 4 – vдова															
Vzdelanie		1 – základné (i neukončené) 2 – stredné bez maturity		3 – stredné s maturitou 4 – bakalárske 5 – vysokoškolské															
Ekonomická aktivity		1 – zamestnaná 2 – študentka 3 – nezamestnaná		4 – preľtistone pracujúca 5 - iná															
Pracovisko		1 – tízkové		2 - iné															
Počet doterajších pôrodov																			
Počet živonarodených detí																			
Počet doterajších UPT																			
Počet doterajších spontánnych potratov																			
Vnútromaternicová antikoncepcia		1 – áno		2 - nie															
Druh potratu		2 – leg. UPT do 8. týždňa 1 – spontánny		5 – mimomaternicové tehotenstvo 6 – iný 7 – nelegálne UPT		Dg.		O											
UPT zo zdravotných dôvodov		1 – áno		2 - nie		Dg.													
Dátum potratu (deň, mesiac, rok)																			
Vek plodu (v týždňoch)																			
U plodu nad 16 týždňov		hmernosť (g)					dĺžka (cm)												
Poplatok za UPT sa		1 – nestanoví		2 - stanoví															

<p>1. Žiadam o UPT***) Súhlasím s UPT****) Dávam podnet k UPT***)</p> <p>Beriem na vedomie lekára o možných zdravotných dôsledkoch UPT. Bola som poučená o možnosti používania antikoncepčných metód a poradenstvom. Časne prehlásim, že za posledných 6 mesiacov som nemala urobené UPT. Beriem na seba dôsledky vyplývajúce z nepravne uvedených údajov vyplývajúcich zo zájmu.</p> <p>..... Dátum a podpis žiadateľky (zák. zástupcu)</p>		<p>5. Beriem na vedomie možnosť podať do 3 dní žiadosť o preskúmanie záveru lekára, s ktorým som bola oboznámená.</p> <p>V dňa Podpis žiadateľky (zák. zástupcu)</p>	
<p>2. Posledná menštruácia:</p> <p>3. Dátum posledného notratu:</p>		<p>6. Výsledok preskúmania v prípade odvolania: UPT sa povoľuje – nepovoľuje***)</p> <p>..... Pečiatka a podpis okresného odborníka pre odbor gynekol. a pôrodníctvo</p>	
<p>4. Gynekologické vyšetrenie a nález (výsledky ostatných vyšetrení):</p> <p>Záver lekára:</p> <p>V dňa Pečiatka a podpis lekára</p>		<p>7. Správa o vykonanom umelom prerušení tehotenstva a o prípadných komplikáciách:</p> <p>V dňa Pečiatka zariadenia a podpis lekára</p>	

*) Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva (UPT), hlásenie potratu a mimomaternicového tehotenstva
**) Kód bydliska podľa klasifikácie štatistických územných jednotiek SR (Vyhľadiska ŠÚ SR č. 438/2004 Z.z. z 19. júla 2004)
***) Nevhodné prečiarňte

Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva a hlásenie potratu*)

za mesiac rok

IČO										Id.	

Kód zdravotnej poisťovne

--	--	--	--

Názov a adresa sídla zdravotníckeho zariadenia

Priezvisko, meno rodená		bez priepisu		Rodné číslo	
Bydlisko – názov obce.....		1 – trvalé **)	**)	Kód	1
bez priepisu		2 – v zahraničí (99)		Kód	2
Rodinný stav	1 – slobodná 2 – vydatá	3 – rozvedená 4 – vdova			
Vzdelanie	1 – základné (i neukončené) 2 – stredné bez maturity	3 – stredné s maturitou 4 – bakalárske 5 – vysokoškolské			
Ekonomická aktivita	1 – zamestnaná 2 – študentka 3 – nezamestnaná	4 – príležitostne pracujúca 5 – iná			
Pracovisko	1 – rizikové	2 – iné			
Počet doterajších pôrodov					
Počet živonarodených detí					
Počet doterajších UPT					
Počet doterajších spontánnych potratov					
Vnútromaternicová antikoncepcia	1 – áno	2 – nie			
Druh potratu	1 – spontánny	2 – leg. UPT do 8. týždňa 3 – leg. UPT od 9. do 12. týždňa 4 – leg. UPT od 13. do 24. týždňa	5 – mimomaternicové tehotenstvo 6 – iný 7 – nelegálne UPT		
UPT zo zdravotných dôvodov	1 – áno	2 – nie	Dg.	O	
Dátum potratu (deň, mesiac, rok)			Dg.		
Vek plodu (v týždňoch)					
U plodu nad 16 týždňov			hmotnosť (g)	dĺžka (cm)	
Poplatok za UPT sa	1 – nestanoví	2 – stanoví			

bez priepisu	bez priepisu
7. Správa o vykonanom umelom prerušení tehotenstva a o prípadných komplikáciách:	
V dňa	
Pečiatka zariadenia a podpis lekára	

*) Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva (UPT), hlásenie potratu a mimomaternicového tehotenstva

**) Kód bydliska podľa klasifikácie štatistických územných jednotiek SR (Vyhľadiska ŠÚ SR č. 438/2004 Z.z. z 19. júla 2004)

***) Nevhodná prečiarňka

Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva a hlásenie potratu*

za mesiac rok

ICO	id.

Kód zdravotnej poisťovne

Názov a adresa sídla zdravotníckeho zariadenia

Priezvisko, meno rodená			Rodné číslo	
Bydlisko - názov obce..... ulica č. d. a PSČ	1 - trvalé **) 2 - v zahraničí (99)	Kód	1	2
Rodinný stav	1 - slobodná 2 - vydatá	3 - rozvedená 4 - vdova		
Vzdelanie	1 - základné (i neukončené) 2 - stredné bez maturity	3 - stredné s maturitou 4 - bakalárske 5 - vysokoškolské		
Ekonomická aktívita	1 - zamestnaná 2 - študentka 3 - nezamestnaná	4 - príležitostne pracujúca 5 - iná		
Pracovisko	1 - rizikové	2 - iné		
Počet doterajších pôrodov				
Počet živonarodených detí				
Počet doterajších UPT				
Počet doterajších spontánnych potratov				
Vnútromaternicová antikoncepcia	1 - áno	2 - nie		
Druh potratu 1 - spontánny	2 - leg. UPT od 8. týždňa 3 - leg. UPT od 9. do 12. týždňa 4 - leg. UPT od 13. do 24. týždňa	5 - mimomaternicové tehotenstvo 6 - iný 7 - nelegálne UPT		
UPT zo zdravotných dôvodov	1 - áno	2 - nie	Dg.	O
Dátum potratu (deň, mesiac, rok)			Dg.	
Vek plodu (v týždňoch)				
U plodu nad 16 týždňov			hmotnosť (g)	dĺžka (cm)
Poplatok za UPT sa	1 - nestanoví	2 - stanoví		

<p>3. Žiadam o UPT***) Súhlasím s UPT***) Dávam podnet k UPT***)</p> <p>Beriem na vedomie poučenie lekára o možných zdravotných dôsledkoch UPT. Bola som poučená o možnosti použitia antikoncepčných metód a prostriedkov. Celose preskúšaním, že za posledných 6 mesiacov som nemala urobtené UPT. Beriem na seba dôsledky vyplývajúce z nesprávne uvedených údajov vyplývajúcich zo zákona.</p> <p>..... Dátum a podpis žiadateľky (zák. zástupcu)</p>	<p>7. Beriem na vedomie možnosť podať do 3 dní žiadosť o preskúmanie záveru lekára, s ktorým som bola oboznámená.</p> <p>V dňa Pečiatka žiadateľky (zák. zástupcu)</p>
	<p>8. Výsledok preskúmania v prípade odvolania: UPT sa povoľuje - nepovoľuje***)</p> <p>..... Dátum a podpis okresného odborníka pre odbor gynekol. a pôrodníctvo</p>
<p>2. Posledná meštruácia:</p> <p>3. Dátum nasledného potratu:</p> <p>6. Gynekologické vyšetrenie a nádez (výsledky ostatných vyšetrení):</p> <p>Záver lekára:</p> <p>V dňa Pečiatka a podpis lekára</p>	<p>7. Správa o vykonanom umelom prerušení tehotenstva a o prípadných komplikáciách:</p> <p>V dňa Pečiatka zariadenia a podpis lekára</p>

* Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva (UPT), hlásenie potratu a mimomaternicového tehotenstva
**) Kód bydliska podľa klasifikácie štatistických územných jednotiek SR (Vyhláška ŠÚ SR č. 438/2004 Z.z. z 19 júla 2004)
***) Nevhodné pečiarikate

Žiadosť o utajenie mojej osoby v súvislosti s pôrodom

Podpísaná:, narodená:,

trvalé bydlisko

týmto žiadam o utajenie mojej osoby v súvislosti s pôrodom môjho dieťaťa podľa zákona

č. 576/2004, Z. z. § 11, ods. 10.

V

Dátum

Podpis:

Poučenie:

podľa tohto zákona sa u ženy, ktorá písomne požiadala o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom, vedie osobitná zdravotná dokumentácia v rozsahu zdravotnej starostlivosti súvisiacej s tehotenstvom a pôrodom, ktorej súčasťou sú:

- osobné údaje tejto ženy nevyhnutné na zistenie anamnézy,
- údaje o poučení a informovanom súhlase (§ 6),
- údaje o chorobe osoby, o priebehu a výsledkoch vyšetrení, liečby a ďalších významných okolnostiach súvisiacich so zdravotným stavom osoby a postupom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- údaje o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- údaje o službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- epidemiologicky závažné skutočnosti
- identifikačné údaje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Osobné údaje nevyhnutné na identifikáciu sa vedú oddelene od osobitnej zdravotnej dokumentácie spolu s písomnou žiadosťou podľa §11 ods. 10. Osobitná zdravotná dokumentácia sa o tieto údaje doplní a zapečatí ako celok.

Vyhlásenie
Privolenie na osvojenie dieťaťa

I. Privolenie na osvojenie

Pozorne si prečítajte nasledujúce vyjadrenia predtým, ako ich vyplníte. Podpíšte ich dolu iba vtedy, ak ste úplne porozumeli každému výroku. Máte právo na radu o čomkoľvek alebo na informácie, ktoré by ste možno potrebovali vedieť v súvislosti s účinkami vášho privolenia.

Máte právo, ak o to požiadate, obdržať kópiu tohto privolenia.

Nemôžete dostať nijakú platbu ani kompenzáciu nijakého druhu, ktorú by vám ponúkli na účely získania vášho privolenia na osvojenie dieťaťa.

I. podpísaný

Príezvisko:

Krstné (rodné) meno (mená):

Dátum narodenia: deňmesiacrok

Zvyčajné bydlisko:

matka otec právny zástupca dieťaťa:

Príezvisko:

Prvé meno (mená):

Pohlavie: ženské mužské

Dátum narodenia: deňmesiacrok

Obvyklé bydlisko:

vyhlasujem, že:

1 - Slobodne súhlasím, bez hrozby a nátlaku, s osvojením tohto dieťaťa.

2 - Rozumiem, že moje dieťa môžu osvojiť manželia alebo osoba, ktorí žijú v zahraničí.

3 - Rozumiem, že osvojením tohto dieťaťa vznikne medzi osvojiteľom a osvojencom taký pomer, aký je medzi rodičmi a deťmi a medzi osvojencom a príbuznými osvojiteľa pomer príbuzenský.

Osvojitelia majú právo a povinnosti rodičov pri výchove dieťaťa.

4 - Dávam privolenie na účely osvojenia, ktorým sa končí doterajší právny vzťah rodiča a dieťaťa medzi dieťaťom a jeho matkou a otcom.

5 - Bol som informovaný/á, že môžem odvolať svoje privolenie na osvojenie do právoplatnosti rozhodnutia súdu o osvojení a že po tomto dni bude moje privolenie neodvolateľné.

Vyhlasujem, že som úplne porozumel/a predchádzajúcim vyjadreniam.

Vykonané v dátum

Podpis alebo značka

II. Vyhlásenie svedka/svedkov (ak sa vyžaduje na základe právnych predpisov alebo okolností, napr. v prípade negramotných alebo postihnutých osôb).

Podpis

III. Potvrdenie orgánu (odborníka) povereného preverením privolenia na osvojenie.

Meno:

Funkcia:

Týmto potvrdzujem, že osoba (a svedok - svedkovia), menovaní hore, predstúpili predo mňa v tento deň a podpísali toto privolenie na osvojenie.

Vykonané v dňa

Podpis a pečiatka

Autori: doc. PhDr. Martina Mojtoová, PhD.

Mgr. Katarína Sedlárová

PhDr. Marek Šrank, PhD.

Názov diela: Klinický sociálny pracovník

Vydavateľ: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Vedecký redaktor: doc. PhDr. Martina Mojtoová, PhD.

Technickí redaktori: Mgr. Katarína Sedlárová

Mgr. Radúz Sedlár

Návrh obálky: Mgr. Radúz Sedlár

Fotografia na obálke: doc. PhDr. Martina Mojtoová, PhD.

Preklad do AJ: Mgr. Roman Mojto

Rok vydania: 2013

Poradie vydania: prvé

Počet strán: 263

Počet výtlačkov: 100

Copyright

ISBN 978-80-558-0269-5

EAN 9788055802695