

1. Sociálna práca

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. Takisto treba zdôrazniť, že práve v zdravotníckom zariadení sa často odkrývajú latentné problémy, ako je napr. týranie a zanedbávanie dieťaťa, nevyhovujúce sociálne prostredie, závislosť na alkohole a drogách atď. (Kovalčíková, 2005)

Sociálny pracovník v zdravotníctve vychádza vo svojej práci z holistického modelu chápania človeka ako bio-psycho-sociálno-spirituálnej bytosti.

Pomoc sociálneho pracovníka máva spravidla charakter sociálnej agendy, 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).

Nepriaznivý pre sociálnych pracovníkov v zdravotníctve 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 (Mojtová, 2008).

Pre doriešenie právneho postavenia sociálneho pracovníka v zdravotníctve je nutné formulovať právne začlenenie pracovnej pozície zdravotne sociálneho pracovníka (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 (Mojtová, Sedlárová, Šrank, 2013).

2. Kvalifikačné predpoklady pre výkon sociálnej práce

Profesionalizácia sociálnej práce je neodmysliteľnou súčasťou dobre a kvalitne fungujúceho sociálneho systému každej vyspelej krajiny. Keďže sociálna práca sa významne etabluje do povedomia spoločnosti, zvyšuje sa aj spoločenské očakávanie, ktoré sa týka kvalifikačných predpokladov u sociálneho pracovníka, nakoľko jeho osobnosť sa odvíja aj od kvalitného vzdelania.

Sociálny pracovník by mal spĺňať určité kvalifikačné štandardy:

vysokoškolské vzdelanie magisterského stupňa, v odbore sociálna práca, praktické skúsenosti aspoň v rámci praktickej prípravy študentov v procese vzdelávania.

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)

Zmyslom profesionálnej prípravy sociálnych pracovníkov (t.j. vzdelávania na všetkých stupňoch a vo všetkých formách), sa tak okrem odovzdania sumáru informácií študentom stáva aj ich príprava na čo najkvalitnejšie zvládnutie profesionálnych kompetencií viažucich sa k výkonu profesie sociálna práca.

Sociálny pracovník v zdravotníctve má nepochybne svoje nezastupiteľné miesto. Rieši špecifické úlohy podľa typu zdravotníckeho zariadenia, typu oddelenia, počtu pacientov atď. Výkon sociálnej práce je predovšetkým závislý od odborných vedomostí a praktických zručností jej realizátorov a je potrebné, aby popri kvalifikačných predpokladoch 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.

Práca sociálnych pracovníkov je náročná, veľmi zaujímavá, ale nie vždy docenená. Od pracovníka sa vyžaduje zodpovedný a ľudský prístup, osobné nasadenie, flexibilitu a v určitom zmysle i oddanosť svojmu povolaniu. Úspechy v tejto oblasti často nie sú viditeľné ihneď, predchádza im dlhodobá, mravčia práca sociálnych pracovníkov (Devečková, 2007).

3. Osobnostné predpoklady pre výkon sociálnej práce

Sociálny pracovník je profesionál, ktorý pracuje s ľuďmi, je neustále v interakcii s človekom a jeho osobnosť by sa mala odvíjať od určitých osobnostných predpokladov, charakterových a povahových vlastností. Sociálnemu pracovníkovi nesmie byť cudzie to, čo je ľudské. Podstatou sociálnej práce je ľudský vzťah, predpokladom ktorého je optimálna komunikácia. Sociálny pracovník by mal mať primeranú dávku inteligencie, všeobecného prehľadu a pozitívne vlastnosti dobrého človeka ako: poctivosť, spravodlivosť, pravdivosť, pracovitosť, čestnosť, dôvernosť, slušnosť, zodpovednosť, trpezlivosť a obetavosť. Jeho morálny postoj má byť príkladom pre druhých a vzorom pre klienta i spoločnosť, s ktorými prichádza neustále do kontaktu. (Schavel, Čisecký, 2005).

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.

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

Sociálny pracovník v zdravotníctve využije skúsenosti s individuálnou, rodinnou a skupinovou prácou. Pri riešení problémov klienta/pacienta si musíme uvedomiť, že vzťah klienta k jeho chorobe nezávisí len od jeho osobnosti, ale aj od rodinného zázemia, a od etnických i kultúrnych tradícií.

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.

V zdravotníctve všetci zainteresovaní vykonávajú svoju prácu v špecifických podmienkach ľudskej núdze, bolesti, utrpenia a odkázanosti na pomoc iných, preto hádam ani netreba zdôrazňovať, že práve tu stále viac **vstupujú do popredia otázky ľudskej dôstojnosti, morálnych a etických princípov** (Nemčeková a kol., 2000).

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,
- sociálneho rozhľadu,

- integrovaného súhrnu povahových čŕt (poctivosť, spravodlivosť, pravdovravnosť, pracovitosť, vzbudzovanie dôvery u ľudí),
- profesionálnych predpokladov a schopností,
- schopnosti komunikácie s klientom, inštitúciami a spoločenskými organizáciami.

4. Etapy práce sociálneho pracovníka

Sociálny pracovník dodržiava pri svojej práci určitý postup. Jednotlivé etapy popísala tzv. americká škola (Novotná – Schimmerlingová, 1992). Sú to:

1. Prvý kontakt s klientom/pacientom (sociálna evidencia).
2. Stanovenie sociálnej diagnózy.
3. Návrh riešenia a plán sociálnej pomoci.
4. Intervencia a sociálna terapia.
5. Ukončenie spolupráce (overovanie výsledkov).

4.1. Prvý kontakt s pacientom

Sociálny pracovník sa musí najskôr zoznámiť so zdravotnou dokumentáciou (chorobopisom) pacienta. Zistí, o aký zdravotný problém u pacienta ide, konzultuje s ošetrojúcim lekárom, dozvedá sa predpokladaný typ liečby, jej dopad a prognózu ochorenia. Sociálny pracovník nikdy nesmie dopustiť, aby k pacientovi pristupoval s predsudkami, pod vplyvom názorov iných ľudí (lekárov, sestier), svoj úsudok si o pacientovi vytvára sám. Pri prvom stretnutí sa sociálny pracovník pacientovi predstaví a vysvetlí mu, akú pomoc mu môže ponúknuť. Práve prvé stretnutie má vytvoriť predpoklady k nadviazaniu úzkeho terapeutického vzťahu.

- klient/pacient musí porozumieť poslaniu sociálneho pracovníka,
- dôraz je kladený na rozhovor o predmete spolupráce, vrátane formálnej dohody o právach a povinnostiach zúčastnených,
- dôležité je získať si dôveru klienta/pacienta,
- pacienta je treba posudzovať ako súčasť jeho rodiny v celom doterajšom živote, nielen v čase rozvinutia choroby,
- dôležité je, za akých okolností došlo k vzájomnému stretnutiu (či z iniciatívy sociálneho pracovníka alebo od klienta, prípadne na odporúčenie iného zdravotníckeho pracovníka),
- **metóda** – individuálny rozhovor.

4.2. Stanovenie sociálnej diagnózy

Sociálny pracovník štruktúrovaným rozhovorom zisťuje psychosociálnu anamnézu:

- kľúčové informácie o sociálnom probléme,
- od najzákladnejších vecí k zložitejším, témy musia mať hierarchickú postupnosť, používa otvorené otázky,
- správna anamnéza obsahuje dostatok informácií o klientovi, jeho osobnosti, rodine, školských, pracovných, partnerských úspechoch, problémoch,
- informácie o tom, ako choroba ovplyvnila život klienta a celej rodiny, ako ju prijali, kde hľadajú oporu,
- obsah najzákladnejších informácií – identifikačné údaje, dôvod k intervencii (zjavný, alebo skrytý problém), rodinné pozadie, telesný stav, stupeň uspokojenia fyziologických potrieb, hygiena, intelekt a dosiahnuté vzdelanie, emocionálne prejavy, správanie, schopnosť

riešiť problémy, zamestnanie a ekonomická situácia klienta, bývanie a bytové podmienky, dopravné prostriedky, stravovanie, osobné bezpečie, príbuzní klienta, sociálna opora, celkový dojem z klienta, všímať si pohľad do budúcnosti.

- **Pozor!** Na reakcie klienta a na jeho prežívanie (plač, smútok, vtipkovanie, smiech, hľadanie slovnej podpory, mlčanie, popieranie faktov, agresia, emotívne neúmerné správanie).
- **metódy** – rozhovor, počúvanie, parafrázovanie, pozorovanie, prispôsobenie sa jazyku klienta, analýza existujúcich dokumentov.

4.3. Návrh riešenia a plán sociálnej pomoci

V tejto etape si sociálny pracovník vypracuje plán, podľa ktorého bude pacientovi poskytovaná sociálna pomoc.

- plán práce je rozdelený do niekoľkých krokov,
- mnohí klienti majú viac problémov naraz,
- brať do úvahy dôležitosť a naliehavosť problémov a podľa toho postupovať:
 - naliehavé problémy – plán krátkodobej pomoci,
 - menej naliehavé – plán dlhodobej pomoci.
- s plánom oboznámiť aj ostatných členov zdravotníckeho tímu a pripojiť ho k terapeutickému plánu,
- dohoda – kto, čo, za akých podmienok a dokedy,
- pozor na nespolupracujúceho alebo odporúčaného klienta inou osobou, inštitúciou.

4.4. Intervencia a sociálna terapia

Spôsob intervencie vychádza z potrieb klienta a sociálny pracovník je zodpovedný za nájdenie spôsobu takých riešení, ktoré sú pre klienta prínosom.

- intervencia vychádza z potrieb klienta, jeho možností a schopností, tiež možností a schopností organizácií,
- sociálny pracovník pracuje s celou škálou metód SP,
- rešpektovanie slobodného rozhodovania klienta,
- rešpektovanie dôvernosti informácií, anonymity klienta,
- profesionálne pôsobenie sociálneho pracovníka – kompetencie, profesionálna objektivita, rešpekt voči rozdielom medzi ľuďmi, individuálny prístup, využívanie silných stránok klienta.

Podľa Schavela, Čiseckého (2005) poznáme dva druhy intervencií:

1. **Bežná intervencia** je určená klientovi, ktorého problém umožňuje postupné, pokojné riešenie, kedy sociálny pracovník s klientom pracuje počas pravidelných, dohodnutých stretnutí na základe vopred vypracovaného plánu.
2. **Krízová intervencia** je určená pre klienta v akútnej krízovej situácii. Tento typ intervencie sa poskytuje v čase, ktorý je potrebný pre klienta, teda bez vopred dohodnutého, či naplánovaného stretnutia.

4.5. Ukončenie spolupráce

- kontrola účinnosti použitých metód SP,
- bilancovanie / úplné, čiastočné alebo nedostatočné vyriešenie problému,
- ukončenie spolupráce SP a klienta – pacienta,
- odporúčenie k inému odborníkovi v spádovej oblasti,

5. Náplň práce sociálneho pracovníka v zdravotníckych zariadeniach

Z pohľadu praxe Mojtovej, Sedlárovej, Šrank (2013) kompetencie sociálneho pracovníka v zdravotníctve vnímajú ako 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 (zdravotne sociálny pracovník zastupuje pacienta v prípade potreby na základe písomného splnomocnenia pri rokovaní s inštitúciami - na úradoch, súdoch),
- 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 vyhľadávacej činnosti zdravotne sociálneho pracovníka alebo na základe oznámenia ošetrojúceho 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 vyhľadávanie a kontakt s rodinnými príslušníkmi pacienta, prípadne s osobami, ktoré sú blízke pre pacientovo prirodzené sociálne prostredie),
- vykonáva vyhľadávaciu, preventívnu a resocializačnú činnosť v oblasti drogovej závislosti, týrania, sexuálneho zneužívania, zanedbávania starostlivosti o deti a dospelých.

Ďalšie úlohy sociálneho pracovníka v zdravotníctve opisuje Mojtovej (2008):

- spolupracuje pri psychoterapii pacientov (pokiaľ má na to špeciálny výcvik),
- sleduje (monitoruje) škodlivé vplyvy sociálneho prostredia,
- spolupracuje pri integrácii chorých do spoločenského prostredia,
- signalizuje lekárovi možné negatívne dôsledky na zdravie pacienta, ktoré pramenia z nevyhovujúcich sociálnych pomerov,
- vedie sociálnu dokumentáciu,
- participuje na výskumoch a prieskumoch v zdravotníckych zariadeniach,
- podľa potreby sa zúčastňuje na lekárske vizitách,
- aktívne sa zúčastňuje na ďalšom vzdelávaní.

Zdravotne 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,
- vyhľadáva a poskytuje informácie, ktoré pacient potrebuje,
- motivuje pacientov k tomu, aby sa stali spoluzodpovednými za riešenie svojej životnej situácie,

Pozícia sociálneho pracovníka v tíme zdravotníckych pracovníkov je opodstatnená, keďže práca SP v zdravotníctve má široký záber. Podstatné je však, ako je pozícia sociálneho pracovníka vnímaná jednak zdravotníckymi pracovníkmi a aj samotnými klientmi – pacientmi (Mojtová, 2008).

6. Základné princípy etiky sociálneho pracovníka

Sociálny pracovník ako profesionál disponujúci odbornými vedomosťami a všeobecným

Sociálny pracovník ako profesionál disponujúci odbornými vedomosťami a všeobecným prehľadom v spoločenskom dianí, musí spĺňať aj osobnostné predpoklady. Pri výkone svojej práce by si mal osvojiť nasledujúce základné etické princípy (Mojtová, 2008):

- **Prospešnosť (beneficiencia)** – predpokladá konať max. dobro pre konkrétneho človeka.
- **Neškodnosť (non-maleficiencia)** – žiada vylúčenie akéhokoľvek úmyselného i neúmyselného poškodenia alebo ublíženia. Dodržiavať pravidlo: „**Nihil nocere!**“ – **nikdy neškodiť**
- **Autonómia (svojbytnosť)** – rešpektovať rozhodnutie pacienta/klienta podľa vlastného presvedčenia (autonómni pacienti/klienti môžu podľa svojho uváženia presunúť zodpovednosť za rozhodovanie na inú osobu – napr. na lekára, ošetrovatelku – sestru atď.).
- **Spravodlivosť (justice)** – zaobchádzať so všetkými spravodlivo, s rovnomerným rozdelením rizík a výhod, nerobiť rozdiely medzi pacientmi, poskytovať zdravotnú starostlivosť každému, kto ju potrebuje, bez diskriminácie.
- **Pravdovravnosť (veracita)** – hovoriť iným pravdu, neklamať ich.
- **Dôveryhodnosť** – rešpektovať dôvernú povahu informácií a činov klienta.
- **Porozumenie/Tolerancia** – pochopiť a akceptovať názory iných.
- **Rešpektovanie klienta** – oceniť iných, ich práva a zodpovednosť, nakoľko rešpektovanie ostatných znamená, že s nimi nezaobchádzame len ako s prostriedkom slúžiacim k naplneniu nášho účelu.
- **Transparentnosť** – konať na základe všeobecne známych etických štandardov, ktoré akceptujú všetci zainteresovaní.

- **Konečnosť** (finalita–definitívnosť) – konať spôsobom, ktorý môže mať prioritu pred požiadavkami zákona, náboženstva a spoločenských zvyklostí.

7. Etické požiadavky na zdravotnícky personál

- Telesne a duševne zdravý
- Odborne a osobnostne zdatný:
 1. Odborná úroveň – vedomosti
 2. Prosociálnosť – poskytnúť pomoc bez rozdielu, prejavíť súcit, obetovať sa pre iných, nezávidieť úspechy iným
 3. Empatia – schopnosť vcítiť sa do problémov iných
 4. Solidárnosť
 5. Svedomie
 6. Sebavedomie
 7. Komunikatívnosť – vzbudzuje dôveru
 8. Sympatia – celkový zjav, oblečenie, správanie sa atď.
 9. Stavovské cnosti – bezúhonnosť, česť, mlčanlivosť, pravdovravnosť, poctivosť, ochota, usilovnosť, nezištnosť, veľkorysosť, dochvilnosť, trpezlivosť, vľúdnosť, obetavosť.

Uplatňovaním sociálnej práce v praxi poskytujú zdravotnícki pracovníci účinný nástroj k zvládaniu komplexnej problematiky zdravia a choroby. Pri výkone pomáhajúcich profesií sa pracovníci pridŕžajú etických kódexov, ktoré sa líšia podľa zamerania jednotlivých povolání. V praxi rozoznávame niekoľko typov kódexov: Etický kódex sociálneho pracovníka, Etický kódex zdravotníckeho pracovníka, Deontologický kódex, Právnický kódex atď.

1. Zdravotne-sociálna problematika SR po roku 1989

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

Revolučné zmeny v oblasti politiky, ekonomiky, hospodárstva a sociálnej politiky po roku 1989 ovplyvnili vznik kvalitatívne nových sociálnych fenoménov a kvalitatívny i kvantitatívny nárast sociálnych problémov na všetkých úrovniach spoločenského života. Vzniknutá politická a sociálna situácia vyvolala potrebu zmeny koncepcnej filozofie sociálnej politiky a následne zmenu prístupu v jej každodennej realizácii v oblasti sociálnej starostlivosti. Nová koncepcia, v symbióze s potrebami každodennej praxe, vyžadovala nové prístupy pri riešení sociálnych problémov na všetkých úrovniach, ale najmä v priamom kontakte so sociálnym klientom, rodinou, sociálnou skupinou či komunitou. Tento „kopernikovský“ obrat v sociálnej oblasti môžeme charakterizovať týmito zmenami:

- Zmena právneho rámca sociálnej politiky, sociálnej starostlivosti a sociálnej pomoci.
- Zmena centralizovaného riadenia sociálnej oblasti a paternalistického fungovania štátu na decentralizovanú, diferencovanú sociálnu starostlivosť, so širokou paletou možností realizácie rôznych subjektov a pestrou ponukou služieb, ktoré sa posúvajú bližšie ku klientovi a rešpektujú jeho jedinečné podmienky.
- Zmena prevažujúceho administratívno-byrokratického prístupu založeného najmä na finančných dávkach, na overovaní si podmienok pre ich udeľovanie, na vedení administratívnej agendy, na snahe o izoláciu problémových subjektov do pasívnych

rezidencií. Tento prevažujúci prístup invalidizoval sociálneho klienta na bezmocnú bytosť, ktorá pre svoju existenciu potrebuje sociálneho pracovníka ako trvalú, opornú barličku na ceste životom. Nový prístup sociálnej starostlivosti a pomoci by mal byť orientovaný antropocentricky /oproti štátocentrickému/, mali by v ňom dominovať autentické potreby konkrétneho človeka, v konkrétnom sociálnom prostredí (Gabura, 2005).

2. Aktuálny stav v zdravotne-sociálnej problematike v SR

Sociálna práca v zdravotníctve bola na území Československa neoddeliteľnou súčasťou zdravotno-sociálnej starostlivosti o pacientov nielen v ambulantnej a ústavnej starostlivosti, ale aj v teréne. Žiaľ, v roku 2004 sme sa vzdali v reformnom zdravotníckom zákone č. 576/2004 v zozname zdravotníckych pracovníkov sociálnych sestier a sociálnych pracovníkov, na rozdiel od ČR, kde pozícia zdravotne sociálnych pracovníkov je neustále legislatívne podporovaná. Prácu sociálnych pracovníkov v SR v súčasnosti čiastočne supľujú iní zdravotnícki pracovníci – lekári, zdravotné sestry, psychológovia, dobrovoľníci a iní.

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.

Veľkým úspechom v SR je po prijatí reformných zdravotníckych zákonov v roku 2004 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 materiálno – 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. Tento **Výnos MZ SR 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).

3. Legislatívne postavenie sociálneho pracovníka v zdravotníctve SR

Sociálny pracovník v zdravotníctve 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 súčasnosti výkon samotnej profesie sociálneho pracovníka v zdravotníctve 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 sociálneho pracovníka v zdravotníctve, hlavne v právnej norme zaoberajúcej sa poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (zákon č. 578/2004 Z. z.), ich profesionálna prítomnosť v zdravotníckom zariadení je v súčasnosti na rozhodnutí manažmentov týchto zariadení, v mnohých prípadoch je však profesijne zaradený ako technicko-hospodársky pracovník alebo je vedený v pracovnej kategórii ako sestra,
- nedostatočné vnímanie profesie sociálneho pracovníka v zdravotníctve ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu – nedostatočné alebo zlé vnímanie pracovnej pozície a odborných kompetencií sociálneho pracovníka v zdravotníckych zariadeniach inými zdravotníckymi pracovníkmi a laickou verejnosťou,
- výkon samotnej práce pod tlakom – výkon sociálnej práce v nemocnici je charakterizovaný aj schopnosťou sociálneho pracovníka v zdravotníctve odolávať tlakom z mnohých strán – lekár očakáva od zdravotne 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 – sociálni pracovníci v zdravotníctve 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 neblokovaním nemocničného lôžka z dôvodu sociálnych problémov pacienta.

Pre doriešenie právneho postavenia sociálneho pracovníka v zdravotníctve je nutné formulovať právne začlenenie pracovnej pozície zdravotne sociálneho pracovníka (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. (Mojtová, Sedlárová, Šrank, 2013)

Najlepšie riešenie je prijatie modelu, ktorý úspešne funguje v zahraničných vyspelých krajinách, kde na každej klinike (gynekologicko-pôrodná, pediatrika, psychiatrická, interná, onkologická, geriatrická, neurologická, chirurgická atď.) pôsobí zdravotne 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.

Sociálny pracovník má v zdravotníckych zariadeniach nepochybne svoje nezastupiteľné miesto.

4. Legislatívne opatrenia a vybrané právne normy v zdravotníctve SR

Vychádzajúc z často opakovaného poznatku, že zdravie obyvateľstva je určujúcim faktorom ekonomického, sociálneho a kultúrneho rozvoja krajiny, prijala vláda Slovenskej republiky v posledných rokoch na úseku ochrany a podpory zdravia rad zásadných systémových opatrení. K nim patria rôzne koncepčné dokumenty, ako sú Národný program podpory zdravia, Štátna zdravotná politika, Koncepcia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti, Koncepcia odboru psychiatria atď. Primárnymi cieľmi týchto dokumentov je vytváranie podmienok pre zastavenie zhoršujúceho sa trendu zdravotného stavu obyvateľstva SR, na zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva SR a zlepšenie životného prostredia v súlade s cieľmi Svetovej zdravotníckej organizácie.

Právo na ochranu zdravia je súčasťou Listiny základných práv a slobôd a je zakotvené aj v Ústave Slovenskej republiky v čl. 40: „Každý má právo na ochranu zdravia a na základe zdravotného poistenia má právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky.“

Hlavné legislatívne dokumenty štátnej zdravotnej starostlivosti v SR sú:

- Zákon č. 282/2006 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- Zákon č. 126/2006 Z. z. o verejnom zdravotníctve
- Zákon č. 579/2003 Z. z. o liečebnom poriadku

Najdôležitejšie právne normy, ktoré sa dotýkajú oblasti zdravotníctva a sociálnej práce v zdravotníctve v súčasnosti:

- 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 záchrannej 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.

Mojtová, Sedlárová, Šrank (2013) upozorňujú, že napriek stanoveným legislatívnym podmienkam zdravotnej starostlivosti o ľudí, **ani jedna spomínaná právna norma nedefinuje otázku riešenia sociálnych dôsledkov choroby alebo úrazu profesionálnymi zdravotne 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.

Napriek potrebe profesionálnych sociálnych pracovníkov, najmä v rezorte zdravotníctva, sa znížoval počet týchto 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 (zdravotne sociálnymi pracovníkmi). Sociálny pracovník sa spomína len vo vyššie spomínanom dokumente z roku 1984 (ako sociálna sestra alebo sestra pre sociálnu službu), zadefinovaná je ešte v Koncepcii Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti a v Koncepcii odboru psychiatria. Aj Repková a kol. (2011) konštatujú, že v

podmienkach SR existuje pomerne významná priepasť medzi legislatívnymi možnosťami pre zavádzanie integrovaných zdravotne sociálnych služieb a sociálno-politickou praxou.

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).

Medzi komory, asociácie a organizácie zastrešujúce zdravotnú a sociálnu starostlivosť na Slovensku patria napríklad Slovenská lekárska komora (od r. 1990), Slovenská lekárska komora sestier a pôrodných asistentiek (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 zákonom 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. (Mojtová, Sedlárová, Šrank, 2013)

5. 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 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. Typy zdravotníckych zariadení

Zdravotná starostlivosť sa poskytuje v štátnych a neštátnych zdravotníckych zariadeniach formou ambulantnej a ústavnej starostlivosti. Z pohľadu sociálnej práce je ešte dôležité delenie na zdravotnícke zariadenia pre deti, dospelých a starých ľudí. Systém, obsah, forma zdravotnej starostlivosti je závislé od odborného, personálneho, materiálneho a technického zamerania.

A) Nemocnice, nemocnice I. typu, nemocnice s poliklinikou II. a III. typu

Ide o zariadenia, ktoré poskytujú neodkladnú starostlivosť, a to aj ambulantnú aj ústavnú. Ich delenie je závislé od spádovej oblasti, charakteru jednotlivých oddelení a rozsahu poskytovanej starostlivosti.

Klientmi nemocníc sú klienti všetkých vekových kategórií a sociálnych skupín. Dôvody ich prijatia sú nasledovné:

- sú v akútnom ohrození života a vyžadujú intenzívnu starostlivosť,
- sú prijatí pre diagnostiku a liečbu ochorení,
- vyžadujú dlhodobú zdravotnú, rehabilitačnú starostlivosť a doliečenie,
- z pohľadu spoločnosti sú považovaní za rizikových (infekčné choroby, psychiatrické ochorenia, drogovo závislí atď.)
- klientky pred pôrodom, počas pôrodu a po pôrode.

B) Zariadenia poskytujúce paliatívnu starostlivosť

Hospic sa špecializuje na poskytovanie paliatívnej starostlivosti, ktorá sa zameriava na kvalitu života zomierajúcich, na úľavu bolesti a iných príznakov, ako aj na psychologické, sociálne a spirituálne potreby chorých a podporu zomierajúcemu a jeho rodine.

C) Odborné liečebné ústavy

Odborné liečebné ústavy sú zariadenia liečebno – preventívnej starostlivosti. Zameriavajú sa na diagnostiku a liečbu ochorení so zdĺhavým priebehom. Okrem základnej starostlivosti poskytujú aj rehabilitáciu (liečebnú, pracovnú, psychologickú prípadne inú starostlivosť). K odborným liečebným ústavom patria napr. Ústav TBC a respiračných chorôb.

D) Psychiatrické liečebne, psychiatrické nemocnice, psychiatrické stacionáre a centrá pre liečbu drogových závislostí

V uvedených zariadeniach sa poskytuje starostlivosť osobám s duševnými chorobami, prípadne ľuďom závislým od alkoholu, drog a nelátkových závislostí.

E) Liečebne pre dlhodobo chorých

V tomto zariadení sa poskytuje dlhodobá ošetrovateľská, liečebná a rehabilitačná starostlivosť osobám s chronickým alebo zdĺhavým typom ochorenia, tiež pri ochoreniach s následnými, alebo pokročilými komplikáciami.

F) Prírodné liečebné kúpele

Kúpele sú miesta s prírodnými liečivými zdrojmi, ktoré sa využívajú na liečbu, prevenciu a rehabilitáciu osôb s rôznym typom ochorenia.

G) Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS)

Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti tvoria v sieti zdravotníckych zariadení samostatnú funkčnú jednotku. Hlavnou úlohou týchto zariadení je poskytovať komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť osobám v ich prirodzenom sociálnom prostredí.

H) Dialyzačné strediská

Dialyzačné strediská poskytujú špecializovanú starostlivosť v odbore nefrológia na liečbu obličkovej nedostatočnosti a mimotelovej liečby vrátane peritoneálnej dialýzy vykonávanej v domácom prostredí.

I) Vysokošpecializovaný liečebný ústav

Starostlivosť zameraná na diagnostiku a liečbu chorôb, ktoré vyžadujú osobitne závažné diagnostické a liečebné procedúry. Väčšinou majú prívlastok „národný“, napr. Národný onkologický ústav Bratislava, Národný rehabilitačný ústav Kováčová. Ide prevažne o zariadenia s dlhodobým pobytom.

J) Geriatrické centrá

Tieto zariadenia poskytujú komplexnú diagnostickú, liečebnú, rehabilitačnú starostlivosť osobám starším ako 65 rokov. Skladá sa obyčajne z geriatrickej ambulancie, prípadne polikliniky, oddelenia, geriatrického prípadne gerontopsychiatrického stacionára, alebo z oddelenia pre dlhodobo chorých. Klientmi týchto zariadení sú osoby vo vyššom veku s chronickou chorobou, prípadne multimorbiditou, osoby vysoko závislé a nesebestačné s poruchami pohyblivosti, inkontinenciou.

7. Prevencia v zdravotníctve

Cieľom prevencie je udržiavať a podporovať zdravie, predchádzať vzniku choroby, obnoviť poškodené zdravie a zmierňovať utrpenie a bolesť.

Primárna prevencia – ochrana zdravia pomocou osobných a kolektívnych faktorov. Príkladom sú pravidelné preventívne prehliadky, zdravotnícka osveta (životospráva jednotlivca), očkovanie (napr. proti chrípke najmä u starších občanov, ľudí so zníženou imunitou atď.).

Sekundárna prevencia – opatrenia na včasné odhalenie a rýchle a efektívne intervenovanie s cieľom nápravy odchýliek od dobrého zdravia. Sekundárnou prevenciou je včasná diagnostika a liečba ochorení, zahájenie opatrení proti vzniku komplikácií (operačný zákrok, chemoterapia, rádioterapia atď.).

Terciárna prevencia – opatrenia na zníženie alebo elimináciu dlhodobých poškodení a invalidity, ktoré vznikajú ako následok choroby (úrazu), ďalej súčasťou terciárnej prevencie je minimalizácia utrpenia spôsobeného neliečiteľnými ochoreniami a pomoc pacientovi v prispôbení sa zmenenému zdravotnému stavu.

Základné pojmy

1. Zdravie

Existuje veľa definícií zdravia. Tú základnú charakterizovala Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) v roku 1948: „*Zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, a nie iba neprítomnosť ochorenia alebo poruchy funkcie.*“ Všetky zložky zdravia (telesná, psychická, sociálna a duchovná) spolu súvisia a vzájomne sa ovplyvňujú. Ak sa jedna z týchto zložiek naštříb alebo stratí, môžeme pozorovať aj narušenie ďalších dvoch zložiek.

Faktory ovplyvňujúce zdravotný stav človeka

Kopecká (2003) uvádza, že zdravotný stav obyvateľstva ovplyvňujú tak interné ako i externé faktory. Medzi *vnútorné faktory* patrí:

1. *Dedičnosť* – čiže predispozícia na určité ochorenia. Sem patrí napríklad vnímavosť na cukrovku, alergické ochorenia, hypertenziu atď.
2. *Pohlavie* – je štatisticky dokázané, že muži častejšie ochorejú na ischemickú chorobu srdca ako ženy, je u nich aj väčší počet ochorení na rakovinu pľúc, a samozrejme viazanosť na pohlavie pri ochoreniach reprodukčných orgánov.
3. *Vek* – niektoré ochorenia sa typicky vyskytujú v určitých vekových skupinách, napr. častejšie sa vyskytujú infekčné ochorenia u detí ako u dospelých (ak sa vyskytnú v dospelosti, môžu mať iný priebeh).
4. *Vývin* – faktor vývinu má tiež výrazný vplyv na zdravotný stav. Schopnosť čeliť ochoreniam je v prvých rokoch života iná ako v produktívnom veku a v starobe.

Medzi *vonkajšie činitele* patria:

1. fyzikálne (žiarenie, tlak vzduchu, teplota, pohyb vzduchu),
2. chemické (pôsobenie chemikálií, zloženie vzduchu, exhaláty, čistota vôd),
3. biologické (nezávadnosť pitnej vody, potravín, z hľadiska obsahu choroboplodných zárodkov, infekcie baktériami, vírusmi, plesňami a parazitmi),
4. sociálno-spoločenské (vplyvy spoločnosti, životný štýl, zdravotné návyky, interpersonálne vzťahy, kultúra).

V komplexe rizikových faktorov ohrozujúcich zdravie sa najčastejšie uvádzajú: nesprávna životospráva, telesná nečinnosť, zhoršovanie životného prostredia, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, fajčenie a nadmerné používanie alkoholických nápojov, chronické sledovanie televízie, nedostatok spánku atď.



Obr. 1 Faktory ovplyvňujúce zdravotný stav človeka

(Zdroj: Národná správa o ľudskom rozvoji – SR 2001-2002)

Medicínske disciplíny, ktoré sa venujú problematike zdravia a choroby zo sociálneho hľadiska:

- Sociálna pediatria
- Sociálna gynekológia
- Sociálna psychiatria
- Verejné zdravotníctvo – Public Health
- Hygiena a epidemiológia
- Etnomedicína atď.

2. Choroba

Choroba je objektívne zistiteľná porucha zdravia, ktorá výrazne zasahuje do života človeka a môže existovať aj vtedy, keď človek nepociťuje žiadne príznaky. Môžeme ju definovať ako **nepriaznivý zdravotný stav, ktorý spôsobuje nielen problémy fyzické (somatické), ale aj psychické (emočné), sociálne (ekonomické, interpersonálne, pracovné) a duchovné**. Chorobu chápeme ako ťažkú životnú situáciu, ktorá kladie nárok na adaptáciu. Zároveň s chorým človekom sú zvýšené nároky aj na jeho okolie. (Kovalčíková, 2005)

2.1. Sociálne zmeny

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.

Akútne ochorenie je náhle, vyznačuje sa intenzívnou bolesťou a rýchlym priebehom – chrípka, nádcha, angína, drobné zranenie, úraz (pocity slabosti, únavy, neurčité ťažkosti). Zväčša 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 sa rozvíja pomaly. Má dlhodobé trvanie, často neistú prognózu, celoživotný priebeh, významne ovplyvňuje kvalitu života chorého a celej jeho rodiny – bronchitída, ischemická srdcová choroba, cievne mozgové príhody, nádorové ochorenie, skleróza multiplex, hemofília, ochorenia postihujúce CNS (Alzheimerova choroba atď.). Môže mať rôzny priebeh – stavy zhoršenia (relaps), ale aj dlhodobé spontánne dlhotrvajúce remisie. Chorý stráca niektoré kompetencie vo svojom každodennom živote. Symptómy ho trápia dlhodobo, najmä chronická bolesť je stresujúca, obmedzuje chorého v aktivite. Častokrát nedochádza k zlepšeniu. Chorý sa musí vyrovnáť s negatívnymi pocitmi (slabosť, strach, úzkosť, nauzea, zvracanie, inkontinencia, nevoľnosť, nespavosť) a zvlášť s bolesťou. Takisto sa musí vyrovnáť s diagnostickými a terapeutickými postupmi, s nemocničným prostredím, s novými ľuďmi v živote – zdravotníci, spolupacienti, musí zvládnuť odlúčenie od rodiny a priateľov... Niekedy je chronicky chorý pacient nútený odísť do invalidného dôchodku. Na jeho psychiku pôsobí tiež strata samostatnosti. Dostáva sa do *sociálnej izolácie*. Ochorenie prináša aj trvalé následky – stratu zraku, sluchu, reči...či smrť.

Narušenie životných rolí je ovplyvnené týmito faktormi:

- ochorenie je viditeľné (rany, deformácie, zápach),
- laická verejnosť si myslí (často mylne), že chorý je zodpovedný za vznik ochorenia, dĺžku liečenia atď.,
- ochorenie patrí do skupiny chorôb s *vysokou stigmatizáciou* (duševné poruchy, infekčné choroby, najmä prenosné pohlavným stykom – AIDS, syfylis).

2.2. Telesné zmeny

- zhoršujú kvalitu života chorého,
- obmedzujú jeho možnosti rozvoja,
- znemožňujú samostatné fungovanie,
- sprievodným príznakom viacerých ochorení je bolesť.

Niektoré telesné zmeny ovplyvnia možnosť pacienta komunikovať, napr. je potrebné vypracovať nový spôsob dorozumievania pomocou tabuľky s písmenami či počítača. V niektorých prípadoch si chorý musí osvojiť úplne nové zručnosti, akými je posunková reč alebo slepecké písmo.

2.3. Psychické zmeny

- zmeny súvisiace s prijatím ochorenia, s predstavou vlastného ohrozenia,
- zmeny sebapoňatia, súvisiace so zmenami rol,
- zvýraznenie rysov osobnosti vplyvom dlhodobej záťaže, frustrácie.

Psychické zmeny sú spracovávané v rovine rozumovej a emočnej. Emócie, ktoré spôsobujú problémy pri komunikácii:

- strach,
- plač,
- úzkosť,
- hnev, agresivita, zlosť,
- trúchlenie, smútok až depresia.

2.4. Fázy ochorenia

Ochorenie má svoje časové ohraničenie, má svoj začiatok, priebeh a koniec. Zo sociologického hľadiska popisujeme **štyri tzv. základné fázy ochorenia**:

1. **Príznaky, symptómy** (každý na ochorenie reaguje inak – niekto bagatelizuje, iní zveličujú symptómy, pokúšajú sa liečiť sami alebo vyhľadávajú laickú či odbornú pomoc).
2. **Vyhľadanie lekárskej pomoci.**
3. **Akceptovanie choroby pacientom** (jedinec sa stotožňuje so sociálnou rolou pacienta a ako pacient je aj svojím sociálnym okolím akceptovaný).
4. **Návrat ku skorším sociálnym funkciám** (niekedy prechod choroby do chronickej formy alebo smrť).

Sekundárne zisky z ochorenia – všetko, čo pacient vďaka chorobe získava (nemocenské dávky, oslobodenie od pracovných a mimopracovných povinností, protektívne správanie zdravotníkov, istá výnimočnosť chorého atď.).

Postoje pacienta k chorobe

Nemožno opomenúť i postoje pacienta k chorobe. Od nich primárne závisí, aké potreby daný pacient má. Podľa Bouchala (1981 In Špatenková, 2003, s. 39) 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.

3. 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 osoba, ktorá prijíma starostlivosť na prinávratenie zdravia alebo jeho podporu. Pacient je osoba, ktorá navštívila ambulantne alebo v rámci hospitalizácie zdravotnícke zariadenie za účelom diagnostiky zdravotných problémov, zahájenia a nastavenia liečby.

Pacient má určité práva a povinnosti. Podľa Kutnohorskej (2007) existuje **právo pacienta na:**

- 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 so spôsobom diagnostiky a liečby,
- súhlas pri zaradení do klinickej štúdie alebo výukovej demonštrácie,
- odmietnutie liečby a možnosť konzultácie iného lekára alebo zdravotného zariadenia,
- sociálnu starostlivosť a podporu danú zákonom,
- možnosť návratu do pôvodného zamestnania.

Šrank (2012) rozdelil pacientov z hľadiska praxe sociálneho pracovníka v zdravotníctve nasledovne:

1. pacienti sociálneho pracovníka v zdravotníctve z hľadiska veku:

- novorodenci,
- detskí pacienti,
- mladiství pacienti,
- dospelí pacienti v produktívnom veku,
- pacienti - seniori,

2. pacienti sociálneho pracovníka v zdravotníctve z aspektu sociálneho prostredia:

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

3. pacienti sociálneho pracovníka v zdravotníctve z hľadiska typu ochorenia:

- akútne chorí pacienti,
- chronicky chorí pacienti,

4. pacienti sociálneho pracovníka v zdravotníctve z hľadiska častosti hospitalizácie:

- prvýkrát hospitalizovaní pacienti,
- opakovane hospitalizovaní pacienti,

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

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

6. pacienti sociálneho pracovníka v zdravotníctve z hľadiska bližšej špecifikácie:

- pacienti – seniori so zníženou sebestačnosťou,
- 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.

4. Hospitalizmus

Hospitalizmus patrí medzi vážne riziko 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. Postihuje ľudí bez rozdielu veku, pohlavia, vzdelania atď. U každého človeka sa prejavuje inak – stratou aktivity, pocitom únavy, pasivitou, zdanlivým nezáujmom o okolie, úzkosťami, plačom, strachom, krikom, či oneskorením mentálneho vývoja. Môžeme povedať, že pôsobí ako dlhodobá deprivácia.

Keďže deti patria medzi najrizikovejšie z hľadiska hospitalizmu, je dôležité kvôli prevencii pozornosť smerovať práve na ne. Jedným z najdôležitejších bodov **prevencie hospitalizmu** je rešpektovanie práv detského pacienta zakotvené v Charte práv hospitalizovaných detí. Medzi ďalšie dôležité zásady patria:

- Obmedzenie hospitalizácie, predovšetkým jeho dĺžky.
- S dieťaťom prijímať k hospitalizácii i jedného z rodičov.
- Zabezpečiť kontakt s rodinou.
- Umožniť kontinuálne návštevy.
- Upraviť nemocničný režim.
- Humanizovať nemocničné prostredie.
- Psychická príprava na hospitalizáciu.

5. Prostredie

Prostredím vo všeobecnosti rozumieme všetko, čo človeka obklopuje, t.j. prostredie materiálne, prírodné, fyzikálne, ale aj prostredie psychické, sociálne a duchovné.

- *v zdravotníckej terminológii* – prostredie = systém vytváraný pre potreby zdravia a podporný systém zameraný na zdravie, služby, ktoré má klient k dispozícii a sú efektívne pre zdravie, resp. možnosti aktivít zameraných na zdravie,
- *v terminológii soc. práce* – prostredie = skupina faktorov, s ktorými je človek v interakcii, súbor určitých skupín, napr. socioprofesionálnych vrstiev – lekárske prostredie, súbor osôb, ktoré vytvárajú určitú atmosféru (kultúrne, nekultúrne, inšpirujúce a pod.), tiež výsledky ľudskej aktivity. (Strieženec, 1996)

Medzi človekom a prostredím existuje vzájomná väzba, t.j. *človek vplýva na prostredie a naopak, prostredie ovplyvňuje človeka*. V problematike sociálnej práce v zdravotníctve si musíme uvedomiť, že *človek s nepriaznivým zdravotným stavom prichádza z nejakého sociálneho prostredia, ktoré sa môže podpísať na vzniku choroby a po intervencii zdravotníkov sa do toho istého prostredia aj vracia*.

Medzi vonkajšie faktory, ktoré môžu ovplyvňovať proces liečby patria:

- 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 skomplikovaný niektorými okolnosťami (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.

6. Sociálna práca

Medzinárodná federácia sociálnych pracovníkov (IFSW / IASSW, 2000, Montreal) definuje sociálnu prácu ako profesiu, ktorá podporuje sociálnu zmenu, riešenie problémov v medziľudských vzťahoch, posilnenie a oslobodenie ľudí pre zvýšenie blahobytu. Využívajúc teórie ľudského správania a sociálnych systémov, sociálna práca zasahuje tam, kde sú ľudia vo vzájomnej interakcii s prostredím. Princípy ľudských práv a sociálnej spravodlivosti sú pre sociálnu prácu zásadnými.

Sociálna práca sa zameriava na bariéry, nerovnosti a nespravodlivosti, ktoré jestvujú v spoločnosti. Reaguje na krízy a mimoriadne udalosti, ako aj na každodenné osobné a spoločenské problémy. Sociálna práca využíva množstvo zručností, techník a aktivít, v súlade s jej holistickým zameraním na osoby a ich prostredie. Intervencie sociálnej práce sú v rozmedzí od primárnych psychosociálnych procesov zameraných na jednotlivú osobu až po zapojenie sociálnej politiky, plánovanie a rozvoj. Patrí medzi ne poradenstvo, klinická sociálna práca, skupinová práca, sociálne pedagogická práca, rodinná

liečba a terapia, ako aj úsilie pomôcť ľuďom získať služby a zdroje v komunite. Intervencie tiež zahŕňajú správne orgány, komunitné organizácie a angažovanie sa do spoločenského a politického rokovania, s cieľom ovplyvniť sociálnu politiku a ekonomický rozvoj. Holistické zameranie sociálnej práce je univerzálne, ale priority sociálnej práce sa líšia v jednotlivých krajinách ako aj v priebehu dejín, a to v závislosti od kultúrnych, historických a sociálno-ekonomických podmienok.

Sociálna práca je spoločenská veda, ktorá na základe teoretických a praktických odborných poznatkov a skúseností vlastnými metódami a metodikou realizuje starostlivosť o človeka na profesionálnej úrovni. Prakticky pomáha riešiť problémy týkajúce sa všetkých stránok existencie jednotlivca, skupiny a komunity v sociálnom prostredí, v ktorom žijú. (Žilová, 2000)

Sociálna práca je špecifická odborná činnosť, ktorá smeruje ku zlepšovaniu vzájomného prispôsobovania sa jednotlivcov, rodín, skupín a sociálneho prostredia, v ktorom žijú a ku rozvíjaniu sebaúcty a vlastnej zodpovednosti jednotlivcov s využitím zdrojov poskytovaných spoločnosťou. Je činnosťou v prospech klientov, ktorú možno charakterizovať pojmami pomoc, sprevádzanie, podpora.

Spoločnosť sociálnych pracovníkov na Slovensku, ako profesná organizácia, sformulovala v roku 1995 definíciu, ktorá charakterizuje sociálnu prácu ako „odbornú činnosť, ktorá svojimi všeobecnými a špecifickými metódami poskytuje pomoc ľuďom pri predchádzaní a riešení ich nepriaznivých sociálnych situácií, ktoré sú dôsledkom najmä:

- zdravotného postihnutia,
- veku,
- zlyhania výchovnej funkcie rodiny,
- absencie sociálnych návykov,
- životných okolností, spôsobených živelnými pohromami, migráciou, vojnami,
- dlhodobej nezamestnanosti.“ (Asociácia sociálnych pracovníkov na Slovensku, 1999)

Sociálna práca *v užšom poňatí* spočíva v sociálno-výchovnom pôsobení a ovplyvňovaní klienta ku zmene postojov, a teda v jeho aktívnom zapojení do riešenia sociálnej situácie. Jej súčasťou sú aj odborné metodické postupy a zároveň aj sledovanie a hodnotenie výsledkov poskytovanej starostlivosti.

Novotná – Schimmerlingová (1992) sociálnu prácu charakterizujú ako „*priamy, zámerný a pripravovaný kontakt sociálneho pracovníka s klientom, skupinou, komunitou za účelom stanovenia sociálnej diagnózy a uskutočnenia sociálnej terapie.*“

V širšom zmysle slova, sociálna práca obsahuje všetky sociálno-technické opatrenia (služby, dávky, organizáciu sociálnej pomoci, posudky a spoluprácu s ďalšími odborníkmi). Patrí sem i riadiaca činnosť, rozhodovanie, plánovanie, sociálny výskum atď. (Strieženec, 2001)

7. Sociálny pracovník

Podľa Strieženca (2001) je sociálny pracovník profesionál, ktorý disponuje osobitými predpokladmi, vlastnosťami a schopnosťami. Prispieva k zlepšeniu situácie a nabáda jednotlivca, skupinu, komunitu či spoločnosť k správny postojom. Snaží sa riešiť a eliminovať poruchy a demotivačné faktory v interakcii

so sociálnym prostredím, vedie klienta k vlastnej zodpovednosti, k rozvoju kritického myslenia z hľadiska budúcich potrieb a k účelnému využitiu vlastných zdrojov.

Na Slovensku v súčasnosti neexistuje legislatíva, ktorá by určovala kompetencie sociálneho pracovníka v zdravotníctve, 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 agendy, 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).

Sociálny pracovník v zdravotníckom zariadení (nemocnice, psychiatrické nemocnice, liečebne pre dlhodobó 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 sociálneho pracovníka v zdravotníctve.

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*, najviac sa prikláňame k názvu **zdravotne sociálny pracovník** (Mojtová, Sedlárová, Šrank, 2013).

Náplň práce sociálneho pracovníka v zdravotníctve 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.

8. Klient sociálnej práce

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 zdravotne sociálneho pracovníka. Klientom zdravotne 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.

V sociálnej práci sa pod termínom **sociálny klient** rozumie osoba, ktorá po zhodnotení vlastnej situácie dospieva k názoru, že pre jej vyriešenie potrebuje odbornú pomoc sociálneho pracovníka. Klientom sú jednotlivci, členovia rôznych skupín, ktorí vyžadujú sociálnu starostlivosť, sociálnu pomoc, ocitli sa v sociálnej kolíznej situácii a majú určitý sociálny problém, ktorý je potrebné odstrániť alebo prekonať. Patria sem občania, ktorí sa dostali do situácie sociálnej odkázanosti, resp. potrebnosti (bezdomovci), tiež všetci tí, ktorí sa ocitli v sociálne kolíznych situáciách (nezamestnaní, občania nachádzajúci a vracajúci sa z výkonu trestu, občania s asocíálnym správaním a pod.). Klientmi môžu byť ďalej príslušníci minorít a z rôznych príčin sociálne narušení jednotlivci (Strieženec, 1996).

Keď zdravotný stav neumožňuje človeku plnohodnotne fungovať v spoločnosti alebo je jeho fungovanie limitované, či podmienené využívaním kompenzačných pomôcok a požívaním liekov, stáva sa nielen klientom sociálnej práce, ale aj pacientom.

Klientom sociálnej práce vo všeobecnosti môže byť:

- *jednotlivec – osobnosť – individualita*, teda konkrétny človek, ktorý sa ocitol v preňho neriešiteľnej situácii,
- *rodina*, ktorá sa stáva klientom vtedy, keď jej reálne problémy (ktoré patria do kompetencie sociálneho pracovníka) presahujú možnosti riešenia v rámci rodinnej interakcie,
- *skupina*,
- *komunita*,
- *spoločnosť*.

Klientmi sociálnej práce z hľadiska zdravotných problémov môžu byť dlhodobo hospitalizovaní pacienti, chronicky chorí, ľudia trpiaci nevyliciteľných ochorením (môže ísť najmä o onkologických pacientov alebo ľudí HIV pozitívnych), tiež psychiatrickí pacienti atď. Starostlivosť o túto kategóriu klientov môžeme vnímať aj z pohľadu sociálnej práce, a to najmä v rámci poradenských a preventívnych (na úrovni sekundárnej a terciárnej prevencie) aktivít. Niektoré intervenčné postupy sociálneho pracovníka môžu byť zamerané na začlenenie klientov/ pacientov do spoločnosti, adaptáciu na rodinné prostredie po hospitalizácii, hľadanie primeraného zamestnania a sprevádzanie pri konkrétnom pracovnom uplatnení so starostlivosťou v pracovnom prostredí (Schavel, Čisecký, 2005).

9. Sociálny problém

Tokárová (2003) definuje „sociálny problém ako konkrétny sociálny jav, ktorý nie je v normalite, dotýka sa jednotlivca, skupiny alebo komunity a vyvoláva potrebu spoločenského zásahu, intervencie.“ Príčinou alebo spúšťacím mechanizmom sociálne problémovej situácie môže byť aj nepriaznivý zdravotný stav a z toho prameniace obmedzenia. Sociálne problémy môžu, ale aj nemusia súvisieť so zmeneným zdravotným stavom, latentné problémy (týranie a zanedbávanie dieťaťa, závislosť od alkoholu a drog atď.).

Vulnerabilné (zraniteľné) osoby-

Pomáhajúce profesie sa stretávajú s ľuďmi, ktorí si v mnohých prípadoch nevedia sami pomôcť, ocitajú sa v kríze, ľudskej bolesti a utrpení. Sú zraniteľní a bezbranní. Medzi vulnerabilné (zraniteľné) osoby patria: deti, dospievajúci, staršie osoby, tehotné ženy, ženy v šestonedielke, v menopauze, hendikepované osoby, osoby s akútnou či chronickou chorobou, ťažko choré osoby, nevyliciteľne chorí a ľudia v bezvedomí (Mojtová, Gažíková, Grey, 2008).

O zraniteľných osobách sa hovorí aj v súvislosti s klinickými trialmi. 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. Do výskumu nesmú byť zaradené tzv. vulnerabilné (zraniteľné) osoby, napr. tehotné ženy, zdravé deti, študenti medicíny, podriadení zamestnanci, vojaci, väzni, bezdomovci, utečenci, osoby nespôsobilé k právnym úkonom (Mojtová, Sedlárová, Šrank, 2013).

Iatrogénne poškodzovanie- Tento pojem sa v súčasnosti viaže predovšetkým k problematike zdravotníckej etiky. Slovo *iatros* (gr.) = lekár, *gennan* (gr.) = tvoriť. Prídavné meno *iatrogenes* znamená vzniknutý od lekára, lekárom vyvolaný. Výraz *iatropathogenia* sa používa pri poškodení pacienta lekárom a signalizuje negatívny dej (Mojtová, 2008).

Poškodenie pacienta môže mať podľa svojho charakteru v zásade trojakú podobu:

- ☐ Telesné (somatické) poškodenie, napr. časté röntgenovanie, chirurgické odstránenie zdravej časti tela (napr. pri náleze na prsníku omylom odstránia zdravý prsník);
- ☐ Psychické poškodenie, napr. rozprávať sa o pacientovi nad pacientom o vážnych plánovaných zákrokoch bez toho, aby mu čokoľvek vysvetlili;
- ☐ Kombinované poškodenie, napr. robenie mnohých zbytočných vyšetrení, ktoré pacienta somaticky zaťažujú a súčasné nasadenie terapie 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 raniť pacienta a viesť k strate dôvery voči zdravotníkom.

Poškodenie pacienta je veľmi úzko spojené s etickým nerešpektovaním jeho dôstojnosti. Týka sa všetkých pacientov bez ohľadu na diagnózu, fázu vývoja choroby, pohlavia, vek, etnickú

príslušnosť, náboženské vyznanie, socioekonomický status. Poškodenie pacienta môžeme rozlišovať aj podľa miery zavinenia, miery zodpovednosti, rozsahu zasiahnutej populácie, podľa aktérov, podľa príčin atď. (Munzarová, 2005).

Čo sa týka psychického poškodzovania, najviac zasahuje 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, 2008).

Pochybenia zdravotníkov s vážnymi následkami nie sú ani dnes, bohužiaľ, výnimkou. Javy, ktoré súvisia s negatívnym pôsobením zdravotníkov a ďalších osôb na pacienta, majú svoje odborné názvy (Kutnohorská, 2007): Výraz **sororigénia** bol vytvorený ako analógia k termínu **iatrogénia**. Jeho základ je latinský **soror** (lat.) = sestra a druhá časť slova je grécka **gennan** (gr.) = tvoriť. Tiež sestry môžu negatívne pôsobiť na pacientov a neprimerane konať, čo vysvetľuje termín **sororigénia** – poškodenie sestrou.

Pacient nezískava informácie len od lekárov a sestier. Dôležitým zdrojom informácií bývajú aj spolupacienti, tí môžu pacienta informovať nepresne, neúplne, vystrašiť ho alebo šokovať. Pre negatívne pôsobenie pacienta existuje tiež špeciálny termín **egrotogénia** (aegrotogénia, *aegrotus* (lat.) = chorý človek) – poškodenie pacientom. V minulosti a aj dnes sa niektorí pacienti zverujú do rúk ľudových liečiteľov, ktorí v mnohých prípadoch ohrozujú zdravie a psychiku chorých. Latinské označenie pre liečiteľa je *iatrialipia* (lat.) = liečiteľ, mastičkář, spolu s gréckym *gennan* (gr.) = tvoriť vytvára špeciálny termín **iatrialipitagénia** pre poškodenie, ktoré pochádza od liečiteľa. **Malpractice** (angl.) – je termín na označenie chýb (omylov) v práci zdravotníkov. V odbornej literatúre sa používa v dvoch významoch:

- a) v právnickej terminológii – zanedbanie povinnej starostlivosti pri výkone povolania,
- b) voľnejší význam – nedostatočné, lajdácke vykonávanie určitej činnosti, ktorá vedie k poškodzovaniu človeka (Mareš, 2002).

Ochrana ľudských práv a dôstojnosť pacienta

1. Práva pacientov

Potreba zabezpečiť ľudské práva je univerzálna, ich ohrozenie nepozná geografické hranice. Ľudské práva vyjadrujú najzákladnejšie, všetkými uznávané hodnoty ľudstva. Chrániť a rešpektovať základné ľudské práva, obzvlášť ľudskú dôstojnosť, patrí k základným etickým povinnostiam zdravotníckych pracovníkov. Medzi **základné ľudské práva** patrí:

- právo na život a jeho ochranu,
- právo na osobnú slobodu,
- právo na súkromie,
- právo vlastníť majetok,
- právo na nedotknuteľnosť obydlia,
- právo listového tajomstva,
- právo svedomia a náboženského vierovyznania,
- odmietanie diskriminácie,
- rovnosť a dôstojnosť ľudí.

Okrem základných ľudských práv, ktoré sú neodňateľné a nezrušiteľné, v zdravotníctve uplatňujeme práva pacientov, ktoré sú zamerané na slobodné rozhodovanie o svojej osobe. Práva pacientov sa odvíjajú od **Všeobecnej deklarácie ľudských práv**, prijatej 10. decembra 1948 na Valnom zhromaždení OSN, ktorá sa stala základom ústav novodobých štátov a systémov zákonodarstva. Jej základ tvoria stáročné ľudské skúsenosti, zovšeobecnené príčiny mnohorakých foriem ľudského utrpenia a nedôstojného postoja k ľudskej bytosti.

Na 34. svetovom zhromaždení Svetovej lekárskej spoločnosti (WMA) v Lisabone (Portugalsko) v roku 1981 bola prijatá **Lisabonská deklarácia**, ktorá sa týka práv pacientov vo všeobecnosti. V roku 1994

sa v Amsterdame (Holandsko) uskutočnilo pod záštitou Regionálnej ústredne SZO pre Európu Európske fórum o právach pacientov, kde bola prijatá **Amsterdamská deklarácia** – dokument o podpore práv pacientov v Európe, ktorý mal a má byť pre jednotlivé krajiny významným pomocníkom pri formulovaní politiky na posilnenie práv pacientov. (Kutnohorská, 2007). **Deklarácia o rozvoji práv pacientov v Európe** (Amsterdam, 1994) pomáha zlepšiť postavenie chorého človeka a zabezpečuje dodržiavanie ľudských práv pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti. Vymedzuje 6 základných oblastí, v ktorých treba humanizovať zdravotnú starostlivosť.

Pacient má právo na:

- rovnocennú, dôstojnú a optimálnu zdravotnú starostlivosť a liečbu,
- 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,
- odmietnutie liečby a možnosť konzultácie s iným lekárom alebo v inom zdravotníckom zariadení,
- sociálnu starostlivosť a podporu danú zákonom,
- možnosť návratu do pôvodného zamestnania.

Pacient má aj povinnosti:

- v prípade, že súhlasí s liečbou, túto dodržiavať,
- dbať na odporúčanú životosprávu,
- zoznámiť sa s interným poriadkom zdravotníckeho zariadenia a dodržiavať ho.

Okrem všeobecných práv pacientov sa vyvíjajú špecifické práva vzťahujúce sa na skupiny chorých, u ktorých by mohla vzniknúť diskriminácia, napr. Charta práv hospitalizovaných detí, Práva onkologických pacientov, Charta práv umierajúcich pacientov, Charta práv starších občanov, Charta práv telesne postihnutých osôb, Deklarácia práv duševne postihnutých osôb a iné.

2. Práva zdravotníckych pracovníkov

Výhrada svedomia

Kvôli tlaku, ktorý pôsobí na zdravotnícky personál zo strany bežných ľudí, záujmových skupín najmä v otázkach a problematike týkajúcej sa umelého potratu, eutanázie, umelého oplodnenia, zmien pohlavia a podobne, sa i v súčasnosti veľa diskutuje o právach zdravotníckych pracovníkov. *„Ide predovšetkým o právo na uplatnenie výhrady svedomia, ak sa od lekára či sestry požaduje konanie, ktoré je v rozpore s ich mravným presvedčením, a o právo na neposkytnutie liečby, ak pacient požaduje liečbu, ktorá je podľa názoru zdravotníckeho pracovníka zbytočná príliš zaťažujúca alebo dokonca škodlivá.“* (Glasa, Šoltés a kol., 1998, s. 66-67).

- **je základné ľudské právo, platí aj pre zdravotníckych pracovníkov**
- znamená „právo vyhnúť sa zákonnej povinnosti v mene vyššej povinnosti, ktorú ukladá svedomie“
- Toto právo im nemôže nikto zobrať a každý ho má rešpektovať, inak potláča ich základné ľudské právo a s najväčšou pravdepodobnosťou sa dopúšťa konania, ktoré je v rozpore s ústavou.

- **Listina základných práv a slobôd** v čl.15 ods.1 i **Ústava Slovenskej republiky** v čl. 24 ods.1 priznávajú slobodu myslenia a svedomia: „**Sloboda** myslenia, **svedomia**, náboženského vyznania a viery sa zaručujú...
- **Deontologický kódex** Slovenskej lekárskej komory (SLK) – platný od 22. 2. 1992: „Lekár **smie slobodne odmietnuť** vykonať taký lekársky výkon, alebo smie odmietnuť spoluúčasť na takom výkone, ktorý **odporuje jeho svedomiu**, okrem prípadov bezprostredne ohrozujúcich život alebo zdravie.”

(upravená výhrada svedomia lekára)

Zdravotnícki pracovníci

- **kvôli výhrade svedomia odmietajú** vykonávať umelý potrat, sterilizáciu, umelé oplodnenie, eutanáziu, tiež tzv. zbytočnú a pre pacienta príliš zaťažujúcu, prípadne škodlivú liečbu
- v slovenských pomeroch je najväčší problém s nerešpektovaním výhrady svedomia pri umelom potrate. Vykonávanie umelého potratu je totiž často pracovnou náplňou pracovnej zmluvy gynekológov a iných zdravotníckych pracovníkov. Je to ich pracovná povinnosť.

3. Základné medzinárodné etické dokumenty v zdravotníctve

Zdravotnícka etika hovorí o konaní dobra pre človeka so zvláštnym zameraním na ochranu jeho života a zdravia. Je posudzovaná na základe cieľa, prostriedkov a výsledkov preventívnej, diagnostickej a liečebnej starostlivosti. Pojem „**medicínska etika**“ sa používa v Európe, pojem „**bioetika**“ v USA.

Stáva sa, že „samozrejmosti“ sú nesamozrejmé – o Desatore a Hippokratovej prísaha každý „niečo“ počul a „niečo“ vie. Profesionáli pracujúci v zdravotníctve by texty oboch kódexov mali poznať (nie naspamäť) a ich obsahom dobre rozumieť (Haškovcová, 2001).

Hippokratova prísaha – majstrovské etické dielo, tvorí dodnes **základ zdravotníckej etiky** (vymedzuje povinnosti lekárov – voči pacientom, kolegom a verejnosti – odvoláva sa na svedomie, je proti eutanázii, interrupciám, trvá na dodržiavaní lekárskeho tajomstva, zaväzuje sa šíriť medicínske poznatky ďalej atď.). **Ide o prvý veľký európsky etický kódex**, ktorý zakladá kontinuitu všetkých ďalších, najmä európskych, etických dokumentov. Dnes je známa pod názvom **Ženevská prísaha lekára**. Existujú názory, že Hippokratova prísaha nie je vlastným Hippokratovým dielom (vyjadruje však jeho morálne zásady).

Hippokratovu prísahu je možné rozdeliť na tri časti:

1. **Úcta k učiteľom a bratstvo s kolegami** (lekár má záväzok voči svojmu učiteľovi a jeho rodine, má si ho vážiť ako rodičov, získané vedomosti a skúsenosti podávať žiakom, ktorí sa chcú venovať medicíne)
2. **Dôraz na dodržiavanie lekárskeho tajomstva** (lekár sa má správať k pacientovi slušne a s rešpektom, na oplátku úcta k lekárovi)
3. **Úcta k ľudskému životu** (nepodanie smrtiacej látky, či abortívneho prostriedku)

Podstata kresťanskej etiky v medicíne a ošetrovatelstve je založená na princípe milosrdnej lásky (povinnosť pomáhať blížnemu). Je dôležité si uvedomiť, že bez ohľadu na svoju osobnú vieru či „nevieru“ je **Desatoro Božích prikázaní** dôležitým kódexom, ktorý ovplyvnil a doteraz ovplyvňuje kultúru a spoločenskú klímu celého sveta, najmä Európy.

Norimberský kódex – ďalší dôležitý etický kódex v lekárstve, ktorý striktnie vymedzuje základné podmienky a etické princípy realizovania biomedicínskeho výskumu s účasťou ľudských subjektov. Bol prijatý v roku 1947 na základe hrôz 2. svetovej vojny, kedy sa v neľudských podmienkach koncentračných táborov masovo praktizovali pokusy na zajatcoch a väzňoch, ktorí boli mučení a zabíjaní. Norimberský kódex zakazuje robiť pokusy na ľuďoch bez ich slobodného dobrovoľného súhlasu (ten môže dať iba právne spôsobilá osoba).

Ženevská deklarácia – tzv. **novodobá prísaha lekárov** (je odvodená z **Hippokratovej prísahy**), bola prijatá Svetovou lekárskou spoločnosťou (World Medical Association – WMA) v r. 1948 v Ženeve. Zaväzuje lekára rešpektovať vôľu chorého, zachovanie života, neškodiť chorému a chrániť dôstojnosť človeka. Žiadne ohľady - ani náboženské, rasové, národné, stranícke či triedne neodradia lekára od plnenia jeho povinností voči chorému. Lekár to v tejto prísahe prehlasuje čestne, slávnostne a slobodne.

Helsinská deklarácia – súhrn etických smerníc pre lekárov angažovaných vo výskume. Bola prijatá na 18. zasadnutí WMA v Helsinkách v r. 1964 a potom viackrát novelizovaná (v r. 1975 – Tokio, 1983 – Benátky, 1989 – Hong Kong, 1996 – Somerset West, naposledy v r. 2000 na kongrese Svetovej lekárskej spoločnosti v škótskom Edinburhu). Posledná úprava sa výrazne líši od tých predchádzajúcich, reflektujúc na dnešnú situáciu v lekárskom výskume. Na jej novelizácii sa podieľala aj Slovenská lekárska spoločnosť ako člen WMA.

4. Paternalizmus a partnerstvo

Paternalizmus (lat. pater = otec, paternalistický vzťah = otcovský, pren. rodičovský) – autoritatívne rozhodovanie lekára alebo sestry v otázkach diagnostického a liečebného postupu bez rešpektovania autentickej autonómie pacienta, t.j. bez ohľadu na konkrétne postoje a pránie pacienta. Paternalistický postoj je oprávnený len v prípadoch náhleho ohrozenia života, keď sa lekár musí urgentne rozhodovať (urgentné stavy ohrozujúce život, bezvedomie, šok a pod.).

Partnerský vzťah – lekár a pacient sú si občiansky rovní, odlišujú sa len vzdelanosťou, predovšetkým „špecializovanou“ (jeden je vyštudovaný právnik, iný strojár, ďalší učiteľ atď.). Napriek tomu, že v súčasnosti sa preferuje **odmietanie paternalizmu**, jeho premena v **partnerský vzťah** doteraz nie je ukončená vzhľadom na to, že paternalistický vzťah je historicky najstarší a v Európe má hlboké korene.

Ďalšie dôvody smerujúce k zmene paternalizmu na partnerstvo:

- politické vplyvy po 2. svetovej vojne,
- rozmach všeobecného a odborného školstva a zdravotníckej osvetu,
- rozmach technickej a špecializovanej medicíny a vytvorenie multidisciplinárnej tímovej starostlivosti,
- nárast dlhodobo hospitalizovaných a chronicky chorých.

5. Poškodzovanie pacienta zdravotníckym pracovníkom

Pochybenia zdravotníkov s vážnymi následkami nie sú ani dnes, bohužiaľ, výnimkou. Javy, ktoré súvisia s negatívnym pôsobením zdravotníkov a ďalších osôb na pacienta, majú svoje odborné názvy (Kutnohorská, 2007):

Iatrogénia, iatrogénne poškodenie – poškodenie pacienta spôsobené lekárom napr. chybným výkonom, nesprávnym postupom, ale aj nevhodným správaním.

latros (gr.) = lekár; *gennan* (gr.) = tvoriť, pôvod

Sororigénia – poškodenie sestrou

soror (lat.) = sestra

Egrotogénia (aegrotogénia) – poškodenie pacientom

aegrotus (lat.) = chorý človek

Dôležitým zdrojom informácií bývajú aj spolupacienti, tí môžu pacienta informovať nepresne, neúplne, vystrašiť ho alebo šokovať.

Iatraliptagénia – poškodenie liečiteľom

iatralipta (lat.) = liečiteľ, mastičkár

V minulosti, aj dnes sa niektorí pacienti zverujú do rúk ľudových liečiteľov, ktorí v mnohých prípadoch ohrozujú zdravie a psychiku chorých.

Malpractice (angl.) – termín na označenie chýb (omylov) v práci zdravotníkov:

a) v právnickej terminológii – zanedbanie povinnej starostlivosti pri výkone povolania,

b) voľnejší význam – nedostatočné, lajdácke vykonávanie určitej činnosti, ktorá vedie k poškodzovaniu človeka.

Typy poškodenia pacienta

Poškodenie pacienta môže byť podľa svojho charakteru trojaké:

- **telesné (somatické) poškodenie** – napr. časté röntgenové vyšetrenie
- **psychické poškodenie** – napr. 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 súčasné nasadenie terapie bez akéhokoľvek bližšieho vysvetlenia).

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 nevyliečiteľne chorých.

6. Informovaný súhlas

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 ošetrenia. Informovaný súhlas pozostáva z **dvoch základných štádií**:

1. **poskytnutie 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 ošetrenia alebo zákroku.

Informovaný súhlas – je slobodný súhlas mentálne kompetentnej (svojprávnej) osoby udelený preukázateľným spôsobom (písomne), dobrovoľne, po dôkladnom oboznámení sa s priebehom,

podmienkami a možnými rizikami (vyšetrenia, liečby, výskumu). Za **nesvojprávne osoby** (deti, duševne chorí) dáva informovaný súhlas **zákonný zástupca** (u detí spravidla rodičia).

Kompletný informovaný súhlas pozostáva z týchto častí:

- druh diagnózy,
- povaha a účel navrhovaného zákroku alebo procedúry,
- riziká a výhody navrhovanej procedúry alebo zákroku,
- odôvodnené alternatívy navrhovaného zákroku (nehľadiac na ich cenu alebo rozsah, ktorý je pokrytý zdravotným poistením),
- riziká, výhody a pochybnosti týkajúce sa každej alternatívy,
- hodnotenie a miera pacientovho pochopenia,
- akceptácia zákroku pacientom.

Medzinárodné štandardy informovaného súhlasu

Dohovor o ľudských právach a biomedicíne – je základným dokumentom upravujúcim podmienky poskytovania informovaného súhlasu

- Všeobecná deklarácia ľudských práv
- Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd
- Európska sociálna charta
- Charta základných práv únie
- Európska charta práv pacientov

7. Povinnosť mlčanlivosti

Povolanie všetkých zdravotníkov je spojené s mimoriadnou zodpovednosťou. Okrem dobrej znalosti odbornej problematiky, je nevyhnutná aj znalosť príslušných právnych dokumentov a etických kódexov. Lekárske tajomstvo odjakživa upevňuje dôveru medzi pacientom a lekárom, pacientom a všetkými zdravotníkmi. Vzťahuje sa na všetky údaje, ktoré zdravotník získal od pacienta, rodinných príslušníkov, zo zdravotnej dokumentácie alebo od iného zdravotníckeho pracovníka. Povinná mlčanlivosť sa týka informácií o:

- zdravotnom stave pacienta (o chorobe a postupe liečenia),
- sociálnej situácii (napr. priznanie dôchodku),
- pracovnej situácii (napr. pracovná pozícia v zamestnaní),
- rodinnej situácii (napr. rodinné problémy).

Povinnou mlčanlivosťou je viazaný každý ZDRAVOTNÍK:

- aj vtedy, keď je mimo služby,
- aj vtedy, keď zmení zamestnanie,
- aj vtedy, keď zmení odbor alebo odíde do dôchodku.

Možnosti porušenia mlčanlivosti

Zdravotnícky pracovník je povinný zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedel v súvislosti s výkonom svojho povolania, s výnimkou niektorých prípadov:

- **tradičné** – zdravotník podáva informácie tretej osobe (manželke, manželovi...) so súhlasom pacienta, napr. „*Pán doktor, keď zomriem, povedzte...*“ (pacient uviedol KEDY – po úmrtí, KOMU a ČO má byť povedané),
- **povinné hlásenie** (napr. infekčnej choroby – HIV, hepatitída; ale aj interrupcie u žien mladších ako 18 rokov...),
- **spolupráca s orgánmi činnými v trestnom konaní.**

Formy porušenia:

a) ústna

b) písomná

Porušenie povinnej mlčanlivosti je hrubé porušenie pracovnej disciplíny a vyvodzujú sa z toho patričné dôsledky, ale nie u všetkých. Z právnického pohľadu sa postihujú len zamestnanci. Na stáži však chodí veľa medikov, študentov zdravotníckych odborov, ktorí nepodliehajú povinnej mlčanlivosti vyplývajúcej zo zákona!

História a súčasnosť medicínskej etiky vo svete

Novodobá zdravotnícka etika vychádza z 3 zdrojov: 1.Hippokratova prísaha a hippokratovská tradícia 2.Židovsko-kresťanská tradícia 3.Novodobé filozofické smery
začiatok medicínskej etiky ako vedy – v staroveku □ Sokrates (469 – 399 pred Kr.) – „otec etiky“ – ako prvý poukázal na to, že treba poznať seba samého „...čo je to človek a čo prislúcha jeho osobitnej prirodzenosti – v protiklade k ostatným tvorom – robiť alebo trpieť, po tom pátra a tomu skúmaniu venuje úsilie (filozofia)...“

Hippokratova prísaha □ majstrovské etické dielo, tvorí základ zdravotníckej etiky, vymedzuje povinnosti lekárov – voči pacientom, kolegom a verejnosti (odvoláva sa na svedomie, je proti eutanázii, interrupciám, dodržiava lekárske tajomstvo, zaväzuje sa šíriť medicínske poznatky ďalej...) □ nie je vlastným Hippokratovým dielom (vyjadruje však jeho morálne zásady), autorom bol stúpenec Pythagorejcov □ nie je známy dátum jej vzniku (6. st.p.n.l., začiatok kresťan. obdobia)

Hippokratova prísaha – tri časti 1.Úcta k učiteľom a bratstvo s kolegami (učiteľov si vážili ako rodičov, získané vedomosti a skúsenosti podávať žiakom) 2.Dôraz na dodržiavanie lekárskeho tajomstva (na oplátku úcta k lekárovi) 3.Úcta k ľudskému životu (nepodanie smrtiacej látky, či abortívneho prostriedku)

Židovsko-kresťanská tradícia □ jej hodnoty sú základom súčasnej morálky 1.Židovská tradícia Židia – veľkí zástancovia práva na život lekár je povinný urobiť akýkoľvek zásah na záchranu života pacienta, a to aj vtedy, ak pacient odmieta a uprednostňuje smrť

2.Kresťanská tradícia princíp milosrdnej lásky, život – Dar od Boha, na ktorý človek nemá právo siahnuť, v pacientovi vidí Ježiša

Kresťanská náuka □ základným princípom – kresťanská láska a povinnosť pomáhať blížnemu □ Desatoro Božích prikázaní: 1.Ja som Pán, Boh tvoj. Nebudeš mať iných bohov okrem mňa! 2.Nevezmeš meno Božie nadarmo! 3.Pamätaj, aby si deň odpočinku svätil! 4.Cti otca svojho i matku svoju! 5.Nezabiješ! 6.Nezosmilníš! 7.Nepokradneš! 8.Nevydáš krivé svedectvo proti blížnemu svojmu! 9.Nebudeš bažiť po žene blížneho svojho! 10.Nepožiadáš svojho blížneho o dom, dvor, dobytok, ani všetko, čo je jeho!

Desatoro Božích prikázaní □ bez ohľadu na svoju osobnú vieru či „nevieru“ je Desatoro dôležitým kódexom, ktorý ovplyvnil a doteraz ovplyvňuje kultúrnu a spoločenskú klímu celého sveta, najmä Európy

Ďalšie filozofické, psychologické a ekonomické prúdy

Východná Európa □ Marxizmus – leninizmus – v socialistických krajinách predpisoval centrálne, čo je pravda a dobro, zlo, miera spravodlivosti, čo je sloboda, mravnosť a estetika □ táto ideológia sa musela prijímať bez odporu □ svedomie neuznáva ako vrozenú vlastnosť,

ale ako získanú podľa postavenia človeka v spoločnosti □morálna degradácia spoločnosti, apatia, zmanipulovanie vedomia a svedomia

Západná Európa □v západných európskych krajinách získal veľký vplyv existencializmus – sústredí sa na problémy človeka, predmetom filozofovania je subjektívne prežívaná individuálna reakcia ľudskej existencie na svet, zaoberal sa problémom slobody ľudského konania (Jean P. Sartre, Soren Kierkegaard, Albert Camus) □tzv. zvyková morálka spoločnosti – mravnou normou je to, čo robí väčšina (vrcholom tohto vývoja je dekadentizmus, liberatinizmus a amoralizmus) □ešte vyšším stupňom morálnej degradácie – anarchizmus

F. Nietzsche □rozvinul prístup individualizmu – doterajšiu morálku považoval za bezcennú □všetko slabé a nedokonalé podlieha v zápase silnému a zdravému □súcit je prejavom slabosti, menejcenné duše sú stvorené k podmaneniu (Nemecko, II.svetová vojna – koncentračné tábory, neľudské správanie, mučenie, zabíjanie, pokusy na zajatcoch a väzňoch)

ETICKÉ PRINCÍPY (angl. Ethical Principles)-

Práca klinického sociálneho pracovníka má široký záber. Riadi sa v procese sociálnej práce najnovšími metódami a používa najnovšie pracovné prístupy pri riešení problémovej situácie klienta, vrátane prístupu k nemu. Pri svojej činnosti dodržiava základné etické princípy, rešpektuje základné ľudské práva klientov, všeobecne záväzné právne normy a je v súlade s rešpektovaním základných ľudských práv a slobôd (Mojtová, Sedlárová, Šrank, 2013).

Ľudia pracujúci v pomáhajúcich profesiách by mali mať určité osobnostné predpoklady, ktoré sú v súlade so základnými etickými princípmi:

□ *Prospešnosť (beneficiencia)* – predpokladá konať maximálne dobro pre konkrétneho človeka, podporovať jeho sebaistotu a záujmy (Mojtová, 2008). 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.

□ *Neškodnosť (non-maleficiencia)* – žiada vylúčenie akéhokoľvek úmyselného i neúmyselného poškodenia alebo ublíženia. Dodržiavať pravidlo: „*Nihil nocere!*“ – nikdy neškodiť (Mojtová, 2008). Tento princíp je v interakcii s rešpektom k druhému a vedie k zachovávaniu 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.

□ *Autonómia (svojbytnosť)* – rešpektovať rozhodnutie klienta podľa vlastného presvedčenia – autonómni klienti môžu podľa svojho uváženia presunúť zodpovednosť za rozhodovanie na inú osobu – napr. na lekára, sociálneho pracovníka, sestru atď. (Mojtová, 2008). Rozlišujeme autonómiu pracovníka a autonómiu pacienta. Princíp autonómie predpokladá, že budeme pristupovať ku každému klientovi/pacientovi a ostatným zainteresovaným osobám ako k rovnocenným partnerom. Autonómia je úzko prepojená s princípom beneficiencie – prospešnosti (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011). K tomu, aby sme mohli realizovať svoju autonómiu, potrebujeme dostatočnú slobodu konať, ale tiež musíme byť pripravení prevziať za svoje konanie zodpovednosť.

□ *Spravodlivosť (justice)* – spravodlivosťou rozumieme rešpekt a úctu ku klientom, nerobiť medzi nimi rozdiely, zaobchádzať so všetkými spravodlivo, s rovnomerným rozdelením rizík a výhod, poskytovať zdravotno-sociálnu starostlivosť každému, kto ju potrebuje, bez diskriminácie (Mojtová, 2008).

□ *Dôveryhodnosť a pravdovravnosť (veracita)* – hovoriť iným pravdu, neklamať ich, rešpektovať dôvernú povahu informácií a činov klienta. 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).

□ *Rešpektovanie klienta (dôstojnosť)* – oceniť iných, ich práva a zodpovednosť, nakoľko rešpektovanie ostatných znamená, že s nimi nezaobchádzame len ako s prostriedkom slúžiacim k naplneniu nášho účelu. S pojmom ľudská dôstojnosť sa stretávame pomerne často a v rôznych súvislostiach. 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).

□ *Mlčanlivosť* – zachovávanie mlčanlivosti klinického sociálneho pracovníka podmieňuje klienta/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. Do problematiky mlčanlivosti spadajú akékoľvek informácie týkajúce sa identifikovania osôb. Porušovanie mlčanlivosti je hrubé porušenie pracovnej disciplíny (Mojtová, 2008).

□ *Transparentnosť* – konať na základe všeobecne známych etických štandardov, ktoré akceptujú všetci zainteresovaní.

□ *Konečnosť (finalita–definitívnosť)* – konať spôsobom, ktorý môže mať prioritu pred požiadavkami zákona, náboženstva a spoločenských zvyklostí (Mojtová, 2014). K týmto princípom patrí i *informovaný súhlas* – vykonávanie diagnostických a liečebných postupov a úkonov klientovi/pacientovi zásadne len s jeho slobodným a dobrovoľným súhlasom po predchádzajúcej primeranej informácii. Rešpektovanie individuálnych potrieb, sloboda pohybu, sloboda výberu, právo nebyť diskriminovaný – to všetko tvorí základ postavenia klienta prijímajúceho zdravotno-sociálnu starostlivosť a služby. Etika by mala integrovať do oblastí profesionálnej praxe a správania etické posudzovanie problémov ako súčasť rozhodovania v praktických situáciách (Mojtová, Sedlárová, Šrank, 2013).

Plánované rodičovstvo a antikoncepcia

1. Gynekológia a pôrodnictvo

Gynekológia a pôrodnictvo je medicínsky odbor, v ktorom lekárska etika 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.

2. Plánované rodičovstvo

Základnou zložkou ľudskej spoločnosti, nutnou pre stabilitu spoločnosti je **rodina**. Jej cieľom je plnenie biologickej, psychologickej, vzdelávacej, sociálnej i ekonomickej funkcie. K tomu, aby rodina mohla tieto funkcie plniť potrebuje podporu štátu. Na podporu plnenia biologickej funkcie, štát vytvára určité materiálne podmienky prostredníctvom svojej legislatívy v sociálnej oblasti (napr. vyrovnávací príspevok v gravidite a materstve, peňažná pomoc v materstve, peňažná pomoc počas materskej dovolenky, podpora pri narodení dieťaťa, prídavky na deti atď.). Problematike plánovaného rodičovstva a antikoncepcie sa vo veľkom rozsahu venovali vo svojej publikácii Mojtová, Gažiková a Grey (2008):

Plánovanie rodičovstva je dôležité pre každého človeka a malo by byť spoločnou záležitosťou manželského páru. *Zodpovedné rodičovstvo si vyžaduje určitú mieru osobnej zrelosti, stabilitu vzťahu,*

pripravenosť prijať dieťa ako dar, ako aj splnenie základných materiálnych podmienok. Poznáme **prirodzené metódy plánovania rodičovstva a umelé metódy (antikoncepcia)**. Spoľahlivosť jednotlivých metód sa určuje podľa **Pearlovho indexu** – PI (tzv. tehotenské číslo). Určuje, koľko zo 100 žien, ktoré by používali danú metódu počas jedného roka, otehotnie. Čím je číslo nižšie, tým je spoľahlivosť metódy vyššia.

2.1. Prirodzené metódy

Prirodzené metódy plánovania rodičovstva na jednej strane **umožňujú zvýšiť šancu otehotnenia (využívaním plodných dní), ako aj možnosť vyhnúť sa tehotenstvu (využívaním neplodných dní počas menštruačného cyklu)**. Z etického a zdravotného hľadiska sú najvýhodnejšie, keďže patria medzi neabortívne metódy (neprihádza k počatiu). Vychádzajú z vedeckého poznania, že vajíčko ženy je schopné oplodnenia iba 6-19 hodín po ovulácii, pričom spermie prežívajú v maternicovom hrdle maximálne 24-48 hodín.

a) Ogino-Knausova metóda (kalendárna)

- má len historickú hodnotu – prvýkrát upozornila na to, že u ženy sa periodicky striedajú
- krátke plodné obdobia s dlhšími neplodnými,
- platí len pre ženy s pravidelnými menštruačnými cyklami,
- u väčšiny žien – výkyvy menštruačného cyklu pri ochorení, strese, počas laktácie – málo spoľahlivá metóda (PI = 24).

b) Meranie bazálnej teploty (termálna metóda)

Spoľahlivejšia metóda, ktorá je založená na meraní bazálnej teploty, t.j. teploty po 6 hod. nočnom pokoji a po vylúčení horúčkovitého ochorenia.

- zostup teploty o 0,4-0,7 °C svedčí o prítomnosti progesterónu v krvi a o tom, že deň predtým prebehla ovulácia (PI = 1-3),
- po 3 dňoch nastáva neplodné obdobie, ktoré trvá až do ďalšieho menštruačného krvácania (cca 2 týždne).

c) Billingsova ovulačná metóda (hlienová)

- najmodernejšia metóda prirodzeného plánovania rodičovstva,
- podložená rozsiahlou endokrinologickou a biochemickou štúdiou (PI = 1-2),
- zakladá sa na pozorovaní vylučovania cervikálneho sekrétu (hlienu), ktorý sa periodicky mení v priebehu cyklu.

Po skončení menštruačného krvácania sa na vyústení pošvy neobjavuje žiaden hlien alebo hustý, nepriehľadný hlien neplodného typu, žena má pocit sucha.

Krátko pred ovuláciou má hlien plodnú charakteristiku, t.j. je číry, priehľadný, sklovitý, s konzistenciou ako surový vajcový bielok, na vyústení pošvy vyvoláva pocit vlhkého až mazľavého mokra. Úlohou plodného hlienu je optimalizovať inak hostilné (kyslé) prostredie pošvy a vyživovať spermie na ich dlhšej a namáhavej ceste k vajíčku.

K ovulácii najčastejšie (až v 90%) dochádza prvý deň po vrchole hlienu – t.j. poslednom dni, kedy má hlien plodné znaky, v 10% prebieha v deň vrcholu, prípadne i dva dni po vrchole. Nakoľko vajíčko môže prežívať až 24 h, plodné obdobie trvá od začiatku zmeny hlienu po tretí deň od vrcholu hlienu.

Obdobie ovulácie (plodné obdobie) sa využíva na dosiahnutie tehotenstva. V prípade, že otehotnenie nie je žiaduce, treba dodržiavať v tomto období abstinenciu.

Neplodné obdobia sú počas cyklu dve:

- predovulačné (menej spoľahlivé obdobie po skončení menštruácie až do začiatku vývoja hlienu s plodnými charakteristikami),
- poovulačné (spoľahlivé neplodné obdobie, trvá od 3. dňa po vrchole hlienu cca 2 týždne až do ďalšej menštruácie).

Hlien v neplodnom období sa popisuje ako skalený, lepkavý, hrudkovitý, nevyvoláva pocit klzkosti a mazľavosti. Neprítomnosť hlienu na vyústení pošvy sa popisuje pocitom suchosti.

d) Symptotermálna metóda (Rottzerova)

- založená na princípe viacnásobnej kontroly – kombinácia termálnej, hlienovej metódy, a stavu krčka maternice, je vysoko spoľahlivá (PI = 1).

Výhody a nevýhody prirodzených metód plánovania rodičovstva:

Prirodzené metódy plánovania rodičovstva sú vedecky podložené, dostupné, finančne nenáročné, pri správnom pochopení a používaní spoľahlivé, a najmä neškodné. Pre ich používanie je potrebná spolupráca a rešpekt oboch partnerov voči sebe navzájom, ako aj schopnosť sebaovládania, čo je považované za výhodu i nevýhodu týchto metód.

2.2. Umelé metódy

Poznáme dva typy umelého zneplodnenia pohlavného aktu: **dočasné alebo trvalé (sterilizácia).**

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie antikoncepčné metódy možno rozdeliť podľa spôsobu svojho účinkovania do viacerých skupín:

1. kontraceptívne (neabortívne),
2. kombinované: kontraceptívne aj abortívne (potratové),
3. abortívne (potratové).

Na nasledujúcich stranách sa budeme zaoberať jednotlivými antikoncepčnými metódami.

Pri každej z nich poukážeme na výhody, nevýhody a spoľahlivosť ich používania (Pearlov index). Takisto zdôrazníme etické aspekty jednotlivých metód.

2.3. Neabortívne umelé metódy

Kontraceptívne – neabortívne metódy (majú zabrániť oplodneniu vajíčka, t.j. počatiu)

1. **Bariérová (mechanická) antikoncepcia**
 - Kondóm
 - Coitus interruptus (Prerušovaná súlož)
 - Diafragma a krčkový pesar
2. **Chemická antikoncepcia**

Bariérová (mechanická) antikoncepcia

1. Kondóm

Výhody:

- čiastočná ochrana i proti pohlavne prenosným chorobám,
- zdravotne neškodný (zriedkavo alergická na latex).

Nevýhody:

- narušenie sexuálneho aktu.

Spôľahlivosť:

- PITP: Pearlov index pre typické používanie=12
- PISP: Pearlov index pre správne používanie = 3

Etické aspekty:

- oddelenie aktu spojenia a plodenia, otvára možnosť konzumnej sexualite.

2. Coitus interruptus (Prerušovaná súlož)

Výhody:

- zdravotne neškodný (avšak nezabráni prenosným chorobám).

Nevýhody:

- narušenie sexuálneho aktu, nespoľahlivý.

Spôľahlivosť:

- PITP: Pearlov index pre typické používanie=38
- PISP: Pearlov index pre správne používanie = 8

Etické aspekty:

- oddelenie aktu spojenia a plodenia.

3. Diafragma a krčkový pesar

Diafragma – je gumový pruh s elastickým perujúcim okrajom, ktorý si žena sama vkladá do pošvy pred pohlavným aktom. Kontraindikáciou je pokles pošvových stien, zápaly pošvy, retroflexia uteru, alergia na latex a spermicídny krém.

Pesar – zavádza ho lekár po menštruácii a vyberá pred menštruáciou.

Výhody:

- zdravotne neškodné; zriedkavo v prípade, že sa krčkový pesar ponechá dlhodobo na mieste syndróm toxického šoku (1:1 000 000).

Nevýhody:

- narušenie sexuálneho aktu, nutnosť zavádzania lekárom.

Spôľahlivosť:

- PITP: Pearlov index pre typické používanie=18
- PISP: Pearlov index pre správne používanie = 6

Etické aspekty:

- oddelenie aktu spojenia a plodenia.

Chemická antikoncepcia

Ide o zavádzanie spermicídnych látok (peny, čípky, krémy, želé, vaginálne tablety) do pošvy pred pohlavným stykom (nonoxirol, octoxirol: imobilizuje alebo zničí spermie), minimálne 10 minút pred pohlavným stykom.

Výhody:

- jednoduchá aplikácia.

Nevýhody:

- narušenie pošvového prostredia, nespoľahlivé.

Spoľahlivosť:

- PITP: Pearlov index pre typické používanie=21
- PISP: Pearlov index pre správne používanie= 6

Etické aspekty:

- oddelenie aktu spojenia a plodenia.

2.4. Kombinované umelé metódy

Kombinácia kontraseptívnej a abortívnej metódy

1. *Hormonálna antikoncepcia*
2. *Minipilulka*
3. *Podkožný implantát*

Hormonálna antikoncepcia

Kombinované preparáty

Obsahujú syntetický estrogén a syntetický progestogén. Podstatou hormonálnej antikoncepcie je zabránenie ovulácie steroidnými hormónmi (estrogénmi, gestagénmi), a tým aj predĺženie neplodného obdobia na celý cyklus. Endometrium atrofuje, krčkový hlien sa stáva hustým a pre spermie nepriechodným.

Forma užívania:

- denne tabletky s hormónmi po dobu 3 týždňov, potom 7-dňová pauza.

Výhody:

- vysoká spoľahlivosť pri správnom použití,
- menej benígnych procesov na prsníkoch,
- mierne znížený výskyt ovariálneho karcinómu.

Nevýhody – negatívne zdravotné účinky:

- krvácanie v priebehu cyklu, horšie u fajčiarok,
- amenorrhea (5-10%) – strach z tehotnosti,
- retencia tekutín – opuchy, zvýšenie hmotnosti, bolesti hlavy, nevoľnosť, napätie v prsníkoch,
- náladovosť, nespavosť, depresia (estrogén),
- zníženie libida (možnosť počatia zvyšuje libido),
- metabolické zmeny: zvýšenie hladiny cholesterolu, obezita, zmena glukózovej tolerancie (progestogén),
- tromboembólia – zvýšenie hladín faktorov zrážanlivosti VII a X – hyperkoagulačný stav (zvýšenie adhézie krvných doštičiek),
- trombóza hlbokých žíl dolných končatín, pľúcna embólia, mozgová príhoda, srdcový infarkt, oslepnutie (estrogén),
- hypertenzia – zvýšená produkcia angiotenzínu (estrogén),
- karcinóm prsníka – zvýšené riziko (3-8x podľa rôznych štúdií) zvlášť u žien, ktoré začali užívať hormonálnu antikoncepciu pred svojím 20-tym rokom; väčšie tumory s horšou prognózou (estrogén),
- karcinóm krčku maternice – 1,5 až 4x častejší (zvlášť u tých, ktoré začali v skorom veku), aktivácia HPV – Human Papilloma Virus, ktorý sa podieľa na iniciácii karcinómu krčku,
- hepatocelulárny karcinóm,
- melasma – „tehotenské škvrny“, akné (progestogén).

Kontraindikácie:

- tehotenstvo, fajčenie, ochorenia pečene (tehotenská žltáčka, infekčná hepatitída, hepatálny adenóm), hyperlipidemia, vysoký krvný tlak, tromboembolické riziko, tromboflebitída, varixy komplikované trombózou, ischemická choroba srdca, krvácanie nejasnej etiológie, migréna, dlhodobá imobilizácia dolných končatín, cukrovka s cievnymi zmenami, hormonálne závislé karcinómy (prsník), laktácia.

Spôľahlivosť:

- PITP: Pearlov index pre typické používanie = 3
- PISP: Pearlov index pre správne používanie = 0,2

Etické aspekty:

- nízкодávkové preparáty asi v 7% nezablockujú ovuláciu, ale zmenou prostredia maternice zabráni oplodnenému vajíčku nidácii (zahniezdiť sa, usadiť sa v nej) = abortívny účinok!
- Zdravým ženám podávame lieky, ktoré môžu vyvolať i veľmi závažné ochorenie až smrť – iatrogénne poškodenie (porušenie etického princípu neškodenia).

Minipilulka (čisto progestogénové preparáty)

Výhody:

- možno používať i počas dojčenia.

*Nevýhody – **negatívne zdravotné účinky:***

- poruchy cyklu – krvácanie v priebehu cyklu, dlhotrvajúce krvácanie, amenorrhea (5-10%) – strach z tehotnosti,
- zvýšená chuť do jedla, zvýšenie hmotnosti (anaboliká),
- bolesti hlavy, nevoľnosť,
- napätie v prsníkoch,
- metabolické zmeny: zvýšenie hladiny cholesterolu, obezita, zmena glukózovej tolerancie,
- akné,
- zvýšenie ochlpenia na tele a tvári,
- ovariálne cysty.

Spôľahlivosť:

- PITP: Pearlov index pre typické používanie = 8
- PISP: Pearlov index pre správne používanie = 2

Etické aspekty:

- Abortívny účinok. Zdravým ženám podávame lieky, ktoré môžu vyvolať i veľmi závažné ochorenie – iatrogénne poškodenie (porušenie etického princípu neškodenia).

Podkožný implantát

Polysiloxónové kapsuly (6) s obsahom levonorgestrelu sa implantujú do podkožia na ramene.

Výhody:

- dlhodobý efekt (až 5 rokov).

Nevýhody:

- dlhodobý efekt, zavádza i odstraňuje lekár – fibróza.

negatívne zdravotné účinky:

- krvácanie v priebehu cyklu, amenorrhea (5-10%) – strach z tehotnosti,
- zvýšená chuť do jedla, zvýšenie hmotnosti (anaboliká),
- bolesti hlavy, nevoľnosť,
- napätie v prsníkoch,
- metabolické zmeny: zvýšenie hladiny cholesterolu, obezita, zmena glukózovej tolerancie,
- akné,
- zvýšenie ochlpenia na tele a tvári, ovariálne cysty.

Spôľahlivosť:

- PITP: Pearlov index pre typické používanie = 0,1
- PISP: Pearlov index pre správne používanie = 0,1

Etické aspekty:

- Čiastočne i abortívny účinok. Zdravým ženám podávame lieky, ktoré môžu vyvolať i veľmi závažné ochorenie – iatrogénne poškodenie (porušenie etického princípu neškodenia), možná dlhodobá neplodnosť.

2.5. Abortívne metódy

Abortívne metódy (vyvolávajú potrat oplodneného vajíčka)

1. Vnútromaternicové teliesko (DANA)
2. „Tablety po“

Vnútromaternicové teliesko (DANA)

Toto polyetylénové teliesko (tzv. dobrá a neškodná antikoncepcia) v tvare mašličky alebo špirály svojím mechanizmom účinku zabraňuje počatému človečikovi v najranejších štádiách vývoja uhniezdiť sa v sliznici maternice, t.j. Ženy môžu i niekoľkokrát za rok podstúpiť (nevedome) potrat!

Nevýhody – zdravotné komplikácie:

- perforácia maternice, krvácanie, bolestivá menštruácia,
- infekcie, bolestivosť (v prvom roku si ho dá vybrať 15% žien, v druhom 7%),
- vznik TOA (tuboovariálnych abscesov),
- 3x viac salpingitíd,
- vypudenie z maternice (10%),
- 10x vyšší výskyt mimomaternicového tehotenstva,
- v prípade otehotnenia – 1,5x vyššie riziko spontánneho potratu, riziko ťažkej
- sepsy.

Spôľahlivosť:

- PITP: Pearlov index pre typické používanie = 5
- PISP: Pearlov index pre správne používanie = 2

Etické aspekty:

- abortívny účinok,
- iatrogénne poškodenie (porušenie etického princípu neškodenia),
- možná permanentná neplodnosť i po vybratí.

Kontraindikácie:

- zápalové ochorenie panvy v minulosti, promiskuitný spôsob života, nedáva sa ženám, ktoré ešte nemajú dieťa.

„Tablety po“

„Tabletkou po“ sa nazýva núdzová antikoncepcia. Zmyslom núdzovej antikoncepcie je okamžitá dostupnosť v núdzi a v krízových situáciách, napríklad ak sa pretrhne alebo zlečie

kondóm, po zlyhaní prirodzených metód, ako je prerušovaný pohlavný styk a periodická abstinencia, po chybách v užívaní hormonálnej antikoncepcie, po vypudení vnútromaternicového telieska alebo po

znásilnení. Užitie „tabletky po“ do 72 hodín po nechránenom pohlavnom styku pomôže zabrániť neželanému tehotenstvu.

*Nevýhody – **negatívne zdravotné účinky:***

- prostaglandíny – stimulujú kontrakcie maternice,
- nevoľnosť, vracanie, sčervenanie, teplota, bronchospazmy,
- možnosť natrhnutia maternice,
- často nutnosť kyretáže pre zvyšky po potrate (retinovaná placenta),
- v minulosti používaná tabletká RU 486 (Mifepriston tbl.) – blokátor progesterónového receptora (dnes zakázaná v mnohých krajinách, i u nás) – spôsobovala krvácanie, bolesti, často nutnosť chirurgického dokončenia potratu.

V súčasnosti je najrozšírenejšou účinnou látkou obsiahnutou v tabletkách levonorgestrel (na našom farmakologickom trhu prostriedok Escapelle). Je však nevyhnutné si uvedomiť, že „tabletká po“ nie je určená na pravidelné užívanie (majú abortívny účinok).

2.6. Sterilizácia

Sterilizácia je chirurgický zákrok, ktorým sa vyvolá u muža (vasektómia – odstránenie časti semenovodu) alebo u ženy (prerušenie alebo podviazanie vajcovodov) **irreverzibilná neplodnosť**. Každá sterilizácia musí byť schválená sterilizačnou komisiou.

Indikácie ku sterilizácii:

1. **gynekologicko-pôrodné hľadisko**
 - po opakovanom cisárskom reze,
 - pri opakovaných komplikáciách gravidity, pôrodu, šestonedelia,
 - pri viacerých deťoch: do 35 rokov po 4. deťoch, po 35. roku po 3 deťoch.
2. **genetické indikácie**
 - ak žena alebo muž trpí vážnou chorobou alebo chybou, ktorej genetický podklad je dostatočne známy,
 - ak určitý rodičovský pár už splodil geneticky chybné dieťa.

Výhody:

- permanentná neplodnosť v prípade, že je indikovaná.

Nevýhody:

- zdravotné komplikácie
- permanentná neplodnosť,
- mimomaternicové tehotenstvo,
- krvácanie, poškodenie čreva, zrasty, psychické problémy.

Spôľahlivosť:

PITP: Pearlov index pre typické používanie = 0,1-0,3

PISP: Pearlov index pre správne používanie = 0,1-0,3

Zlyháva častejšie pri elektrokoagulácii (1:1000).

Etické aspekty:

Za akým cieľom sa sterilizácia vykonáva?

4. Problematika asistovanej reprodukcie

Súčasná štatistika sa zhoduje v tom, že v hospodársky vyvinutých európskych krajinách zostáva 15-20% nedobrovoľne bezdetných manželstiev. Na sterilite manželstva participuje v 50% žena, v 40% muž a v 10% obaja. **Sterilita je nielen zdravotný, ale aj sociálny problém** – je to skúška manželského vzťahu, pretože nezriedka prispieva k jeho rozpadu.

O neplodnosti sa dá hovoriť, ak sa žene nepodarí otehotnieť po dvoch rokoch pravidelného sexuálneho života (nemyslí sa tým pravidelnosť typu „raz za mesiac“). Potom by bolo vhodné vyšetriť spermioqram partnera (či sú v ejakuláte prítomné spermie, aké je ich množstvo, pohyblivosť, životaschopnosť, či nie je prítomná infekcia) a u ženy vyšetriť priechodnosť vajíčkovodov (ultrazvukom, röntgenom alebo laparoskopicky). Diagnostika a terapia sterility je zložitá a závisí od príčiny. Jednou z liečebných možností je umelé oplodnenie (inseminácia), t.j. vpravenie mužského semena do rodidiel ženy iným spôsobom ako prirodzeným pohlavným stykom. (Munzarová, 1998)

Asistovaná reprodukcia prináša so sebou mnoho etických, právnych a biologických problémov.

4.1. Umelé oplodnenie – manipulácia s gamétami

Homológna inseminácia

Homológna inseminácia prichádza do úvahy, keď muž produkuje zdravé semeno, ale nemôže ho deponovať do rodidiel ženy. Príčinou u muža môže byť impotentio coeundi (impotencia), hypospadiá (vrodená anomália močovej trubice, ktorá končí na ventrálnej, prednej strane penisu), retrográdna ejakulácia, oligospermia (znížené množstvo pohlavných buniek v ejakuláte) a astenospermia (neprítomnosť pohlavných buniek v ejakuláte). Príčinou u ženy môže byť vaginizmus (kŕčovitý stiahnutie svalov pošvy), vaginálne jazvy a stenózy, ale aj imunorezistencia cervikálneho hlienu proti partnerovým spermiami. Pri homológnej inseminácii žena podstúpi umelé oplodnenie semenom vlastného muža (odber spermií – najlepšie pri pohlavnom styku manželov). Je to relatívne úspešný lekársky výkon, eticky problematické kroky sa dajú minimalizovať.

Heterológna inseminácia

Heterológna inseminácia sa používa vtedy, keď je muž trvalo sterilný a žena zdravá, príp. pri genetických indikáciách, a keď si to obaja manželia želajú (písomná žiadosť obidvoch manželov). Keďže v tomto prípade ide o oplodnenie ženy spermiami darcu (iného muža ako manžela), proti tejto metóde existuje veľa odborných a etických výhrad a má ďalekosiahle právne následky:

- každé dieťa má právo poznať svojich biologických rodičov, právo na genetickú a právnu identitu (v prípade heterológnej inseminácie to nie je možné),
- darca semena a inseminovaná žena sa nesmú poznať,
- darca semena nepozná osud svojho dieťaťa,
- legitímnym otcom dieťaťa sa stáva legálny muž inseminovanej ženy,
- časom môžu nastať problémy medzi manželmi (dieťa nie je plodom ich vzájomnej lásky),
- takisto môžu nastať problémy vo vzťahu otec (manžel) – dieťa („je to dieťa mojej ženy, ale nie moje“, odcudzenie vo vzťahu, dieťa cíti, že z otcovej strany niečo nie je v poriadku a nevie si to vysvetliť),
- často utajovanie pravdy pred okolím – vzniká napätie v rodine, neplodný manžel potrebuje prijatie svojej neplodnosti – dokazovanie okoliu, že je „plodný“ mu nepomôže,
- absurdné, ale možné – riziko incestu (darcovia spermií – opakované odbery).

4.2. Umelé oplodnenie – In vitro fertilizácia (IVF)

In vitro fertilizácia (IVF) je v súčasnosti rozšírená metóda liečby určitých typov ženskej i mužskej sterility. Aj pri tomto type oplodnenia majú opodstatnenie (svoje miesto) viaceré etické otázky.

Spory z etického hľadiska:

Pri oplodnení vajíčka v skúmavke sa niekedy morula rozdelí na viac buniek, aby sa vyvíjalo viac embryí. Kvôli zvýšeniu pravdepodobnosti životaschopnosti a nidácie (zahniezdzenia) sa do maternice preniesie väčší počet embryí, spravidla tri. A tu vzniká problém. Čo ak sa ujmú všetky a žena nie je schopná alebo si neželá donosiť trojčatá? Vtedy sa volí postup, ktorému sa eufemisticky hovorí „redukcia tehotenstva“. **Selektívna redukcia viacpočetného tehotenstva** sa nepovažuje za abortívny postup, pretože zámerom je pokračovanie tehotenstva. Tu na sebe berie lekár rolu Boha, rozhoduje, komu daruje život, a to je veľmi nebezpečná situácia.

- manipulácia s ľudským zárodkom – neúcta voči jeho osobe,
- možnosť poškodenia embryí pri ich zmrazovaní a rozmrazovaní,
- redukcia viacpočetného tehotenstva – likvidácia embryí,
- prenatalná selekcia (zabíjanie dievčatiek – napr. v Číne),
- je možná génová manipulácia,
- otázka: kto sú biologickí rodičia dieťaťa?,
- finančne náročný a málo úspešný zákrok (prerozdelenie obmedzených zdrojov v zdravotníctve),
- nikto nevie, aké psychologické následky to má pre dieťa,
- štúdie dokazujú mierne zhoršené zdravotné funkcie dieťaťa zo skúmavky,
- dieťa sa stáva tovarom na objednávku, na predaj (darcovstvo vajíčok, náhradné matky).

5. Úloha SP na gynekologicko-pôrodnickom oddelení

Existujú rôzne formy pomoci pre matku s dieťaťom, resp. ženu v núdzi. Práve v tejto oblasti je vhodná spolupráca so sociálnym pracovníkom, ktorý musí mať medicínske a ošetrovateľské vedomosti z oblasti gynekológie a pôrodnictva a takisto by mal byť osobnostne zrelý. Stretáva sa tu s rôznymi problémami a životnými situáciami, s ktorými si pacient/ klient, častokrát zmätený, nevie poradiť. Sociálny pracovník môže poskytovať odborné poradenstvo, takisto participovať na edukácii (antikoncepcia, utajené pôrody, hniezda záchrany) 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 DD, príp. zabezpečuje adopciu dieťaťa. Ak sa matka nachádza v hmotnej alebo sociálnej núdzi, sociálny pracovník jej môže zabezpečiť:

- odbornú pomoc – poradenstvo lekára, psychológa, psychiatra, právnika,
- 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.

Informovaný súhlas (angl. Informed Consent)-

Každý človek má právo na základnú informáciu o svojom zdravotnom stave, lebo práve toto právo sa odvíja od uznávaného práva na autonómiu a sebaurčenie. Informovaný súhlas je jedným z najdôležitejších etických princípov (Mojtová, 2008).

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, 2014).

Informovaný súhlas – je slobodný súhlas mentálne kompetentnej (svojprávnej) osoby udelený preukázateľným spôsobom (písomne), dobrovoľne, po dôkladnom oboznámení sa s priebehom, podmienkami a možnými rizikami (vyšetrenia, liečby, výskumu). Za nesvojprávne osoby (deti, duševne chorí) dáva informovaný súhlas zákonný zástupca – u detí spravidla rodičia (Mojtová, 2008). Informovaný súhlas z hľadiska legislatívy má oporu v Zákone o zdravotnej starostlivosti, kedy v súlade so Zákom č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov je každý zdravotnícky pracovník povinný poučiť pacienta pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, následkoch a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Súhlas dáva osoba, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť alebo zákonný zástupca osoby, ktorej sa zdravotná starostlivosť má poskytnúť a nie je spôsobilá dať informovaný súhlas. V prípade, že zákonný zástupca odmietne dať informovaný súhlas, môže ho nahradiť rozhodnutie súdu na návrh poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

V klinickom výskume (skúšanie nových liečiv) 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. 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 (Mojtová, Sedlárová, Šrank, 2013).

Medzi medzinárodné štandardy informovaného súhlasu patria: Dohovor o ľudských právach a biomedicíne (je základným dokumentom upravujúcim podmienky poskytovania informovaného súhlasu), Všeobecná deklarácia ľudských práv, Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd, Európska sociálna charta, Charta základných práv únie, Európska charta práv pacientov (Mojtová, 2008).

Problematika umelého ukončenia tehotenstva (UUT)

1. Gynekológia a pôrodnictvo

Gynekológia a pôrodnictvo je medicínsky odbor, v ktorom lekárska etika 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.

2. Problematika umelého ukončenia tehotenstva (UUT)

Umelé ukončenie tehotenstva (UUT) – predstavuje v každej spoločnosti etický, náboženský, spoločenský, zdravotný a sociálny problém. V minulosti sme tento zákrok poznali pod názvom **interrupcia** – umelé prerušenie tehotenstva. Ak však tehotenstvo ukončíme potratom, je to konečné riešenie. Práve preto výstižnejší termín je **umelé ukončenie tehotenstva – UUT (umelý potrat)**.

Stratégie Pro Life vs. Pro Choice

UUT je hlboko **ľudský problém**. Spoločensky ide o fenomén vyvolávajúci **kontroverzné vyjadrenia** a prístupy, filozofické nevynímajúc. Táto dilema sa netýka len jednotlivcov, netýka sa len žien, ale týka sa nás všetkých. Práve preto **je potrebné** o potrate vedieť čo najviac, aby sme vedeli o čo konkrétne ide. Existujú dva názorové tábory, ktorých pohľad na problematiku sa vyznačuje nasledovnými argumentmi:

1. **Stratégia PRO LIFE**
(vyzdvihujú ochranu života, presadzujú zákaz vykonávania UUT)
2. **Stratégia PRO CHOICE**
(vyzdvihujú slobodnú voľbu ženy)

2. Problematika umelého ukončenia tehotenstva (UUT)

2.1. Stratégia PRO LIFE

>>> **vyzdvihujú ochranu života, presadzujú zákaz vykonávania UUT:**

- interrupcia je **vždy a za každých okolností nemravný a odsúdeniahodný čin**,
- mali by byť zakázané,
- výnimka – zdravotný stav ženy, príp. znásilnenie alebo incest,
- Podľa modernej molekulárnej biológie je **celý človek zakódovaný už v oplodnenom vajíčku** (gény, chromozómy, vlastná krvná skupina). Tým je **z genetického a biologického hľadiska jedinečný** (okrem jednovaječných dvojčiat neexistujú dve ľudské bytosti s identickou DNA).
- Embryo **má už od počiatku v sebe zakódovanú schopnosť rásť a rozvíjať sa..** Pôrod je obrovský medzník v živote človeka, ale ani pôrodom sa človek nestáva samostatným (naďalej závisí od iných ľudí, najmä matky), a aj **jeho vývoj a zdokonaľovanie jeho osobnosti pokračujú ďalej** – podobne ako tomu bolo dovtedy v bezpečnom prostredí maminho bruška.
- **Neplánované dieťa** nemusí byť nutne nechcené, aj takéto deti sú často **milované a šťastné**.
- Čo je **pre dieťa väčším obohatením**, drahé hračky, oblečenie, dovolenky, alebo **súrodeneč**: kamarát v hre, láskavý súper, spriaznená duša?

- Nejestvujú nijaké vedecky fundované psychiatrické, psychologické alebo sociálne dôvody na potrat. Významní gynekológovia hovoria, že **neexistujú nijaké** im známe **interné alebo chirurgické ochorenia matky**, ktoré by sa nedali **liečiť počas tehotenstva**. (*Miriam, prečo plačeš?*, 1998)
- Väčšina potenciálne nebezpečných telesných zmien, ku ktorým môže dôjsť pri pôrode, nastáva aj pri potrate – sú to zmeny spojené s oddelením dieťaťa od matky (rozdiel je vo veľkosti dieťaťa a sile, akou je k telu matky pripútané). Navyše hormonálne zmeny pri a po pôrode podliehajú prirodzenému a plynulému regulačnému poriadku, kdežto **po potrate dochádza k prudkým a neprirodzeným zmenám** v hladinách hormónov. **Umelý potrat zo zdravotného hľadiska nie je bezpečnejší ako pôrod.**
- **Znásilnenie** je hrozný čin a trauma pre ženu. Avšak niektorí psychológovia tvrdia, že zabitie nenarodeného dieťaťa, ktoré nenesie vinu za tento skutok, pre obeť nepredstavuje žiadnu psychickú satisfakciu, ale **d ďalšiu traumou a násilie voči jej telu, ako i dieťaťu**, ktoré **má polovicu dedičného materiálu z nej samej**.
- Pre ženy, ktoré nechcú svoje nenarodené dieťa zničiť, existuje **možnosť dať ho na adopciu** (urobiť šťastným neplodným manželský pár, ktorý túži po dieťati).

2.2. Stratégia PRO CHOICE

>>> vyzdvihujú slobodnú voľbu ženy

- o počte a čase zrodenia svojich detí **rozhoduje výlučne žena a nikto nemá právo zasahovať do jej plánov**,
- zástancovia potratov (UUT) považujú **ľudský zárodok do 3. mesiaca** za **zhluk buniek**, ktoré nemožno nazývať ľudskou bytosťou,
- **ľudský plod** nie je ešte plne vyvinutý človek, **nedokáže samostatne existovať mimo tela matky**, preto môže o ňom ľubovoľne rozhodovať matka,
- je **lepšie urobiť potrat ako dopustiť pôrod nechceného dieťaťa**, (je traumatizované, nemilované a môže z neho vyrásť asociál, zločinec...),
- potratom možno pomôcť rodine, ktorá má **finančné ťažkosti**, veľa detí, (lepšie je menej detí v rodine s primeraným životným štandardom než veľa detí v chudobe),
- **dieťa splodené znásilnením, geneticky poškodený plod alebo možné ohrozenie zdravia či života matky**, sa považujú za **jednoznačné indikácie k UUT**,
- **reštrikcia (obmedzenie) tohto zákona** by mohla viesť k **presunutiu interrupcií z legálnej do ilegálnej sféry** so všetkými dôsledkami (ťažko poškodené zdravie a ohrozený život ženy),
- aj zástancovia „Pro Choice“ vnímajú interrupciu ako krajné riešenie (materiálne, sociálne, psychické),
- tiež vyžadujú dostatočnú prevenciu nechcených tehotenstiev.

2.3. Dôvody k ukončeniu tehotenstva

V krajinách, v ktorých je UUT legálne sa môže žena rozhodnúť pre ukončenie tehotenstva aj z iných, než len medicínskych dôvodov. Celosvetovo medzi **najčastejšie dôvody vedúce k ukončeniu tehotenstva** patrí:

- naplnený počet detí v rodine,
- kvôli práci alebo škole,
- nedostatok financií,
- problémy vo vzťahu rodičov,
- nízky vek budúcej matky,
- znásilnenie,
- dieťa len určitého pohlavia (tzv. prenatalná selekcia),
- slabá osveta.

Druhou obeťou potratu je žena

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 vyhrožovaním 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 takehoto zákroku. UUT je možné buď na vlastnú žiadosť ženy, alebo zo závažných zdravotných dôvodov – zo strany matky alebo z dôvodu poškodenia dieťaťa.

Situácia v Slovenskej republike a vo svete

Podľa oficiálnych štatistík sa počet umelých ukončení tehotenstva z roka na rok znižuje (pokles za posledných 10 rokov o vyše 60%). V roku 1990 bolo na Slovensku vykonaných 48 437 umelých potratov, čo je takmer trojnásobne viac ako v roku 2003, keď počet presiahol „len“ 16 000 interrupcií. Podľa Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky ČR takisto klesol počet UUT zo 109 361 v roku 1990 na 23 998 v roku 2010. Je evidentné, že počet potratov je nepriamo úmerne závislý na dostupnosti kontraceptívnych metód, predovšetkým hormonálnej antikoncepcie a príslušného preškolenia gynekológov.

Slovensko sa môže v súčasnosti pochváliť po Holandsku **druhou najnižšou mierou potratovosti v Európe**. Na 1000 žien vo fertilnom veku pripadá momentálne v SR necelých 13 umelých potratov. V potratovosti je z krajín EU najlepšia situácia v Belgicku, kde pripadá na tisíc žien iba 6 potratov. Naopak, najhoršia situácia je v Maďarsku, kde pripadá na 90-tisíc pôrodov až 80-tisíc potratov. V Poľsku sa vykoná ročne až 200 000 nezákonných potratov (podľa MVO).

- v celosvetovom meradle je viac ako 1/3 všetkých tehotenstiev neplánovaná,
- každoročne sa takmer 1/4 tehotných žien rozhodne pre UUT (cca 53 miliónov ročne),
- 20 miliónov z celkom vykonaných 53 miliónov umelých ukončení tehotenstva sú prevedených nebezpečnými metódami,
- každých 5 minút zomiera na svete jedna žena na následky nelegálne vykonaného potratu,
- (cca 200 000 ročne).

2.4. Zdravotné komplikácie po vykonaní UUT

Fyzické komplikácie po vykonaní UUT

Okamžité komplikácie: ich typ a závažnosť závisia od dĺžky tehotenstva a spôsobu, akým sa potrat vykonáva. Patrí sem: anestézia, krvné straty, poškodenie hrdla maternice, poranenie tela maternice, poranenie močového mechúra, šok.

Včasné komplikácie: zlyhanie metódy (zriedkavo, vyskytuje sa pri anomáliách maternice), zvyšky po UUT, infekcia maternice a vajcovodov, zápalové komplikácie.

Neskoré komplikácie: najčastejšie sa vyskytujú neskoré komplikácie, ktorých príznaky sa môžu prejaviť aj niekoľko rokov po potrate a ktoré ovplyvňujú najmä schopnosť ženy mať neskôr dieťa. Obyčajne nemajú dramatický obraz a často si ich žena ani nedáva do súvislosti s potratom v minulosti. Sú to zápaly vnútorných rodidiel, poruchy menštruačného cyklu, poruchy ovplyvňujúce následnú plodnosť ženy (neplodnosť), mimomaternicové tehotenstvo, sterilita, spontánne potraty, predčasné pôrody (predčasné otváranie sa krčka maternice), včasná placenta, maternicové zrasty, neschopnosť udržať moč, sexuálne zmeny.

Psychologické následky UUT

Tieto sa často označujú ako **postaborčný syndróm** = lekársky termín pre citové a psychologické poškodenie, ktorým trpí mnoho žien po potrate. V rôznych formách a čase sa prejavuje až u 80% žien po umelom potrate.

1. **včasný postaborčný syndróm** – nastupuje bezprostredne po strate dieťaťa – má podobu psychosomatických ťažkostí: úzkosť, nespavosť, smútok, beznádej, depresívne stavy a pocit viny (niekedy vyústia až do samovraždy), agresivita, ktorá je namierená voči vlastnej osobe, voči otcovi dieťaťa, lekárovi, ktorý zákrok vykonal, ako i voči okoliu, ktoré nedokázalo alebo nechcelo ženu podporiť v rozhodnutí nechať si dieťa. (*Miriam, prečo plačeš?*, 1998)
2. **neskorý postaborčný syndróm** – prejaví sa niekoľko mesiacov, niekedy i rokov po potrate (UUT). Často ho vyvolá krízová situácia v živote ženy: choroba, smrť alebo strata blízkeho človeka, opustenie partnerom, prechod. Paradoxne to však môže byť i ďalšie tehotenstvo, pôrod dieťaťa alebo narodenie vnúčaťa. Prejavuje sa zatrpnutosťou, nedostatkom sebaovládania, depresiou, netrzeplivosťou, cynizmom. Dominuje tu *strata úcty voči sebe samej*, ale i voči ostatným ľuďom. Pocit vlastnej menejcennosti sa môže prejsť v správaní, ktoré je rizikové a deštruktívne voči vlastnej osobe. (Grey, 2004)

3. Alternatívne riešenia UUT

Medzi alternatívne riešenia UUT patria predovšetkým:

- utajené pôrody,
- hniezda záchrany.

25. marec – Deň počatého dieťaťa („DPD“), je pravidelná celoslovenská kampaň mimovládnych organizácií združených vo Fóre života, ktorou chcú šíriť úctu ku každému počatému ešte nenarodenému dieťaťu. 25. marca slávia sympatizanti Deň počatého dieťaťa a v období okolo tohto termínu sa uskutočňujú rôzne aktivity poukazujúce na potrebu chrániť ľudský život od počatia. Kampaň je možné podporiť **nosením bielej stužky na odeve**, najmä v týždni, v ktorom je 25. marec. Biela stužka je symbol rešpektovania práva na život od počatia. Kto nosí bielu stužku, vyjadruje sa za ochranu každého počatého dieťaťa! V roku 2013 sa uskutočňuje 13. ročník kampane.

Prečo práve 25. marec?

25. marec je na Slovensku zákonom vyhlásený za pamätný „Deň zápasu za ľudské práva“, ktoré sú dnes odopierané práve nenarodeným deťom. Takisto kresťania na celom svete oslavujú v tento deň slávnosť Zvestovania Pána, teda spomienku na počatie Ježiša Krista (tento rok je presunutá na 8.

apríla). Z týchto dôvodov Fórum života v roku 2005 slávnostne vyhlásilo 25. marec za Deň počatého dieťaťa. (www.forumzivota.sk)

Tabuľka Počet detí vložených do hniezd záchrany a počet detí z utajených pôrodov v Slovenskej republike v rokoch 2009 – 2011

Rok	Počet detí		Z toho počet dievčat	
	Anonymne odložené dieťa	Utajený pôrod	Anonymne odložené dieťa	Utajený pôrod
2009	8	21	5	10
2010	7	46	2	26
2011	4	36	4	21

Zdroj: Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny

3.1. Utajené pôrody

Na Slovensku už existuje zákonná možnosť porodiť dieťaťko v nemocnici s tým, že nebude prezradená identita matky. Podľa zákona, môže prísť žena s nechceným tehotenstvom do ktorejkoľvek nemocnice na Slovensku s požiadavkou, že chce rodiť v režime utajeného pôrodu. Je to bezpečný spôsob vyriešenia nechceného tehotenstva. A to pre dieťaťko i pre matku.

V Zákone č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti sa presne uvádza, ako sa postupuje v prípade, ak žena požiada o utajenie tehotenstva a pôrodu. **Žena, ktorá písomne požiada o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom, má právo na osobitnú ochranu osobných údajov.** U ženy, ktorá písomne požiada 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 šesťnedeľie). 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.

Utajené pôrody fungujú napr. vo Francúzsku a v Českej republike. V Nemecku, Rakúsku, Švajčiarsku, Belgicku, Taliansku či Maďarsku je možné anonymne odložiť novorodenca do špeciálnych schránok pre nechcené deti, tzv. babyboxov.

3.2. Hniezda záchrany

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.).

Novela zákona o Hniezdach záchrany č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti

Odloženie dieťaťa do Hniezda záchrany nie je klasifikované ako trestný čin. Trestným činom však je odloženie novorodenca na iných miestach, napríklad v hypermarkete, na autobusovej a železničnej stanici či v parku, lebo opustené dieťa je vystavené nebezpečenstvu smrti.

Hniezda záchrany sú k dispozícii matkám, ktoré si nechcú po pôrode nechať svoje dieťa, od decembra 2004 vo viacerých nemocniciach v SR: v Bratislave, Nitre, Trnave, Nových Zámkoch, Ružomberku, Banskej Bystrici, Žiline, Košiciach, Prešove, Rožňave, Dolnom Kubíne a Spišskej Novej Vsi. Novorodenca vyberú zdravotníci z hniezda záchrany do 5 minút od jeho uloženia biologickou matkou alebo inou blízkou osobou po spustení signalizačného alarmu a umiestnia na novorodenecké oddelenie daného zdravotníckeho zariadenia. Každé toto zariadenie má vypracovaný interný predpis s pokynmi transportu dieťaťa z verejne prístupného inkubátora na novorodenecké pracovisko.

Zriaďovaním Hniezd záchrany sa zaoberá občianske združenie **Šanca pre nechcených**, ktoré sa zameriava aj na vznik azylových domov pre matky s deťmi, kde môžu zostať matky s deťmi tak dlho, kým nevyriešia svoju situáciu. Ženy nútí využívať hniezda predovšetkým netolerantnosť prostredia, v ktorom žijú, či už je to rodinné alebo sociálne prostredie. Niektoré ženy, ktoré volajú na anonymnú linku združenia a chcú sa porozprávať o rozhodnutí odložiť dieťa ho zdôvodňujú aj tým, že otcom dieťaťa nie je ich manžel a ony pôrod taja. Iné hovoria o zlej sociálnej situácii. Deti, ktoré matky zanechajú vo verejných inkubátoroch, idú najprv do dojčenských ústavov a neskôr sú ponúknuté na adopciu.

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 vložením 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. zviera (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 zdravotne sociálneho pracovníka o osude dieťaťa a o ktorých je dôležité diskutovať. Môžeme to nazvať ako dilemy zdravotne sociálneho pracovníka v oblasti anonymného odloženia novorodenca do hniezda záchrany.

4. Úloha SP na gynekologicko-pôrodnickom oddelení

Existujú rôzne formy pomoci pre matku s dieťaťom, resp. ženu v núdzi. Práve v tejto oblasti je vhodná spolupráca so sociálnym pracovníkom, ktorý musí mať medicínske a ošetrovateľské vedomosti z oblasti gynekológie a pôrodnictva a takisto by mal byť osobnostne zrelý. Stretáva sa tu s rôznymi problémami a životnými situáciami, s ktorými si pacient/ klient, častokrát zmätený, nevie poradiť. Sociálny pracovník môže poskytovať odborné poradenstvo, takisto participovať na edukácii (antikoncepcia, utajené pôrody, hniezda záchrany) 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 DD, príp. zabezpečuje adopciu dieťaťa. Ak sa matka nachádza v hmotnej alebo sociálnej núdzi, sociálny pracovník jej môže zabezpečiť:

- odbornú pomoc – poradenstvo lekára, psychológa, psychiatra, právnika,
- 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.

Pediatrica

1. Pediatrica

Pediatrica ako samostatný vedný odbor sa zameriava na človeka v jeho najzraniteľnejších obdobiach života. Dieťa je viac menej odkázané na starostlivosť dospelých, predovšetkým svojich rodičov a tiež je viac disponované na rôzne ochorenia. Osobitosťou detského pacienta je aj to, že dieťa neprichádza k lekárovi samo, ale v sprievode dospelých, a teda nie ako subjekt rozhodujúci z vlastnej vôle. Trojrozmerný vzťah dieťa – lekár – rodič je veľmi zložitý. V rámci starostlivosti o dieťa je dôležité sa zamerať na tri oblasti:

- Záujmy a práva detského pacienta
- Autorita a povinnosti lekára
- Povinnosti rodiča

2. Charta práv hospitalizovaného dieťaťa

V snahe zabezpečiť optimálne prostredie pre harmonický rozvoj osobnosti dieťaťa i počas jeho hospitalizácie bola vypracovaná a schválená na prvej európskej konferencii o hospitalizovaných deťoch (máj 1988) **Charta práv hospitalizovaného dieťaťa**, ktorá obsahuje nasledovné **najdôležitejšie zásady**:

- Dieťa sa má hospitalizovať len vtedy, ak starostlivosť, ktorú jeho aktuálny stav vyžaduje, nie je možné rovnako dobre zabezpečiť doma a v ambulantnej starostlivosti.
- Dieťa v nemocnici má vždy právo mať pri sebe svojich rodičov alebo ich zástupcov. Zdravotník sám má navrhnúť a podporovať rozhodnutie rodičov zostať s dieťaťom v nemocnici.
- Rodičia, a podľa veku a mentálnej úrovne aj dieťa, majú právo byť informovaní o priebehu choroby, a to zrozumiteľným a pravdivým spôsobom, ako i o všetkých rozhodnutiach, týkajúcich sa vyšetrenia a liečby.
- Dieťa má byť chránené pred zbytočnými vyšetreniami, výskumom a liečbou.
- Deti by mali mať všetky podmienky na odpočinok, hranie i vyučovanie, nemali by byť hospitalizované na oddelení pre dospelých.
- Starostlivosť o dieťa v nemocnici vyžaduje zo strany ošetrojúceho personálu osobitný takt, pochopenie a rešpektovanie súkromia. Zdravotnícki pracovníci by mali byť vyškolení, aby boli schopní a pripravení odpovedať na fyzické, emočné a sociálne potreby dieťaťa a jeho rodiny.

3. 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. Príprava dieťaťa na hospitalizáciu by mohla zmierniť jeho reakcie na pobyt v nemocnici. Najdôležitejšie je dieťa nestrašiť nemocnicou, injekciami, doma nehovoriť o chorobách, operáciách alebo smrti.

Menšie deti vnímajú odlúčenie od rodičov oveľa intenzívnejšie. Prejavujú to krikom, plačom, aktívnym odporom. Preto je vhodné prijať dieťa spolu s matkou, resp. s rodičom.

Staršie deti tlmia tieto prejavy, budia dojem, že strach nemajú, ale zvyčajne to nie je pravda. Keď sa príjem robí spoločne s rodičom, vzbudzuje to väčšiu dôveru rodičov v zdravotníckych pracovníkov, lebo vedia, kde dieťa bude ležať a ako s ním zaobchádzajú. Prítomnosť rodičov sa využíva na získavanie informácií o dieťati, jeho zvykoch, jedení, spánku, záľubách.

Deťom nehovoríme nič nepravdivé. Oboznámime ich približne ako dlho 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 – sestričky, lekári, učiteľky a noví kamaráti. Tiež ich informujeme o tom, čo sa s nimi bude robiť, kedy je čas raňajok, obeda, vyšetrení, kedy ho môžu prísť navštíviť, prípadne možnosť telefonovania. Vybavenie detského oddelenia nábytkom, vymaľovaním a výzdobou

by mali dieťa celkovo stimulovať a byť v súlade s jeho potrebami. Návštevy na detskom oddelení je potrebné umožniť rodičom denne.

Za optimálne riešenie považujeme, ak je dieťa hospitalizované spolu s rodičom. Najčastejšou námietkou proti tomuto opatreniu je nedostatočné priestorové a personálne vybavenie detských oddelení. Aj napriek tomu sa stotožňujeme s tvrdením: „*Na detskom oddelení, kde lekári a sestry nepovažujú prítomnosť rodiča alebo inej blízkej osoby pri hospitalizovanom dieťati za prirodzenú a samozrejmu, nie je nič v poriadku.*“

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)

Náplň práce detských sestier na oddelení sa tiež radikálne zmenila: cca pred 15 rokmi rozdávali lieky a takmer strojovo krmili a prebaľovali plačúcich kojencov a batolátá. Akonáhle sa základná starostlivosť presunula do rúk matiek, sestry sa ocitli v roli manažérok chodu oddelenia, avšak pod drobnohľadom pozorujúcich rodinných príslušníkov, čo nie je vždy príjemné a jednoduché.

3.1. Bolesť u dieťaťa

Prah vnímania bolesti je subjektívny fenomén. Strach pred bolesťou patrí k najčastejším pocitom človeka vo vzťahu k chorobe a liečbe. U dieťaťa je **bolesť** o to trýznivejšia, že ju **nedokáže rozumovo prijať ako súčasť choroby a jej liečby**. Jednou z najdôležitejších úloh pri diagnostike a terapii je predchádzať alebo redukovat' bolesť pri zdravotníckych úkonoch na najmenšiu možnú mieru.

Najdôležitejšie úlohy manažmentu bolesti sú pochopenie utrpenia a bolesti u dieťaťa, jej predchádzanie a medikamentózne potlačovanie, ako aj **zrozumiteľné informovanie dieťaťa** o tom, čo sa s ním práve deje a bude diať. Dôležité je **nezatajovať bolesť**, vhodné je vysvetliť aj to, že bolesť pominie a my mu budeme pomáhať, aby sa vyliečilo.

3.2. Komunikácia s chorým dieťaťom

V kontakte s dieťaťom nie sme len zdravotníkmi – môžeme byť pre nich partnermi v hre, náhradou kamarátov a rodičov. Vždy by sme mali byť tými, čo zostávajú pokojní, vedia si rady, sú zdrojom istoty a porozumenia. Veľký význam v komunikácii s dieťaťom zohráva aj neverbálna komunikácia:

- očný kontakt a úsmev,
- postoj – zvolíť výšku na úrovni dieťaťa (zohnúť sa, drepnúť si, posadiť sa),
- dotyk, pohladenie, držanie za ruku, nosenie na rukách (tu je dôležitá citlivosť k nastaveniu dieťaťa na dotyk – môžeme ho uklidniť, ale aj rozrušiť),
- úprava zovňajšku (neformálne oblečenie, alebo vykúkajúci plyšák z vrečka) významne mení emocionálne naladenie detí (tzv. lámanie ľadov),
- zrkadlenie v gestikulácii, v pohybe (dieťa sa prechádza, tak sa pridáme k nemu a môžeme sa porozprávať),
- významnú rolu hrá úprava prostredia, ktoré je vždy zdrojom podnetov.

Zásady komunikácie:

- dieťaťu neklameme,
- trpezlivo vysvetľujeme všetko s prihliadnutím ku zrelosti dieťaťa,
- používame jednoduchý slovník a krátke zrozumiteľné vety,
- neignorujeme detské otázky,
- pripravujeme na bolesť, nikdy netvrdíme opak,
- vždy chválime a oceňujeme akékoľvek úsilie, činnosť,

- neporovnávame s inými deťmi,
- pri nadviazaní kontaktu využívame hračky, obrázky, knihy.

4. Úloha SP v starostlivosti o dieťa v zdravotníckom zariadení

Skladba pacientov v detskej nemocnici (DN) je od novorodeneckého veku až po adolescentov, z čoho vyplýva **široká škála sociálnej problematiky**. Sociálny pracovník v DN zabezpečuje kvalifikovanú, zodpovednú a náročnú prácu, predovšetkým v akútnych krízových situáciách. Niekedy sú tieto aktivity spojené s osobným rizikom (napr. pri problematike týraného a zneužívaného dieťaťa). Sociálny pracovník musí vždy **konať v najlepšom záujme dieťaťa**, ku každému pristupovať individuálne s maximálnym rešpektom a ohľaduplnosťou.

Veľmi dôležitá je **interdisciplinárna spolupráca** – nielen s ďalšími zdravotníckymi odborníkmi (lekármi, psychológmi, zdravotníckym personálom atď.), ale aj s celou radou inštitúcií.

4.1. Deti z dysfunkčných rodín, zdravotne postihnuté a chronicky choré deti

Sociálny pracovník na pediatrii **venuje výraznú pozornosť ohrozeným deťom**. Patria sem deti v zdravotníckom zariadení **bez primeraného rodičovského záujmu** či deti, ktorých rodičia nerešpektujú pokyny lekára alebo odďaľujú prevzatie dieťaťa z nemocnice do domácej starostlivosti. Početnú skupinu tvoria rodičia, ktorí sa dožadujú opakovaných, odborne neodôvodnených hospitalizácií dieťaťa (tzv. Münchhausenov Syndrom by Proxy – synonymum predstierania a vymýšľania príčin ochorenia).

Sociálny pracovník venuje zvláštnu pozornosť **deťom z dysfunkčných rodín, zdravotne postihnutým, deťom nepľnoletých rodičov, bezdomovcov, delikventov, deťom z rodín s výskytom alkoholizmu, toxikómie**. V niektorých prípadoch rodičia nejavia o dieťa záujem (napr. útek matky z nemocnice po pôrode, vyhýbanie sa kontaktu s ním atď.). V záujme dieťaťa napomáha sociálny pracovník jeho návratu do rodiny. Samozrejmou musí byť následné sledovanie sociálnych prípadov po prepustení z nemocnice v spolupráci s príslušnými inštitúciami – orgány sociálnoprávnej ochrany dieťaťa, súdy, polícia, zdravotnícke zariadenia, detské kolektívne zariadenia, dojčenské ústavy, detské domovy (DD), Ústavy sociálnej starostlivosti (ÚSS), azylové zariadenia či charita.

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 (Gažiková, 2010).

Chronické ochorenie detí je pre väčšinu rodičov veľkou ranou a ťažko sa s touto skutočnosťou vyrovnávajú. Patria sem napr. deti s vrozenými vývojovými vadami typu rázštepov, či s ťažkými vadami srdca, ktoré vyžadujú zvýšenú ošetrovateľskú starostlivosť. Zaraďujeme sem aj deti s metabolickými chybami – diabetici, fenylyketonurici, deti, ktoré musia dodržiavať rôzne diéty, napr. bezlepkovú diétu. Ak rodina nie je schopná zabezpečiť dieťaťu kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, sociálny pracovník dáva návrh na umiestnenie dieťaťa do DD (môže ísť o umiestnenie na prechodnú dobu, pokiaľ sa rodinná situácia alebo stav dieťaťa stabilizuje alebo dlhodobo).

Na detských oddeleniach sú nezriedka hospitalizované **deti s poruchou príjmu potravy** (mentálna anorexia, bulímia), ktoré žijú v nezdravej rodinnej atmosfére. V tomto prípade je nutná pomoc psychológa, psychiatra a sociálneho pracovníka. Úzka spolupráca sociálneho pracovníka s psychiatrickou ambulanciou DN je aj **v prípadoch samovražedných pokusov**. Častokrát sú za týmto zúfalým činom neusporiadané, ťažko narušené rodinné vzťahy. Podobná situácia je u detí, ktoré boli prijaté do DN z dôvodu intoxikácie, pod vplyvom návykových látok. (Pantělejevová, 2005)

4.2. Týrané, zneužívané a zanedbávané dieťa (syndróm CAN)

Syndróm týraného dieťaťa označujeme skratkou CAN (angl. Child Abuse and Neglect), čo v preklade znamená syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa. Zdravotnícka komisia Rady Európy (1992) v problematike CAN rozlišuje „*fyzické, sexuálne a emocionálne týranie, zanedbávanie a tzv. systémové týranie (sekundárne, inštitucionálne)*“. Väčšinou ide o nenáhodný dej či situáciu, ktorá je v danej spoločnosti neprijateľná, či odmietaná. Môže ísť o:

1. akciu: útok, násilie v akejkoľvek forme, najrôznejšie manipulácie s dieťaťom, jeho uvádzanie do neobvyklých situácií.
2. ne-akciu: zanedbávanie, izoláciu, nestarostlivosť, nesprávnu a nedostatočnú výživu, nedostatok zdravotnej a výchovnej starostlivosti.

Čaputová a kol. (2000) uvádza, že „je to súbor nepriaznivých príznakov v najrôznejších oblastiach stavu a vývoja dieťaťa i jeho postavenia v spoločnosti, v rodine predovšetkým. Tieto príznaky sú výsledkom väčšinou úmyselného ubližovania dieťaťu, spôsobeného alebo pôsobeného najčastejšie jeho najbližšími vychovávateľmi, hlavne rodičmi“.

Neexistuje jednoznačná predikcia sy 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).

Celospoľenské riziká: národnosť, príslušnosť k určitej etnickej skupine, neschopnosť komunikovať slovenským jazykom, miesto pobytu: vidiek, ohrozenie vojnovým konfliktom, zasiahnutie prírodnou katastrofou atď.

Rizikové vzťahy v rodine: deti neplnoletých rodičov, deti mladej matky samoživiteľky, deti imigrantov, deti utečencov hľadajúcich azyl, deti vyrastajúce v zločineckom prostredí, deti rodičov s HIV/AIDS, nemanželské deti, deti z incestného spojenia. Deti narodené v rodine s etnickými, náboženskými či národnostnými rozdielmi.

Rizikové dieťa: nezaregistrované na úradoch po pôrode, z mnohopočetných gravidít, s postihnutím, podrobené násiliu, s HIV/AIDS, bez domova, sirota, narodené rodičom so zvláštnym životným štýlom, žobrákom či toxikomanom.

	Aktívne	Pasívne
Telesné týranie, zneužívanie a zanedbávanie	Tržné, zhmoždené rany, poranenia, bitie, zlomeniny, krvácanie, dusenie, otrávenie, smrť	Neprospievanie, vyhladovanie, nedostatky v bývaní, oblečení, v zdravotnej a výchovnej starostlivosti
Psychické, citové týranie a zanedbávanie	Nadávk, ponižovanie, strašenie, stres, agresia, šikanovanie	Nedostatok podnetov, psychická a citová zanedbanosť
Sexuálne zneužívanie	Sexuálne hry, pohlavné zneužívanie, ohmatávanie, manipulácia v oblasti erotogénnych zón, znásilnenie, incest	Exhibícia, video, foto, audiopornografia, zahrnutie detí do sexuálnych aktivít dospelých
Zvláštne formy: Münchhausenov syndróm v zastúpení, systémové týranie a zneužívanie, organizované týranie a zneužívanie, rituálne týranie a zneužívanie		

Tab. 1: Aktívne a pasívne prejavy jednotlivých foriem CAN (Šramová, 2004)

Jednou z foriem terapie je sanácia rodiny – výchovné pôsobenie na jej členov jednotlivo, aj ako na spoločenstvo, pričom základom je hodnotenie vzťahov v rodine. Pokiaľ diagnóza a prognóza ukáže nemožnosť nápravy, je nutné odobrať dieťa z rodiny a umiestniť ho v optimálnych podmienkach. Situáciu rodiny musí sociálny pracovník riešiť vždy komplexne.

4.3. Deti s onkologickým ochorením

Práca s deťmi s malígnymi chorobami si vyžaduje okrem vysokej profesionálnej úrovne aj **maximálne citlivý, láskavý a priateľský prístup**. Je etickou požiadavkou pre lekára, aby vždy *pravdivo a zrozumiteľne informoval rodičov o povahe ochorenia* a súčasne s maximálnym taktom zodpovedal ich otázky. Zvlášť u detí so závažnými diagnózami a prognózami je dôležité si uvedomiť, akým spôsobom bude rodičov informovať, aby ich nezraňoval viac ako vlastná skutočnosť závažného ochorenia ich dieťaťa.

Každá informácia o neistej diagnóze, najmä však informácia o vážnej chorobe dieťaťa vyvolá v rodičoch odozvu strachu – šoku. Prvé oznámenie musí byť spojené s okamžitou ochotou pomáhať a neponechať rodičov v neistote, byť k dispozícii kedykoľvek a opakovane až do vyriešenia ich potrieb. Informácia má byť vždy zrozumiteľná, povedaná rečou rodičov – najideálnejšie je, ak oboch rodičov naraz informuje vždy ten istý lekár. Pozitívne ladenie vyvoláva empatický lekár, realistický, neponáhľajúci sa, hovoriaci zrozumiteľne, v intímite prostredia. Pre správnu spoluprácu je treba poznať situáciu rodiny, vzdelanie, zamestnanie, počet detí, ale aj iné možnosti – starých rodičov. Každé vyšetrenie sa musí ukončiť otázkami rodičov, dokonca si musí lekár overiť, nakoľko informácii rozumeli, hlavne ak ide o liečbu, režim dňa a meniace sa ordinácie. (Černay, 2005)

Onkologická liečba je väčšinou náročná a zdĺhavá, a s ňou je spojená značná psychická záťaž dieťaťa a celej rodiny. Väčšinou hospitalizované dieťa sprevádza jeden z rodičov. Paradoxne tak môžu vznikať problémy v celkovej rodinnej situácii – v zabezpečení chodu domácnosti, v starostlivosti o ďalších súrodencov pacientov a pod. Niekedy sa vplyvom značného a dlhodobého stresu objavujú konflikty v spoložití partnerov, takisto sa objavujú finančné problémy. Preto tu nepochybne zohráva dôležitú rolu sociálny pracovník, ktorý začína pracovať s rodičmi bezprostredne po prijatí dieťaťa do nemocnice, poskytne im podstatné informácie, konkrétnu pomoc. Významnú rolu tu zohráva schopnosť empatie – zároveň je žiaduce, aby si dokázal udržať nadhľad a zostal objektívny. Je nutné postupovať prísne individuálne (každý prípad má svoje špecifiká): akýkoľvek paušálny prístup je pre sociálnu prácu, či dokonca riešenie prípadov nesprávny. Malo by platiť, že sociálnym aspektom v starostlivosti o deti by mali venovať maximálnu pozornosť všetci tí, ktorí s nimi pri výkone svojho povolania prichádzajú do styku.

Psychiatria

1. Psychiatria

Z pohľadu laickej verejnosti, ale aj zdravotníkov **sa psychiatria odlišuje vo viacerých aspektoch od iných medicínskych odborov:**

1. Predovšetkým je to dané charakterom príznakov chorôb: choroba môže narušiť kritickosť, pacient môže byť nebezpečný pre okolie (agresívny a pod.). Človek sa môže cítiť v poriadku, neakceptuje svoju diagnózu.
2. Komplexnosťou a rozdielnym významom jednotlivých typov príčin:
 - biologické príčiny (pri toxických psychózach – alkoholizmus),
 - psychologické príčiny (pri abnormných reakciách – častokrát presne sa nedajú určiť).
1. Rozdielnosťou patogenetických mechanizmov:
 - biologické – (sú jasne určené),
 - psychologické (napr. Alzheimerova choroba – nedostatok info o postupnosti a činnosti patogénov).

2. Psychiatrickí pacienti v systéme Medzinárodnej klasifikácie chorôb

Psychiatrických pacientov môžeme rozdeliť do nasledujúcich klasifikačných skupín (v Medzinárodnej klasifikácii chorôb 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:

- **ambulantná psychiatrická starostlivosť** (psychiatrická ambulancia, pedopsychiatrická ambulancia, gerontopsychiatrická ambulancia, ambulancia klinického psychológa, ambulancia, 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.

3. Psychicky chorý pacient

Ochrana záujmov chorého si vyžiadala vytvorenie zvláštnych právnych noriem, týkajúcich sa liečby, spôsobilosti k právnym úkonom, aj situácií v prípade spáchania trestného činu.

Nedobrovoľná hospitalizácia

Nedobrovoľne hospitalizovať pacienta je možné len v opodstatnených prípadoch, napr. ak je chorý nebezpečný pre seba alebo okolie (endogénna psychóza, schizofrénia, pedofília atď.), alebo aby sa predišlo vážnemu zhoršeniu zdravotného stavu. O nedobrovoľnej hospitalizácii rozhoduje psychiatier, dôvody následne preveruje súd.

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.).

Zmena spôsobilosti k právnym úkonom

V prípade zmeny spôsobilosti dá psychiatier alebo iný lekár podnet pre skúmanie spôsobilosti. Rozhoduje o tom súd, ktorý sa opiera o posudok súdneho znalca – psychiatra.

U páchatel'a trestného činu pri podozrení na duševnú poruchu

Dokazovanie musí byť doplnené o **znalecké súdno-psychiatrické vyšetrenie** – vyjadruje sa o rozpoznávacích a ovládacích schopnostiach vyšetreného v dobe činu a jeho schopnosti chápať zmysel trestného konania. Ak súd rozhodne o nepríčetnosti obžalovaného, vedie to k **exkulpovaniu** (zbaveniu viny) páchatel'a. Následne súd má právo nariadiť ochrannú psychiatrickú liečbu v psychiatrickom zariadení podľa bydliska páchatel'a. Stáva sa, že závery sú ovplyvnené morálnymi postojmi, zvlášť pri posudzovaní páchatel'ov násilných trestných činov. (Šoltés a kol., 1996)

3.1. Právne normy

V zásade **existujú v oblasti psychiatrie tri eticky problémové oblasti a úlohy:**

1. ochrana pacientov pred nevhodným zaobchádzaním, neoprávneným zásahom do ich slobôd, vrátane súdneho posudzovania, a pred nátlakom,
2. zdôraznenie práv pacientov, snaha o to, aby aj psychiatrickí pacienti (vrátane tých so zníženou kompetenciou) mohli v čo najväčšej možnej miere rozhodovať sami o sebe a o spôsobe svojho života,
3. snaha o zmenu prístupu spoločnosti k psychiatrickým pacientom, kultivácia správania profesionálnych zdravotníkov, spolupráca zdravotníctva a verejnej správy (administratívy a súdov) v prospech pacientov. (Lajkep, Prudil, 2006)

V praxi sa stretávame často s tým, že **etické a právne problémy sú podceňované**, resp. oveľa viac sa kladie dôraz na odborné problémy, týkajúce sa diagnostiky a terapie. Podľa súčasných trendov **dobrá starostlivosť o psychiatrických pacientov je založená na troch základoch:**

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 psychiatrickej starostlivosti.

Etický prístup k pacientovi je dôležitý, pretože:

- je samotným pacientom najvyššie hodnotený,
- je pacientom najľahšie rozpoznateľný,
- je základom terapeutického vzťahu (nie psychoterapiou!),
- znižuje riziko vzniku právnych sporov,
- pacient je ochotný odpustiť lekárovi aj prípadné odborné pochybenie,
- naopak, tam, kde došlo k zlyhaniu v etickom prístupe k pacientovi (podáva rôzne sťažnosti, trestné oznámenia), čo môže vyústiť do rôznych právnických sporov s nepríjemným (negatívnym) dopadom na zdravotníka.

4. Stigmatizácia pacientov s psychiatrickou diagnózou

Stigma je grécke slovo, ktoré znamená znak, označenie. O stigme hovoríme, ak niektorého človeka (alebo skupinu ľudí) označíme a neoprávnene mu prisúdime vlastnosti, ktoré znižujú jeho ľudskú dôstojnosť a hodnotu. Stigma **prináša pocit hanby a zneváženia a vedie k tomu, že označený nemôže žiť plnohodnotným životom a spoločnosť ho vylučuje**. Korene stigmy sú historické, majú svoj pôvod v oddeľovaní duše od tela.

Stigma však neznamená len použitie negatívneho „označkovania“ alebo aktivity. Je prejavom znevažovania, nerešpektovania. Vytvára bariéru, ktorá bráni chorým a ich rodinám vyhľadať účinnú pomoc, pretože sa boja diskriminácie. 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. Predpokladáme však, že najmenej dvojnásobok má tiež problémy, pri ktorých by psychiater vedel účinne pomôcť, zo strachu ho však nevyhľadajú.

Stigma je dôsledkom **neinformovanosti o ochorení, o možnostiach jeho liečenia a schopnosti žiť a pracovať**. Nedostatok vedomostí o priebehu duševných ochorení, neschopnosť porozumieť ich príznakom, ktoré sa ostatným zdajú často zvláštne a nepochopiteľné, vyvolávajú v zdravých strach a odmietanie chorého. To vedie k najrôznejším prejavom diskriminácie. Chorý človek si nevie nájsť zamestnanie, klesá na spoločenskom rebríčku, stráca pocit vlastnej hodnoty, dostáva sa do sociálnej izolácie, samoty. Ak sa nezaradí späť do práce, rodiny či spoločenského života, chorobné zmeny sa prehĺbujú a ochorenie nadobúda chronický priebeh. Jeho dôsledkom je prehĺbenie izolácie, čím sa bludný kruh ochorenia a jeho sociálnych dôsledkov uzatvára.

V rámci liečby a starostlivosti o psychiatrických pacientov sa stretávame so zlou kvalitou (dostupnosť, ponuka – výsledkom sú relapsy), marginalizáciou v rámci opatrovateľských systémov a nízkym statusom profesionálov a služieb poskytujúcich starostlivosť. Spoločnosť stigmatizuje nielen pacientov, ale aj ich blízkych, čo sa prejavuje negatívnymi dôsledkami pre rodiny (obviňovanie, hanba, strata priateľov). Táto skutočnosť sa odráža v zlej kvalite života duševne chorých, ich zneužívaním a zanedbávaním zo strany laickej verejnosti, ale aj zo strany profesionálov.

Cieľom destigmatizácie je odstrániť alebo aspoň zmierniť predpoklad, že psychiatrickí pacienti, sú kvôli svojmu kontaktu s psychiatriou odlišní od bežnej populácie. V praxi to znamená, aby nebol diskriminovaný ich prístup k zamestnaniu, aby ich akceptovala a prípadne im aj pomáhala rodina, priatelia. Dôležitý je správny prístup zdravotníckych profesionálov. Psychiater alebo iný terapeut by mal pacienta a prípadne aj jeho rodinu pravdivo a zrozumiteľne informovať o prejavoch, liečbe a prognóze poruchy zdravia. Prospešné môže byť tiež vytváranie svojpomocných skupín pacientov a ich príbuzných za účelom destigmatizácie a komunikácie o skúsenostiach. Dôležité je tiež, aby spoločnosť mala vyvážené a pravdivé informácie o psychických poruchách, to môžu zabezpečiť médiá a vzdelávací systém.

4.1. Liga za duševné zdravie

Liga za duševné zdravie (LDZ) sa už viacero rokov snaží o šírenie korektných informácií o duševnom zdraví. Téma duševných porúch je tabuizovaná, verejnosť má skreslené názory na psychické ochorenia. Podľa štatistiky z Národného centra zdravotníckych informácií výskyt nových duševných porúch vzrastá ročne približne o 23 %. Aj preto Liga za duševné zdravie každoročne organizuje informačnú kampaň a celoslovenskú zbierku pri príležitosti **Svetového dňa duševného zdravia, ktorý pripadá na 10. október**. Bol vyhlásený Svetovou federáciou za duševné zdravie (WFMH) v roku 1991. Ich cieľom je zvýšenie informovanosti verejnosti o problémoch súvisiacich so psychickými ochoreniami. Kampaň je zameraná na aktívnejšie zapojenie duševne postihnutých ľudí do spoločenského a pracovného života. Cieľom Svetového dňa duševného zdravia je zvýšiť povedomie verejnosti o duševnom zdraví.

„Zvolili sme si kvietok nezábudka, lebo je taký malinký, krehký a je pre nás symbolom krehkosti a zraniteľnosti ľudskej duše. A tiež je to symbol, ktorým chceme upozorniť na to, aby ľudia nezabúdali na dôležitú súčasť svojho zdravia, ktorou je duševné zdravie,“ povedal pri predstavovaní kampane predseda Správnej rady LDZ Martin Knut. <http://najmama.aktuality.sk/extra-tipy/231552/modra-nezabudka-svetovy-den-dusevneho-zdravia/>

Liga za duševné zdravie sa snaží, aby sa človek dostal včas k odborníkovi a k správnej liečbe. K tomu treba nielen informovaného pacienta, ale aj postupné dobudovanie komplexnej siete služieb. Komplexná sieť služieb pre ľudí s duševnou poruchou je dôležitým predpokladom sociálneho začlenenia. Je to široký súbor služieb a zariadení, ktoré pomáhajú ľuďom s duševnou poruchou, aby boli uspokojené nielen ich zdravotné, ale aj psychologické a sociálne potreby. Podľa vzorov z vyspelejších krajín by mali byť súčasťou komplexnej siete okrem modernej nemocničnej starostlivosti aj krízové centrá, denné stacionáre, rôzne formy rezidenčných služieb, napr. chránené bývanie a služby pracovnej či sociálnej rehabilitácie.

5. Úloha SP v starostlivosti o psychicky chorých pacientov

Sociálny pracovník je jedným z členov psychiatrického tímu. Pri hospitalizácii pacienta získava údaje pre **sociálnu anamnézu** prostredníctvom rozhovoru s pacientom, rodinnými príslušníkmi, príp. zo zdravotnej dokumentácie. Na základe nej určí **sociálnu diagnózu a terapiu** s prihliadnutím na pacientove potreby. Využíva širokú škálu metód sociálnej práce ako rozhovor, sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu – ergoterapia, biblioterapia, muzikoterapia, arteterapia, nácvik sociálnych zručností, terapeutická komunita, primárna, sekundárna a terciárna prevencia, prípadová analýza, ciele zamestnanie a podporné zamestnanie. Takisto participuje na terapii a resocializácii. Ku každému pacientovi pristupuje individuálne, keďže každý klient prichádza s iným „balíkom“ problémov.

Sociálny pracovník poskytuje odborné poradenstvo – informácie v oblasti sociálneho zabezpečenia, občianskeho, pracovného a rodinného práva, rodinnú intervenciu a pod. Pomáha pri uplatňovaní nárokov nemocenského poistenia, sociálneho a dôchodkového zabezpečenia, pri riešení bytových problémov, umiestňovaní pacientov do ústavov, určovaní opatrovníka, riešení problémov s ochrannou liečbou, majetko-právnych záležitostiach.

Osobitnú starostlivosť venuje osamelým a starším pacientom, ktorí sú pozbavení spôsobilosti na právne úkony, a tiež pacientom po samovražedných pokusoch. Po prepustení klienta z psychiatrickej starostlivosti sa práca sociálneho pracovníka nekončí. Je potrebné, aby pacient/ klient zostal v evidencii a sociálny pracovník ho podľa potreby kontaktoval, usmerňoval a snažil sa pomôcť vyriešiť jeho problémovú sociálnu situáciu.

6. Problematika drogových závislostí

Výrazným znakom súčasnej spoločnosti je výskyt a šírenie sa sociálnopatologických javov, od drobných problémov v správaní cez závažnejšie delikty až po delikvenciu, kriminalitu či toxikomániu. Je nimi ohrozená najmä mládež, ktorá je menej odolná voči rôznym nežiaducim vplyvom a faktom, ale i viac náchylná hľadať riešenia svojich problémov neadekvátnymi cestami (Matula, 1997, s. 4).

Droga je látka, ktorá po vstupe do ľudského organizmu, je schopná pozmeniť jednu alebo viacero jeho funkcií, pôsobí priamo alebo nepriamo na CNS a môže mať priznané postavenie lieku.

Návyk je ustálenou reakciou organizmu na známy podnet. O návyku je možné hovoriť iba vtedy, keď existuje nejaká predchádzajúca skúsenosť.

Tolerancia je znášanlivosť organizmu na množstvo prijatej látky. Znakom je, že organizmus si na túto látku zvyká, a pre účinok tejto látky je potrebné dávku zvyšovať. Tolerancia na drogy má najprv vzostupnú tendenciu, potom však klesá.

Závislosť (psychická, fyzická) je psychický a niekedy tiež fyzický stav, ktorý je výsledkom vzájomného pôsobenia medzi živým organizmom a drogou. Je charakterizovaný zmenami správania a inými reakciami, ktoré zahŕňajú nutkanie brať drogu stále, alebo pravidelne pre jej psychické účinky a niekedy tiež preto, aby sa predišlo nepríjemným pocitom, ktoré vznikajú v dôsledku toho, že táto látka nie je v organizme.

- *fyzická závislosť* – keď sa látka nenachádza v organizme, nastáva abstinенčný syndróm, ktorý sa prejavuje rôznymi príznakmi (zívanie, potenie, nepokoj, úzkosť, vracanie, kŕče, hnačka, zmeny krvného tlaku, bolesť hlavy...). Príznaky pramenia z narušenia vnútornej rovnováhy.
- *psychická závislosť* – duševný stav, ktorý sa prejavuje neodolateľným nutkaním (**craving – baženie po droge**), potrebou pokračovať v periodickom alebo sústavnom užívaní drogy. Užívateľ drogy môže byť nervózny, depresívny, agresívny a pod. Vznik tohto druhu závislosti je spojený s intenzívnym prežitím príjemných zážitkov a je rozhodujúci pre štádium chronického užívania drog.

Fyzická závislosť sa dostavuje hneď po odňatí drogy, psychická až v období abstinencie.

Abstinенčný syndróm je syndróm náhleho odňatia drogy, vzniká ako pravidelný sprievodný jav tolerancie. Jeho výskyt a intenzita závisí od stupňa fyzickej závislosti. V súvislosti so vznikom závislosti hovoríme aj o tolerancii, pod ktorou rozumieme zníženú odpoveď organizmu na účinky drogy, ktorú musí prijímať konzument pre dosiahnutie rovnakého účinku v neustále vyšších dávkach.

Existujú **štyri základné faktory drogovej závislosti**, ktoré sú významné pre jej vznik a udržiavanie, ako aj pre jej modifikáciu a elimináciu. Sú to:

1. droga, resp. jej stimulačné, euforizujúce, narkotizačné a iné účinky,
2. osobnosť,
3. sociálne prostredie,
4. podnet (provokačné a vyvolávajúce činitele).

Drogy môžu do ľudského organizmu vstupovať viacerými cestami:

- *inhaláciou* (vdychovaním, cez respiračný trakt – fajčenie, čuchanie),
- *rezorpciou* cez sliznicu (ústnej dutiny, zažívacieho traktu, sliznicu nosa, pošvy, konečníka, ale aj cez neporušenú ľudskú kožu),
- *parenterálne* (najčastejšie injekčnou striekačkou do svalu, žily, podkožne).

6.1. Rozdelenie drog

Rozdelenie drog

Z chemického hľadiska:

- prírodné (marihuana),
- syntetické (metadón),
- semisyntetické (heroín).

Podľa zákona:

- legálne (destiláty, tabak),
- nelegálne, t. j. zakázané.

Podľa spôsobu užívania:

- inhalácia (vdychovanie, čuchanie),
- rezorpcia,
- parenterálne.

Podľa účinku:

- depresanty,
- stimulanty,
- halucinogény.

Depresanty (vrátane barbiturátov, sedatív a hypnotík – heroín, morfín, ópium, kodeín, metadon, syntetické opiáty) – utlmujú a spomaľujú CNS, užívajú sa najmä na navodenie spánku, alebo na uvoľnenie úzkosti.

Stimulanty (speed, kofeín, kokaín, pervitín) – stimulujú CNS a zrýchľujú jej činnosť, čím sa zvyšuje duševná bdelosť a fyzické pohyby.

Halucinogény (LSD, marihuana, extáza, magické huby) – mení sa vnímanie a môže vyvolávať halucinácie tým, že narúša normálne funkcie CNS (pri vyšších dávkach). Účinky sa môžu prejavovať podobne ako pri psychóze, ale s tým rozdielom, že halucinácie sú navodené látkou, nie organicky.

6.2. Diagnostika závislosti

Diagnóza závislosti môže byť postavená vtedy, ak sa za posledný rok v nechránenom prostredí objavili aspoň 3 z nižšie uvedených kritérií:

- silná túžba po droge, alebo nutkanie užívať ju, problémy so sebaovládaním pri užívaní tejto látky, či už ide o začiatok, ukončenie, alebo množstvo látky,
- fyzický odvykací stav,
- tolerancia k danej látke sa mení,
- pokračovanie v užívaní látky aj napriek viditeľným negatívnym telesným alebo psychickým následkom,
- látka je časom užívaná kvôli zmierneniu negatívnych prejavov, vyvolaných predchádzajúcim užívaním tejto substance, pričom konzument si je vedomý toho, že vďaka takémuto postupu sa zbaví nepríjemných fyzických prejavov. Niekedy sa používajú látky s podobným efektom na miernenie odvykacieho stavu.
- postupné zanedbávanie predchádzajúcich záujmov na základe potreby väčšieho času na získanie látky, jej užitie a zotavenie sa z jej účinkov,
- návrat ku konzumácii po určitej dobe abstinovania sa prejaví rýchlejším návratom prejavov syndrómu, než je to u ľudí, ktorí závislí nie sú,
- zúženie osobného repertoáru užívania takýchto látok.

6.3. Typ závislosti

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) stanovila týchto 7 typov závislosti:

1. závislosť kanabisového typu,
2. závislosť morfinového typu,
3. závislosť kokaínového typu,
4. závislosť kachektického typu,
5. halucinogénna závislosť,
6. závislosť od amfetamínov,
7. závislosť od barbiturátov (vrátane alkoholu).

Okrem toho poznáme *primárny* (návyková látka je od začiatku vedome zneužívaná ako droga) a *sekundárny typ závislosti* (droga je užívaná – najmä na začiatku – ako liek).

1) Primárny typ – jedinci z tejto skupiny berú drogy len kvôli ich účinkom, preto (hlavne na začiatku) zneužívajú všetko, čo členovia toxikomanickej skupiny označia termínom droga. Do tejto skupiny patria najmä mladí, kým do skupiny sekundárneho typu drogovej závislosti – pacienti stredného alebo vyššieho veku. Tí preferujú obyčajne iba určitý liek alebo lieky, ktorých účinky sú si blízke. Sú stále viac izolovaní a osamotení, kým mladí z prvej skupiny vytvárajú skoro vždy skupiny, „party“ s rôznym stupňom vnútornej organizovanosti.

2) Sekundárny typ – sem patria ľudia, ktorí látku, ktorá sa pre nich neskôr stane návykovou drogou, najskôr užívajú ako liek. Sú presvedčení o jeho užitočnosti, potrebnosti a neskôr i nevyhnutnosti pre ich zdravotný stav, pričom ich zdravotný stav je narušený nejakými ťažkosťami, či chorobou. Tento druh môže byť navodený lekárom. Do tejto skupiny môžeme zaradiť i tých, čo berú drogu na dosiahnutie lepšieho výkonu alebo schopností. Ľudia, ktorí patria do tejto skupiny, stále veria, že sa liečia alebo že len náhodne dopujú, i keď sa u nich už rozvinula závislosť. Vytvárajú si racionalizačný systém, pomocou ktorého seba i ostatných presvedčajú (alebo sa aspoň snažia presvedčiť), že daný liek je pre ich organizmus a zdravotný stav nevyhnutný (Mojtová, 2008).

6.4. Liečba závislosti

Podľa viacerých odborníkov, **neexistuje jediný spôsob liečby, ktorý by sa hodil pre všetkých ľudí so závislosťou**. Dôležité je, aby liečba bola bežne dostupná. Efektívna liečba sa zaoberá viacerými potrebami jedinca nie iba jeho/jej užívaním drog.

Liečebný plán musí byť priebežne vyhodnocovaný a modifikovaný. Jedným z podstatných kritérií účinnosti liečby závislého je jeho zotrvanie adekvátne dlhej doby v terapeutickom procese. Nevyhnutná je kombinovaná intervencia: medicínska, psychologická (psychoterapeutická) a sociálna (socioterapeutická).

Dôležitým v procese liečby a doliečovania je aj zvládnutie cravingu – baženia – teda silnej túžby pociťovať účinky psychoaktívnej látky, s ktorou mala osoba už predchádzajúcu skúsenosť. Je to určité nutkavé poháňanie, ktoré sa vŕti okolo užívateľa drogy, pričom ovplyvňuje jeho náladu a správanie.

Chorobná závislosť je stále prítomná, len pri abstinencii nie je v činnosti, vtedy je skrytá. Uzdravenie závislého klienta, ktorým rozumieme trvalú abstinenciu, je teda len zastavením chorobného procesu v určitom bode, ale chorobný stav trvá ďalej, natrvalo. Závislý človek je teda závislý po celý život a už sa nemôže stať napr. príležitostným pijanom alebo hráčom. Pre závislého človeka to znamená dodržiavať úplnú abstinenciu (v príp. abstínujúceho alkoholika nie kontrolované pitie).

Substitučná liečba je určená ľuďom so závislosťou od psychoaktívnych látok, ktorým je podávaná psychoaktívna látka na predpis, ktorá je farmakologicky príbuzná tej, čo spôsobuje u nich závislosť. (WHO, 1995)

Kritériá substitučnej liečby:

- Musí znižovať túžbu po látke a potláčať abstinečné príznaky.
- Klienti musia byť schopní sa na nej stabilizovať.
- Musí zlepšovať psychosociálne fungovanie a zlepšovať zdravie.
- Musí byť akceptovateľná pacientmi.
- Nesmie mať dlhodobý toxický (napr. orgán poškodzujúci) účinok.

- Musí byť prístupnou a dostupnou.

Pravdou je, že úspešne liečiť možno len toho, kto chce svoje problémy skutočne riešiť. Predpokladom liečby je náhľad na chorobu, uvedenie si skutočnosti, že bez liečby si pacient sám neporadí a v neposlednej miere je to ochota k spolupráci s terapeutom. Samozrejmosťou je istá terapeutická dohoda o dodržiavaní pravidiel daného terapeutického programu.

Krátka intervencia a jej význam v liečbe závislosti

O technikách krátkej intervencie sa najčastejšie hovorí v súvislosti s problémami spôsobenými alkoholom a tabakom. ***Krátka intervencia je 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, posudzuje, 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, vcítanie a sebestačnosť.
- Krátku intervenciu je možné poskytovať individuálne alebo skupinovo.

6.5. Prevencia drogových závislostí

Prevencia (z lat. praeventus = zákrok vopred) – v najširšom slova zmysle predchádzanie nejakým, spravidla škodlivým vplyvom. Najčastejšie sa tento pojem používa v medicíne, kde prevencia vlastne predstavuje súbor činností, ktoré vedú k zabráneniu vzniku chorôb, zranení a ich následkov a pomáhajú udržať optimálny stav zdravia, posilňovať ho a rozvíjať. Prevencia drogovej závislosti je aktivita vedúca k posilneniu a ochrane zdravia a k výchove k zdravému životnému štýlu.

Pri prevencii drogových závislostí ide tiež o zabránenie vzniku a šírenia javu a jeho negatívnych dôsledkov. Všeobecne sa súdi, že predchádzanie negatívnym dôsledkom niektorých nežiaducich javov je z hľadiska sociálneho, ekonomického, zdravotného a pod. výhodnejšie ako zákroky proti už vzniknutým defektom. Za optimálnu stratégiu sa považuje posilňovanie a podpora pozitívnych podmienok daného systému ako celku, čo však nie je jednoduché. Ľudské správanie nie je výlučne produktom logicky konzistentného racionálneho programu, a preto stereotyp podávania informácií a poučovania o správnom konaní a jednaní, považovaný za hlavnú metódu prevencie, často zlyháva.

Keďže sú drogy problémom, ktorý zasahuje do mnohých oblastí života, nemôžeme ho riešiť izolovane, ale na základe spolupráce viacerých rezortov a inštitúcií, pretože je nevyhnutná spolupráca rôznych zložiek spoločnosti.

Do preventívnych aktivít by mali byť zapojení vrstovníci, vláda, parlament, miestne samosprávy, významné osobnosti, zdravotnícke zariadenia, zariadenia pre liečbu závislostí, médiá, inštitúcie zaoberajúce sa výchovou a vzdelávaním, kultúrne zariadenia, pedagogicko-psychologické poradne, cirkev a jej zariadenia, sociálne služby, inštitúcie tretieho sektoru, polícia, súdy, armáda.

Cieľom prevencie drogových závislostí je ovplyvnenie základných prvkov konzumácie drog. Ide o orientáciu na zníženie spotreby návykových látok, posunutie veku začiatku konzumácie, obmedzenie dostupnosti návykových látok.

Pojem prevencia drogových závislostí, tak ako ho poznáme z oblasti a sociálnych vied, zahŕňa tri typy prevencie. Primárna prevencia má zamedziť vzniku chorôb, či sociálneho problému, sekundárna

prevencia má znížiť škody nimi spôsobené a terciárna prevencia má zamedziť ďalším škodám a návratu choroby alebo problému (Nováková, 2006).

Primárna prevencia (generálna, všeobecná) sa orientuje na udržanie a podporu zdravia celej populácie. Ovplyvňujú sa mechanizmy vzniku a vývoja závislosti. Je zameraná na zdravú populáciu a motivuje ju k plnohodnotnému životu bez drog. Ide vlastne o edukačný princíp o konfliktoch, krízach a zážitkoch. Na Slovensku funguje viacero programov, napr. Peer skupiny, Škola bez alkoholu, drog a cigariet apod. O konkrétnych preventívnych programoch sa dozviete viac na: <http://www.infodrogy.sk/PreventivneProgramy.html#>

Sekundárna prevencia (adresná) je zameraná na ohrozenú osobu, skupiny obyvateľstva, t.j. zahŕňa pomoc v existujúcom nebezpečenstve závislosti. Snaží sa o to, aby sa čo najskôr rozpoznali symptómy závislosti a čo najrýchlejšie obmedziť a zmierniť následné škody pri nadmernom užívaní drog. Súčasne ponúka rozvoj životných programov bez návykových látok. Sú to programy, ktoré sa orientujú na ovplyvnenie správania a konania, ale sú orientované i na sociálnu prácu. Ich cieľom je zmeniť systémy závislosti a dosiahnuť stav zdravia vlastným pričinením.

Terciárna prevencia sa zaoberá opatreniami, ktoré zabraňujú návratu akútneho štádia závislosti, recidíve, podporujú výsledky terapie a postupné odstraňovanie dôsledkov závislosti. Ide o podporu vytvárania nového hodnotového rebríčka, aktívneho spôsobu života.

Dialýza a transplantčná medicína

1. Obličky a ich funkcie

Obličky sú životne dôležité pre odstraňovanie odpadových látok z tela, reguláciu zloženia telesných tekutín a produkciu niektorých dôležitých hormónov. To znamená, že funkcie obličiek sú vylučovacia a sekréčná. Obličky sú párovým orgánom v tvare fazule s rozmermi výšky 12 cm, šírky 6 cm a hrúbky 3 cm.

Každá

váži

150

gramov.

Hlavné funkcie obličiek

- odstraňujú odpadové látky z krvi,
- regulujú množstvo vody a minerálnych látok v tele,
- produkujú aktívnu formu vitamínu D, ktorý je zodpovedný za silné a zdravé kosti,
- produkujú erytropoetín a regulujú vyzrievanie červených krviniek,
- produkujú dôležité hormóny,
- závisí od nich správne fungovanie ďalších orgánov.

Chronické zlyhanie obličiek – je stav, keď je funkcia obličiek znížená do takej miery, že obličky nie sú schopné udržovať primerané zloženie vnútorného prostredia organizmu (biochemické ukazovatele) ani za bazálnych, pokojových podmienok, napriek špeciálnym diétnym a liečebným opatreniam.

Príznaky chronického zlyhania obličiek

- vyčerpanosť, pokles chuti do jedla, nevoľnosť alebo vracanie, zmeny hmotnosti, znížená diuréza (množstvo moču za 24 h), opuchy (edém) nôh, sťažené dýchanie, závraty (väčšinou spôsobené anémiou), krvácanie z rôznych častí tela.

Ak kvôli chorobe dôjde k **chronickému zlyhaniu obličiek**, ďalší život je možný len vďaka **dialýze** alebo **transplantácii obličky**.

2. Dialyzačná liečba

Akútna dialyzačná liečba sa poskytuje všetkým, ktorí ju potrebujú, okrem skutočných medicínskych kontraindikácií (šokový stav, nemožnosť cievneho prístupu, viacorgánové zlyhanie).

Pri **chronickej dialyzačnej liečbe** vo väčšine krajín sa pacienti selektujú v dôsledku nedostatočnej kapacity:

- dialyzačná liečba je finančne nákladná,
- neúmerný podiel finančných zdrojov pripadá na pomerne malú skupinu pracovne nevýkonných pacientov,
- v SR cca 180 dialyzovaných/ milión obyvateľov, západná Európa 300-400, Japonsko 700,
- incidencia pacientov s obličkovým zlyhaním 60-80 pacientov/na mil. obyvateľov ročne, dlhodobo prežívajú → počet pacientov prekračuje kapacitu dialyzačnej liečby.

3. Psychosociálny dopad ochorenia a úloha SP v starostlivosti o dialyzovaných pacientov

Chronické zlyhanie obličiek a následná dialýza prináša so sebou množstvo problémov, o ktorých zdraví ľudia vôbec netušia. Kvalita života dialyzovaných pacientov sa podstatne mení. Je prirodzené, že sa „spustia“ obranné mechanizmy ľudskej psychiky, aby pacient uniesol psychickú záťaž, ktorej je v rámci ochorenia vystavený. U dialyzovaných sa najčastejšie stretávame s vytesnením, popretím a regresiou.

Znojová (2000) uvádza, že dialyzovaní so sklonom k regresii mávajú detské výkyvy nálad, strhávajú na seba pozornosť, sú často nespokojní, cítia sa zanedbávaní, znevýhodnení a urážajú sa. Tento mechanizmus býva posilňovaný autoritatívnym chovaním personálu, ktorý obmedzuje pacientovu samostatnosť a nezávislosť.

Dialyzovaný pacient, podobne ako chorí s inými chronickými chorobami, je vystavený stresu, ktorý vyplýva z ťažkej nevyliciteľnej a tiež doživotnej choroby. Významným stresom u týchto pacientov je závislosť na prístroji, stredisku a zdravotníckom personále, čo je často pre dialyzovaných väčšia psychická záťaž ako trvalé ohrozenie života. Do dialyzačného strediska musia dochádzať 3x týždenne a zotrvať tam 4-5 hodín. S tým súvisia aj ďalšie problémy (časové straty, práceneschopnosť a pod.). Hodnota nezávislého života je niekedy uprednostnená natoľko, že zvládnutie závislosti na dialýze je pre pacientov nad ich sily, čo vedie k depresiám, agresívnemu správaniu, sebaopoškodzovaniu. Silne stresujúca je vlastná dialyzačná procedúra, ku ktorej patrí strach z napojenia, z bolesti a z prípadných komplikácií pri napojení, obavy z poruchovosti dialyzačného prístroja, nepredvídateľnosti udalostí počas dialýzy, prítomnosť spolupacientov pri komplikovaných dialýzach. Dialyzovaných pacientov trápia niektoré nežiaduce účinky, napr. sprievodná anémia, ktorá má za následok zníženie ich telesnej i sexuálnej aktivity. Ďalej sú to sťažnosti na poruchy spánku (nielen nekvalitný a nedostatočný spánok v noci, ale aj ospalosť počas dňa), a s tým súvisiace časté užívanie hypnotík. Problematická je aj otázka gravidity – najvhodnejšie je plánovať dieťa až po transplantácii obličky.

Dialyzovaní pacienti musia dodržiavať prísnu životosprávu, ktorá si vyžaduje veľa sebazapierania a odriekania. V období pred dialýzou majú nasadenú diétu a medikamentóznú liečbu. Takisto musia starostlivo dbať o svoj pitný režim – pacient smie prijať toľko tekutín, koľko je schopný odstrániť (nízkominerálové stolové vody, čaje, obmedzene káva a mlieko, vylúčiť džúsy a ovocné šťavy). Pri poruche režimu vznikajú problémy pri dialýze. Je dôležité, aby si dialyzovaný pacient udržiaval optimálnu telesnú hmotnosť (váži sa pred a po dialýze). Dodržiavanie hygieny (vrátane starostlivosti o cievny prístup) je nutné. Neodporúča sa kúpať na verejných kúpaliskách a v prírodných tokoch, najvhodnejšie je kúpanie v morskej vode. Čo sa týka cestovania a plánovania si dovolenky, je nutná konzultácia s ošetrojúcim lekárom, sprievodný list a sprostredkovanie prázdninovej dialýzy v mieste dovolenkového pobytu.

Dialyzovaný pacient môže športovať, ale s obmedzeniami (vylúčenie kolektívnych športov, pri ktorých je väčšie riziko úrazu a fyzicky náročných aktivít, odporúča sa skôr rekreačné športovanie). Chronicky dialyzovaní pacienti majú takisto právo na vzdelanie (odporúča sa individuálny študijný program) a

právo na prácu. Uplatnenie na trhu práce je však problematické – dochádza k strate zamestnania a veľmi často prechádzajú do invalidného dôchodku. Z toho pramenia aj ďalšie problémy – znížené príjmy, u mužov strata dominantného postavenia v rodine – niekedy vedúce k rozpadu rodiny. Strata zamestnania dialyzovaného pacienta vedie aj k strate sociálnych kontaktov, dochádza k sociálnej izolácii, ktorá môže vyústiť aj do suicidiálneho konania.

Úloha SP v starostlivosti o dialyzovaných pacientov

Sociálny pracovník je vo viacerých aspektoch veľkou pomocou pre dialyzovaných pacientov. Vyššie uvedené problémy nás samé nabádajú k rôznym formám pomoci. Poradenstvo (individuálne, ale aj partnerské, resp. rodinné, keďže ide o značný zásah do života všetkých členov rodiny), vnímam ako dôležitú súčasť starostlivosti o dialyzovaného pacienta. V rámci neho svoje uplatnenie nájde psychoterapia a svojpomocné skupiny. Takisto je nutné riešiť vyradenie z pracovného procesu a s tým súvisiaci pokles alebo stratu ekonomických príjmov a sociálnych kontaktov. Sociálny pracovník by mal poznať možnosti kompenzácií dialyzovaných pacientov. Pri dlhodobo dialyzovaných: príspevok na diétne stravovanie, posudzovanie miery funkčnej poruchy, vydanie preukazu ZŤP, oslobodenie od povinnosti úhrady za dopravu sanitkou atď.

4. Transplantačná medicína

Transplantácia tkanív a orgánov umožňuje **liečenie a uzdravenie** mnohých chorých, ktorých by ešte donedávna mohla očakávať smrť alebo len bolestná a obmedzená existencia. Ak chceme hovoriť o transplantáciách, s ktorými úzko súvisí viacero etických problémov, mali by sme si odpovedať na nasledovné otázky: *Chcem alebo odmietam darovať svoje orgány pre účely transplantácie (po smrti)? Čo ak v priebehu života budete Vy alebo Vaši blízki potrebovať transplantáciu? Máte právo žiadať darovanie orgánov, keď ho sami odmietate?*

Predpokladáme, že aj v budúcnosti bude treba čoraz viac obličiek, pečene, pankreasu, pľúc. V rozvinutých krajinách už dnes na budúci tlak reaguje legislatíva tým, že uľahčuje formality a vytvára podmienky, ktoré odber orgánov povzbudzujú. Na Slovensku dnes platí pravidlo predpokladaného súhlasu, čo znamená, že ak človek za svojho života nevyjadril nesúhlas, automaticky je považovaný za darcu. Do listín nedarcov sa doteraz zapísalo len asi 200 ľudí. Z okolitých krajín je predpokladaný súhlas uzákonený iba v Rakúsku a Česku.

Vo svete panuje široký konsenzus, že momentom, keď sa život človeka končí, je mozgová smrť. Srdce musí byť transplantované do štyroch hodín, pečeň do šiestich, v najhoršom prípade do dvanásť hodín, obličky v krajnom prípade do 48, na Slovensku sa to robí v priemere do 21 hodín.

Typy transplantácií

1. **Autoplastické** (autos = sám, vlastný) – darca je zároveň príjemca. Zvyčajne sa takto transplantuje koža, kostná dreň alebo vlasy, ktoré sa prenášajú zo zdravého miesta na poškodené a pri týchto transplantáciách je minimálne riziko odvrhnutia štepu hostiteľom.
2. **Homoplastické** (alotransplantácia – allos = iný) – darca a príjemca sú odlišné osoby, ale s rovnakou genetickou informáciou a allograft – orgán darcu sa voperuje do príjemcu rovnakého živočíšneho druhu ale s odlišnou genetickou informáciou.
3. **Heterologické** (xenotransplantácie, xeno = cudzí) – darca a príjemca transplantátu sú z rôznych živočíšnych druhov (napr. opica a človek), využívajú sa kvôli chronickému nedostatku orgánov od živých aj mŕtvych darcov. Tieto operácie majú najväčší pomer telom odmietnutých orgánov.

Pri transplantácii akéhokoľvek orgánu musí potenciálny príjemca pred zaradením na čakaciu listinu prejsť podrobným vyšetrením posudzujúcim jeho vhodnosť a zvažujúcim sprievodné riziko, ako aj urgentnosť operácie. Transplantácia žiadneho orgánu sa v súčasnosti nezaobíde bez liekov tzv. imunosupresív, ktoré zabraňujú tomu, aby imunitný systém príjemcu transplantovaný orgán neodlúčil.

Napriek ich pravidelnému užívaniu je časť príjemcov vystavená riziku akútnej alebo chronickej rejeckie, ktorá obmedzuje dĺžku funkcie transplantovaného orgánu. Imunosupresívna liečba samotná nie je bez rizika. U časti príjemcov vedie k zvýšenému výskytu infekčných a nádorových ochorení, svojimi vedľajšími účinkami na krvný tlak, lipidy alebo hodnoty krvného cukru, zvyšuje riziko kardiovaskulárnych ochorení, zriedkavosťou nie je ani osteoporóza. Dlhodobú funkčnosť transplantovaného orgánu môže skrátiť recidíva základného ochorenia. Napriek tomu, že každý transplantovaný pacient musí počítať s pravidelnými kontrolami na ambulancii, ako aj s občasnou potrebou hospitalizácie. Transplantácia orgánu je úžasnou možnosťou, ktorou dnešná medicína dokáže predĺžiť prežívanie a významne zvýšiť kvalitu života pacienta (Grandtnerová, 2009).

Transplantujú sa tkanivá a orgány: krv, kostná dreň, koža, vlasy, rohovka, obličky, srdce, pankreas, pečeň, pľúca.

Eticky neprípustné je darovanie mozgu a pohlavných žliaz, ktoré zaisťujú totožnosť a jedinečnosť osoby, ktorú má medicína chrániť.

Dôvody na transplantáciu:

- záchrana života,
- liečba základného ochorenia,
- pomocná liečba,
- estetická korekcia.

4.1. Kritériá darcovstva orgánov

Z hľadiska získavania darcovských orgánov poznáme **transplantácie od mŕtvych darcov** (ide o pacientov, u ktorých bola diagnostikovaná smrť mozgu) a **transplantácie od žijúcich darcov** (napr. darcom jednej z dvoch obličiek je v tomto prípade príbuzný alebo životný druh).

Živý darca

Je veľa názorov na darovanie orgánov od žijúcich ľudí. Niektorí ich odmietajú, niektorí v nich vidia ten najväčší prejav lásky a porozumenia, ktoré môžu poskytnúť svojmu blízkeho. Žijúci darca môže darovať **jeden z párových orgánov**. Môže ním byť:

- **príbuzný** (v tom prípade darovanie orgánu nesmie byť chápané ako povinnosť),
- **nepríbuzný** (nesmie byť motivované ekonomickým ziskom).

Kritériá darovania transplantátu

- naliehavosť transplantácie pre príjemcu (nie je iná alternatíva),
- čo najviac obmedziť poškodenie zdravia darcu,
- slobodné rozhodnutie (*adekvátna informácia, neprítomnosť nátlaku a kompetencia darcu*)

Mŕtvy darca

Ak je darca mŕtvy, tiež existujú **etické problémy**:

1. Nebezpečie, že v záujme záchrany života príjemcu **sa predčasne ukončí resuscitačná starostlivosť o možného darcu**.
2. **Neúmerné predlžovanie obdobia klinickej smrti**, aby sa získal čas na prípravu transplantácie (intenzívna terapia dovoľuje udržať krvný obeh a dýchanie aj po zániku všetkých mozgových funkcií).

Výber príjemcu

- musí byť objektívny,
- imunologická zhoda príjemcu a darcu,
- prihliada sa na aktuálny zdravotný stav príjemcu.

4.2. Súčasná legislatívna úprava transplantácií od žijúcich darcov v SR

Transplantácie od žijúcich darcov je možné podľa dnes platnej legislatívy vykonať vtedy, **ak prospech pre príjemcu prevažuje nad ujmom darcu**, alebo nie je možné získať vhodný orgán, tkanivo alebo bunky od mŕtveho darcu. **Darcom je osoba plne spôsobilá na právne úkony**, v nižšie uvedených výnimočných prípadoch môže dať súhlas aj jeho právny zástupca.

Darcom nesmie byť osoba, ktorá je vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody, aby nedošlo k zneužívaniu väznov na transplantačné výkony. *Uvažuje sa však o novelizácii tohto článku zákona v zmysle, že bude možné odobrať orgán alebo jeho časť na transplantáciu od najbližších príbuzných, pokiaľ ide o ohrozenie života pacienta z omeškania a neexistuje žiadna iná alternatívna liečba.*

4.3. Národný transplantčný register

Predmetom zberu dát v registri sú epidemiologické a klinické údaje o pacientoch po orgánových transplantáciách, pacientoch - čakateľoch na transplantácie a údaje o potencionálnych darcoch orgánov a tkanív v SR. Register vedie databázu osôb odmietajúcich darovanie orgánov, tkanív a buniek po smrti.

Národný transplantčný register bol založený v roku 1995 spolu so Slovenským centrom orgánových transplantácií. Je súčasťou informačnej siete pre program transplantácie orgánov, koordinovanej na regionálnej, národnej a medzinárodnej úrovni.

Úlohou registra je:

- zabezpečenie aktuálnych informácií na realizáciu transplantácií orgánov, údaje o nových príjemcoch orgánov, čakacie listiny, údaje o darcoch orgánov pre porovnanie údajov darcu s údajmi v čakacej listine, výber najvhodnejšieho páru darca – príjemca, údaje sú k dispozícii 24 hodín denne
- vedenie registra osôb, ktoré odmietli darovať orgány po smrti, kontrola každého potenciálneho darcu orgánov a vydanie potvrdenia o jeho neprítomnosti v registri
- zabezpečenie dlhodobého sledovania pacienta po transplantácii a vyhodnocovanie prežívania štepov a pacientov, ako ukazovateľov kvality transplantného programu.

Údaje z registra sú spracované do výstupov o odberovej a transplantnej aktivite, prežívaní pacientov a štepov, dôvodoch nepoužitia orgánov. Informačný systém prepája transplantné centrá a je k dispozícii 24 hodín denne (www.ncot.sk).

5. Transplantácia obličky

Už niekoľko desaťročí patrí transplantácia obličky medzi štandardné postupy v liečbe pacientov v terminálnom štádiu chronického zlyhania obličiek. Jej efektívnosť je od polovice 80-tych rokov 20. storočia umocnená postupným rozvíjaním a zdokonaľovaním imunosupresívnych režimov, ktoré sú nevyhnutné pre prevenciu a liečbu odvrhnutia transplantovaného orgánu organizmom príjemcu. V zásade najdôležitejším predpokladom nárastu transplantčných aktivít však je rozvinutý **darcovský program**. Zjednodušene povedané – **bez darcov orgánov niet transplantácií**. Preto sa celosvetovo rozvíja množstvo projektov podporujúcich darcovstvo orgánov. Do týchto aktivít sa zapája aj **slovenský transplantčný program**.

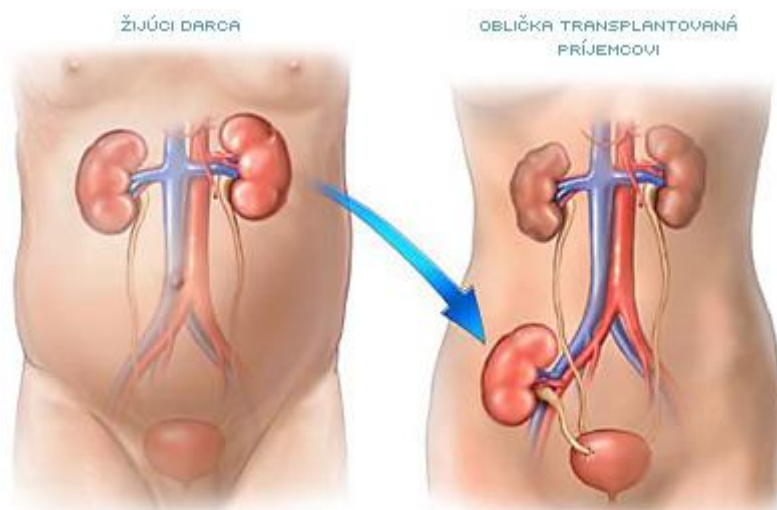
Transplantácia obličky – je medicínsky zákrok, pri ktorom sa preniesie zdravá oblička od darcu do tela pacienta, ktorému vlastné obličky nefungujú. Zdravotný stav pacienta musí dovoliť podstúpiť nielen operáciu, ale aj liečbu liekmi, ktoré potláčajú obranyschopnosť organizmu a zabraňujú mu odvrhnúť transplantovanú obličku (tzv. imunosupresívne lieky). Pokiaľ pacientov zdravotný stav

transplantáciu obličky dovoľuje, **je transplantácia najvhodnejšou voľbou, pretože zlepšuje dlhodobé vyhliadky pacienta a dáva mu šancu na prežitie plnohodnotného života.**
Kontraindikácie transplantácie obličky

- akútna infekcia,
- malígne choroby so zlou prognózou,
- HIV pozitivita (konečným štádiom je ochorenie AIDS) ,
- ťažké hepatálne poškodenie (cirhóza pečene, chronická aktívna hepatitída),
- chronické respiračné zlyhanie,
- závažné psychiatrické choroby (neschopnosť spolupráce).

Transplantácia obličky od žijúceho darcu

Pre mnohých pacientov existuje možnosť transplantácie obličky od žijúceho darcu. V tomto prípade sa plne funkčná oblička prenáša z tela zdravej osoby, ktorej krvná skupina je kompatibilná s krvnou skupinou pacienta. Tento spôsob má **z hľadiska dlhodobého prežívania lepšie výsledky** ako transplantácie obličiek od mŕtvych darcov. Zároveň pre mnohých pacientov rieši rizikové obdobie čakania na vhodný orgán od mŕtveho darcu, ktorých je nedostatok. Pokiaľ sa darca aj príjemca rozhodnú takýto výkon podstúpiť, obaja sú dôsledne vyšetrení, pričom sa dôraz kladie hlavne na bezpečnosť z pohľadu darcu.



Hlavné výhody transplantácie

obličky od žijúceho darcu sú:

- Príjemca obličky nemusí byť na čakacej listine na obličku a čeliť tak dlhému čakaníu, pokiaľ sa nájde pre neho vhodný darca orgánu.
- Transplantácie od žijúcich darcov sú predovšetkým z dlhodobého hľadiska úspešnejšie, pretože dôkladné testovanie príjemcu ako, aj darcu pred samotnou transplantáciou zabezpečuje najlepšiu možnú zhodu z medicínskeho hľadiska.
- Transplantácia môže byť naplánovaná vopred na najvhodnejší čas a samotný zákrok prebieha vtedy, keď je príjemca aj darca v čo najoptimálnejšom stave na operáciu.
- Tento druh získavania orgánov umožňuje takzvané „preemptívne“ transplantácie, uskutočnené skôr, ako dôjde k nutnosti začatia eliminačnej liečby zlyhania obličiek (hemodialýzou alebo peritoneálnou dialýzou). Takéto transplantácie sú z dlhodobého hľadiska pre príjemcu najvhodnejšie.

Kto môže byť žijúci darca?

Žijúcim darcom obličky môže byť **každá zdravá osoba vo veku najmenej 18 rokov**, ktorá je s Vami v príbuzenskom alebo blízkom priateľskom vzťahu (presné znenie vysvetľuje *Zákon NR SR č. 576/2004 Z.z. (§ 36)*). Rozoznávame **tzv. pokrvných príbuzných** – matka, otec, starí rodičia, brat sestra, sesternica, bratranec, ujo, teta a **tzv. emocionálnych príbuzných** – manžel/-ka, druh, družka, priateľ/-ka, svokor/-a atď.

Krížová transplantácia

Krížové darcovstvo pozostáva z **dvoch darcov obličky a z dvoch príjemcov obličky**, ktorí navzájom tvoria dva páry. Partneri v rámci páru ale nemajú vzájomne zlúčiteľnú krvnú skupinu. Obaja príjemcovia si navzájom vymenia darcov obličky, takže každý z nich tak získa *darca s kompatibilnou krvnou skupinou*.

Kde sa na Slovensku vykonávajú transplantácie obličiek od žijúcich darcov?

- Urologická klinika s transplantačným centrom FNsP Bratislava – Kramáre,
- Transplantačné centrum FNsP F.D. Roosevelta v Banskej Bystrici,
- Transplantačné centrum Martinskej fakultnej nemocnice v Martine,
- Transplantačné centrum FN L. Pasteura v Košiciach.

Transplantačné centrá špecializované na transplantácie obličiek a dialyzačné centrá podľa spádovej oblasti:

http://dev.soyamedia.com/_majo!/oblickanadzlato/index.php?id=25&zoom=0

Geriatria

1. Geriatria

Je potrebné rozlišovať starnutie a starobu. Starnutie je zákonitý biologický proces, a preto jeho prevencia nie je možná a staroba je daňou za dlhý život. Starnutie je charakterizované viacerými vlastnosťami:

1. je vnútorné – geneticky naprogramované, ale jeho priebeh je ovplyvňovaný vonkajšími faktormi,
2. je nezvratné, zmeny vyvolané starnutím nie je možné vrátiť späť,
3. je nerovnomerné – niektoré orgány, tkanivá a funkcie starnú rýchlejšie, iné pomalšie,
4. prevaha starobných zmien je regresívna – spojená so stratou funkcie.

Starnutie prebieha prísne individuálne, a preto sú rozdiely medzi jednotlivými starými ľuďmi výraznejšie ako medzi jednotlivcami v mladších vekových skupinách. Starnutie mení zloženie a funkcie živých organizmov od molekulárnej úrovne až po úroveň celého organizmu. Starne celá populácia, každý 2.-3. občan vstupujúci do ordinácie lekára má viac ako 60 rokov. (Krajčík, 2005)

2. Biologické, psychické a sociálne znaky starnutia

Biologické znaky starnutia

V období staroby dochádza k biologickým zmenám, ktoré pozorujeme vo všetkých tkanivách a bunkách. K najzávažnejším patria zmeny v nervovej a endokrinnnej sústave, ktoré zaisťujú reguláciu všetkých telesných i duševných pochodov, objavujú sa degeneratívne zmeny a pokles funkcie metabolizmu organizmu. Prejavy týchto zmien sú nápadné, znížená odolnosť voči infekciám, spomalené hojenie rán, strata pružnosti väziva a sklerotizácia ciev.

- zmeny v dýchaní (klesá pružnosť pľúc a znižuje sa ich funkcia),

- zmeny kardiovaskulárneho systému a jeho činnosti (zužovanie a znižovanie pružnosti periférnych ciev),
- zmeny pohybového aparátu (atrofia svalových vlákien a ubúdanie svalovej hmoty),
- zmeny na kostrovom systéme (menšia ohybnosť, náchylnosť na ortopedické zranenia)
- zmeny na celkovom vzhľade človeka (väčšie množstvo vrások, suchšia koža, starecké škvrny, redukcia vlasových folikulov).

Zmena psychických funkcií v období starnutia

Psychické aspekty staroby a starnutia úzko súvisia s biologickými aspektmi. Hlavné psychické zmeny, ku ktorým v starobe u každého človeka dochádza:

- *zhoršuje sa zmyslové vnímanie* – zrak, sluch a reakcie sú pomalšie.
- *zhoršuje sa pamäť* – predovšetkým pamäť pre nové udalosti, zatiaľ čo zážitky dávno minulé zostávajú uchované.
- *inteligencia* – klesá ale to je dôsledok spomaleného tempa pri časovo limitovaných úlohách. Zveľaďovanie intelektu je aktuálne v každom veku. Získanie poznatkov, ktoré prináša vývoj spoločnosti, napríklad pri štúdiu, ale aj vstrebávanie nových informácií z tlače, literatúry, to všetko prispieva k zvyšovaniu intelektuálnej podstaty človeka v dôchodku.
- *aktívnejšie prežívanie* – v starobe sa mení, mnohí ľudia sú ľahostajní, menej emočne zaujatí a viac sústredení sami do seba.
- *osobnosť starého človeka* – odráža jeho spôsob boja s problémami, ktoré pokročilý vek so sebou prináša.

Pre psychický život seniora má mimoriadny význam vzťah človeka k spoločnosti, predovšetkým k rodine. Časté sú pocity neužitočnosti, príťaža pre druhých, prekážky pre normálny a lepší život v rodine. Vnútro seniora je oveľa zraniteľnejšie a to dovoľuje vznik pocitov menejcennosti, neistoty, viny. Na tomto podklade často vznikajú neurózy a psychózy. U seniorov sa možno stretnúť aj s tým, že obviňujú svojich najbližších z nevďaku. (Poledníková, 2006)

Sociálne aspekty starnutia

Sociálne aspekty v konečnom dôsledku ovplyvňujú kvalitu života v období staroby a starnutia. Dôležitým medzníkom v živote človeka je odchod do dôchodku, ktoré kladie veľké nároky na adaptačné schopnosti staršieho človeka, keďže je spojený s obmedzením sociálnych kontaktov, so zmenou sociálneho statusu žiteľa rodiny i so zmenou hierarchie životných hodnôt. Odchodom do dôchodku sa mení spoločenské postavenie jednotlivca a citeľne klesá úroveň príjmov, čo môže zapríčiniť zníženie životnej úrovne. Oslabujú sa alebo sa vytrácajú kontakty so spolupracovníkmi či s priateľmi na pracovisku. Človek zvyknutý na určité pracovné tempo, na pravidelnosť a prácu sa ťažko prispôsobuje novému životu, chýba mu konkrétny cieľ. To všetko u neho vyvoláva pocity osamelosti, nepotrebnosti a bezvýznamnosti, stráca vieru vo vlastné sily.

3. Zdravotnícka starostlivosť o starších ľudí - geriatрия

Základnú starostlivosť poskytujú praktickí lekári, špecializovanú odbornú lekári. Pred 50 rokmi vznikol nový odbor medicíny – **geriatрия** (v SR od r. 1982). Jej poslaním je starostlivosť o geriatrických pacientov – pacientov s kombináciou viacerých pokročilých chronických chorôb a ich komplikácií, medzi ktoré patria napríklad nepohyblivosť, neschopnosť udržať moč alebo stolicu, poruchy zmyslových orgánov a psychické poruchy. Tieto okolnosti si vyžadujú špeciálny prístup a nutnosť sprostredkovať sociálnu starostlivosť. Preto je súčasťou geriatrickej starostlivosti i geriatrický assessment, ktorého cieľom je poznanie sebestačnosti starého človeka. Snaží sa o prevenciu predčasného starnutia a o komplexnú terapiu multimorbiditu u gerontov,

Geriatrická starostlivosť je zdravotná starostlivosť pre starnúcu populáciu vo veku nad 65 rokov. Zaoberá sa prevenciou, diagnostikou, liečbou, rehabilitáciou a ošetrovatel'stvom starších ľudí. Je to špecializovaná starostlivosť so zameraním na udržanie sebestačnosti, oddialenie závislosti a odkázanosti tak, aby sa čo najdlhšie umožnil pobyt starých ľudí v ich domácom prostredí. Nejde len o mechanické predlžovanie života, ale o poskytnutie plne kvalitného života. Hlavnou etickou normou v geriatrickej starostlivosti je **Zachovať dôstojnosť človeka**. Zdravotnícka starostlivosť o staré osoby je veľmi náročná na personál, vybavenie, lieky, a je preto nákladná. V celom svete sú problémy s financovaním zdravotníctva. Súčasné zariadenia bývajú často v nevyhovujúcich priestoroch s mnohými architektonickými bariérami. (Krajčík, 2005)

4. Geriatrické syndrómy

Medzi geriatrické syndrómy, ktoré sú tiež označované ako geriatrickí obri alebo **štyri geriatrické „I“** patria:

- imobilita,
- instabilita,
- inkontinencia,
- poruchy intelektu.

Niektorí autori pridávajú ešte ďalšie „I“ – inanition (podvýživa), insolvence (chudoba), incapacitance (nevládňosť), impotencia. Na vzniku týchto syndrómov sa podieľa viacero chorôb a ich riešenie je z medicínskeho hľadiska veľmi ťažké. Geriatrické syndrómy kladú veľké nároky na sociálnu starostlivosť a často sú hlavnou príčinou umiestnenia starého človeka do ústavu. Starostlivosť o pacientov s geriatrickými syndrómami je spojená s veľkými finančnými nárokmi. Geriatrické syndrómy výrazne zhoršujú kvalitu postihnutých osôb. Sú to vlastne špecifické a najzávažnejšie disabilitability. (Krajčík, 2005)

Najčastejšie ochorenia v tejto vekovej kategórii:

- kardiovaskulárne ochorenia,
- nádorové ochorenia,
- metabolické ochorenia (cukrovka),
- choroby pohybového aparátu a neurologické ochorenia,
- mentálne ochorenia,
- infekčné ochorenia,
- postihnutie zmyslových orgánov.

5. Formy geriatrickej starostlivosti

1. ambulantná
2. ústavná

1. Ambulantná geriatrická starostlivosť:

- a) primárna zdravotná starostlivosť (praktický lekár),
- b) ADOS (agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti),
- c) špecializovaná ambulantná geriatrická starostlivosť.

Návrhy na zlepšenie ambulantnej starostlivosti zahŕňajú:

- zvýšiť starostlivosť o chronicky chorých pacientov prostredníctvom praktických lekárov v spolupráci s ADOS,
- rozšírenie ADOS do nepokrytých okresov,

- zabezpečiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti geriatrom vo všetkých okresoch,
- vytvorenie zariadení jednotňovej starostlivosti pre starších ľudí, ktorí nevyžadujú 24 hod. hospitalizáciu, ale vyžadujú úkony, ktoré sa nedajú vykonať v domácom prostredí,
- rozšíriť sieť gerontopsychiatrických ambulancií a denných stacionárov (v SR je 54 špecializovaných geriatrických ambulancií a 7 gerontopsychiatrických ambulancií),
- úprava preskripčných obmedzení pre geriatrov.

2. Ústavná geriatrická starostlivosť:

- a) geriatrické oddelenia,
- b) geriatrické centrum,
- c) gerontopsychiatrické oddelenia,
- d) liečebne (oddelenia) pre dlhodobo chorých,
- e) paliatívna a hospicová starostlivosť.

Návrhy na zlepšenie geriatrickej zdravotnej starostlivosti:

- rozsah starostlivosti sa bude vyvíjať v súvislosti s potrebami narastajúcej skupiny geriatrických pacientov,
- zlepšiť starostlivosť o psychiatrických pacientov, najmä gerontov,
- vytvorenie nových lôžok paliatívnej starostlivosti,
- zabezpečiť postgraduálnu výchovu geriatrov v každom samosprávnom kraji,
- koncepcia sociálnej medicíny.

Koncepcia geriatrickej starostlivosti sleduje najmä tieto ciele:

- aktualizácia a zvyšovanie rozsahu primárnej prevencie,
- prevencia aterosklerózy a liečba jej komplikácií,
- starostlivosť o pacientov s geriatrickými syndrómami (pády, poruchy mobility, inkontinencia, prevencia a liečba malnutície),
- starostlivosť o dementné osoby,
- terminálna starostlivosť,
- prispôsobenie siete geriatrických pracovísk demografickému vývoju obyvateľstva a potrebám jednotlivých regiónov,
- zvýšenie kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti tejto skupine obyvateľstva.

Koncepcia preventívnej starostlivosti o geriatrických pacientov je zameraná na včasnú diagnostiku a liečbu ochorení, ktoré sú najčastejšou príčinou úmrtnosti obyvateľstva.

Preventívne programy

- Kardiovaskulárny program (zameraný na znižovanie vysokej hladiny cholesterolu a následkov tohto stavu u rodín, kde sa vyskytuje dedične).
- Onkologický program (rakovina hrubého čreva a konečníka, nádory prsníka).
- Národný diabetologický program.
- Národný program rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím (skvalitnenie poskytovania zdravotníckej starostlivosti starším ľuďom).

MZ SR vypracovalo systém posudzovania zdravotného stavu z hľadiska sebestačnosti a potrieb starých občanov, program prevencie a skvalitnenia liečby a rehabilitácie pacientov s dekubitmi a Národný program duševného zdravia.

Očkovanie starších občanov je zamerané proti chrípke, pneumokokovým infekciám a tetanu pre osoby 65 ročné a viac, osoby umiestnené v rôznych zariadeniach, osoby dlhodobo choré a pod.

6. Úloha SP v starostlivosti o geriatrických pacientov

Rizikové skupiny starých ľudí

Zdravotný stav vo vyššom veku výrazne ovplyvňujú sociálne faktory. Svetová zdravotnícka organizácia vytýpovala niekoľko rizikových starých ľudí:

1. veľmi staré osoby
2. staré ženy v jednočlenných domácnostiach
3. staré ženy osamelé alebo ovdovené
4. starí ľudia žijúci v ústavoch
5. starí ľudia žijúci v izolácii
6. bezdetní starí ľudia
7. starí ľudia s postihnutím zdravia
8. staré páry, kde jeden z partnerov je vážne chorý
9. starí ľudia s minimálnym príjmom.

Okrem týchto rizikových skupín je **treba venovať zvýšenú pozornosť** i starým ľuďom, ktorí majú psychické ochorenia a tým, u ktorých došlo k závažnej zmene spôsobu života (ovdovenie, zmena bydliska, prepustenie z nemocnice, umiestnenie do domova dôchodcov a pod.). Úlohou sociálnej starostlivosti na úseku prevencie je zaistiť starým ľuďom bývajúcim v inštitúciách účasť na preventívnych prehliadkach, vyhľadávanie a posudzovanie potreby pomoci rizikovým starým ľuďom. (Krajčík, 2005)

Choroby majú závažné **sociálne následky** tak pre pacientov ako i pre celú spoločnosť. Ceny liekov a zariadení neustále rastú následkom inflácie a následkom zavádzania novších a účinnejších liekov a prístrojov, ktoré sú čoraz drahšie. Choroby majú tiež úzky vzťah k sociálnej starostlivosti, pretože mnohí starí ľudia síce prežívajú dlhšie, ale ich stav sa neupraví úplne a mnohí sú odkázaní na sociálnu starostlivosť. Choroba sa navonok prejaví ako porucha funkcie podľa toho, ktorý orgán je postihnutý. Napríklad ischemická choroba srdca sa prejaví bolesťou alebo dýchavicou. Choroby pľúc sa manifestujú kašľom alebo dýchavicou a choroby kĺbov bolesťami a obmedzením pohyblivosti. Jedna choroba môže spôsobovať viacero porúch a naopak jedna porucha môže byť spôsobená viacerými chorobami.

Následkom poruchy vzniká **disaptibilita**, čo je neschopnosť jedinca vykonávať určitú činnosť. Jedna choroba môže spôsobovať i viacero disaptibilit. Napríklad cievna mozgová príhoda môže mať za následok disaptibilitu komunikácie, disaptibilitu pri jedení, obliekaní, kúpaní, chôdzi. Naopak jedna disaptibilita môže byť spôsobená viacerými chorobami. Napríklad chôdza môže byť obmedzená následkom dýchavice, mozgovej príhody, parkinsonovho syndrómu, ochorenia tepien, chorôb kĺbov a podobne. (Krajčík, 2005)

Problémy sociálnej starostlivosti

Celospoločenským problémom je neustále starnutie populácie a s tým súvisiace viaceré problémy. Starostlivosť o starších ľudí by mala vychádzať z ich potrieb a k tomu prispôbiť aj režim v zariadeniach. Realita je však taká, že počet penziónov, domovov dôchodcov a zariadení pre starších ľudí je nedostatočný, čo je dôvodom dlhých čakacích dôb na ich umiestnenie. **Sociálna starostlivosť sa rozdeľuje na finančné dávky, inštitucionálnu a neinštitucionálnu starostlivosť.** Dávky sa poskytujú napr. na zaistenie diéty a pri bezvládnosti. **Neinštitucionálna starostlivosť** – je zameraná na pomoc v domácnosti, dovoz jedla, pomoc pri doprave. Podstatný diel starostlivosti zabezpečujú aj

agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS). **Denné stacionáre** – tvoria prechod k inštitucionálnej starostlivosti. Môžu byť špecializované na starostlivosť o vybrané cieľové skupiny, napr. dementné osoby. Ich poslaním by malo byť poskytnutie služieb ľuďom, ktorí sa kvôli svojmu zdravotnému stavu cítia osamelí alebo sú ohrození sociálnym vylúčením a stratou sebestačnosti a sú odkázaní na pomoc inej osoby.

Cieľom stacionára by malo byť:

- umožniť ľuďom zostať vo svojom prirodzenom a dôvernom sociálnom prostredí,
- poskytnutie podpory, oddychu a poradenstva osobám, ktoré sa o svojich blízkych doma starajú,
- podpora a motivácia k udržaniu či zlepšeniu sebestačnosti a samostatnosti,
- výchovné, vzdelávacie a aktivizačné činnosti (trénovanie pamäti, arteterapia, muzikoterapia),
- zmysluplné a radostné využitie voľného času,
- flexibilné prispôsobenie programu záujmom a možnostiam klientov,
- podpora sociálnej väzby medzi klientom stacionára a jeho rodinou alebo blízkymi osobami.

Inštitucionálna starostlivosť sa vykonáva v domoch penziónoch (sheltered houses), v domovoch dôchodcov (residential homes, DD) a v staniciach opatrovateľskej starostlivosti (slúžia na krátkodobý pobyt, do 3 mesiacov, pred umiestnením do DD). Domy penzióny sú vlastne malometrážne byty, v ktorých je zaistené upratovanie, zaistenie pomoci, dovoz stravy, nákupy, spoločenský program. V domove býva obvykle i ordinácia lekára. Domovy dôchodcov slúžia na pobyt obyvateľov, ktorí potrebujú zaistiť pomoc počas celých 24 hodín. Pacienti bývajú na izbách a majú spoločné spoločenské priestory. Väčšina DD má oddelenie pre ležiacich. Niektoré majú oddelenie so zvýšeným psychiatrickým dozorom.

Mnoho domovov je v budovách s viacerými bariérami, čo zhoršuje pohyb ťažko mobilných obyvateľov. Osobitným problémom starostlivosti v DD je inštitucionalizácia. Obyvateľ stráca svoju identitu, stáva sa pasívnym a mení sa na súčasť inštitúcie. Riziko vzniku inštitucionalizácie je väčšie vo veľkých zariadeniach. Každý obyvateľ by mal mať svoje civilné oblečenie, do ktorého by mal byť ráno oblečený. Dôležitá je aktivizácia obyvateľov zapojením do rôznych činností. Je žiaduce, aby sa režim mohol upraviť i podľa želania obyvateľov a aby nebol režim návštevných hodín veľmi autoritatívny. Ideálne by bolo, keby mohli príbuzní v domove i prenocovať.

Paliatívna medicína

1. Zomieranie a proces vyrovnávania sa so smrťou

Narodili sme sa s vedomím, že náš život je dočasný. Strach zo smrti sa vystupňuje pri každom závažnom ochorení a má ho každý z nás bez ohľadu na vek alebo profesiu. Väčšina z nás, ktorí si uvedomujú postup choroby a ubúdanie síl, tušia aj skutočnosť blížiacej sa smrti. Dostavuje sa strach zo smrti, ľútosť a neistota, čo bude nasledovať. Veriaci človek verí v posmrtný život a sľub večného života, človek neveriaci sa zmieruje s koncom vlastnej existencie. Každý však potrebuje útechu kňaza alebo svojho najbližšieho. Potrebujú si usporiadať myšlienkovú svoju pozemskú existenciu. Úlohou pomáhajúcich profesií v zdravotníctve je zaistiť dôstojný odchod zomierajúcemu človeku z tohto sveta (Mojtová, 2008, 2010).

Problémom je skutočnosť, že problematika smrti a zomierania patrí medzi tabu našej spoločnosti. Zomierajúci často zostávajú so skutočnosťou blížiacej sa smrti sami, pretože nenachádzajú spôsob, ako by mohli svoje pocity z blížiaceho sa konca s niekým zdieľať. 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 (Mojtová, Sedlárová, Šrank, 2013).

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.

2.1. 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.

Domácom 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 (Kelnerová, 2007).

V súčasnosti umierame často osamelo a nie tam, kde si prajeme. Najnovší výskum verejného mienenia o umieraní a starostlivosti o nevylečiteľne 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).

2.2. 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 praktikizmus a profesionalita. Tmavšie stránky inštitucionalizovaného modelu sú zrejmé 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.

3. Štádiá zomierania a proces vyrovnávania sa so smrťou

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 môžeme

všimnúť v okamžiku, kedy vojde do odborného a následne i laického podvedomia, že choroba, ktorá vstúpila do života konkrétneho jedinca, je nezlučiteľná so životom.

Rozdelenie z hľadiska času a intenzity prežívania zomierania

Podľa toho, ako rýchlo proces zomierania prebieha, rozlišuje sa na jednej strane tzv. rýchla smrť a na druhej strane tzv. pomalá smrť.

1. **Rýchla smrť** – náhle zomierajúci, takmer bez utrpenia (bleskom, el. prúdom, pri autonehode, infarkt a pod.).
2. **Pomalá smrť** – proces zomierania prebieha veľmi pomaly, s veľkou intenzitou utrpenia a pri plnom vedomí (napr. u onkologických pacientov).
3. **Chronické ochorenia** (CNS, Alzheimerova choroba, demencia a pod.),

Na zomieranie a smrť sa môžeme pozerat' z rôznych hľadísk:

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 vytrhnutý z dôležitých sociálnych vzťahov, 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).

4. Štádiá zomierania

Americká lekárka švajčiarskeho pôvodu, Elisabeth Kübler-Rossová, odtabuizovala problematiku zomierania a smrti v celosvetovom meradle. Napísala knihu „*O smrti a umírání*“, v ktorej na základe vlastných profesionálnych skúseností zachytáva obdobie medzi stanovením diagnózy ochorenia a smrťou. Jednotlivé obdobia rozdelila do piatich štádií (fáz):

1. **Šok, popretie**
2. **Hnev, vzburá, rozhorčenie**
3. **Vyjednávanie, spochybňovanie**
4. **Depresia, zúfalstvo, beznádej**
5. **Prijatie, akceptácia, zmierenie**

4.1. Negácia, šok, popretie

- odmietanie skutočnosti a stanovenej diagnózy,
- negácia – psychická obrana, pomáha tmiť účinky šokujúcej správy,
- typické pre pacientov, ktorí boli informovaní predčasne, necitlivo a rýchlo v snahe lekárov
- „mať to za sebou“,
- spochybňovanie klinických nálezov,
- obracia sa na iných odborníkov, aby vyvrátili pôvodnú diagnózu.

„Nie, to nie je pravda, pre mňa to neplatí.“

„To je určite omyl.“

„Zamenili moje výsledky.“

Odporúčaný prístup: Je potrebné nadviazať kontakt, získať dôveru u zomierajúceho.

4.2. Hnev, vzburá, agresia

- keď sa obavy zmenia na istotu – veľmi ťažké štádium,
- pacient si naplno uvedomuje realitu a nezvratnosť situácie, pocit nespravodlivosti,
- mrzutosť, kritizovanie, zlosť a konflikty s ošetrojúcim personálom, členmi rodiny, agresivita – dostáva sa do tzv. sociálnej izolácie,
- pacient si často uvedomuje, že taký dovtedy nebýval.

„Prečo práve ja?“

„Čia je to vina?“

Odporúčaný prístup: Dovoľiť zomierajúcemu odreagovanie, nepohoršovať sa.

4.3. Vyjednávanie, spochybňovanie

- vážne chorý človek = reakcie dieťaťa,
- hľadanie zázračných liekov, liečiteľov,
- je ochotný zaplatiť čokoľvek.
- vyjednávanie s osudom (Bohom), čo chce ešte stihnúť (promócie, svadba dieťaťa..),
- odklad, stanovenie hranice,
- kolísanie medzi nádejou a beznádejou.

„Možno predsa len nie ja, ešte nie...“

Odporúčaný prístup: Maximálna trpezlivosť, ale pozor na podvodníkov (tzv. liečiteľov), ktorí by mohli zomierajúceho zneužiť.

4.4. Depresia, smútok, beznádej, zúfalstvo

- smútok z utrpenej straty, z hrozacej straty,
- strach z účtovania,
- strach o zaistenie rodiny,
- keď choroba výrazne pokročila, strata fyzických síl, ženy – po amputácii prsníka, neschopnosť plniť sociálnu rolu (starostlivosť o deti, rodičov),
- chce, aby sa skrátilo obdobie utrpenia, čakania, aby sa všetko skončilo,
- niekedy nič od nikoho nežiada, môže sa ale pokúsiť o samovraždu,

1. Reaktívna forma (potreba veľa rozprávať, o minulosti, o rodine, o tom, čo ho ťaží),

2. Prípravná forma (tichá) – spoluúčasť, dotyk, pohladenie.

„Aký to má pre mňa zmysel, čo to pre mňa znamená, čo ma čaká?“

Odporúčaný prístup: Trpezlivo počúvať. Pomôcť urovnať vzťahy. Pomôcť hľadať riešenie pri zaisťovaní rodiny.

4.5. Zmierenie, prijatie, akceptácia

- súhlas, vyrovnanie, pokora,
- zmieruje sa s chorobou i so smrťou,

- necíti zlosť, odpútava sa od života, pričom emočná bolesť ustupuje,
- niekedy chce byť sám,
- veľmi ťažké obdobie pre príbuzných pacienta,
- nová nádej, že choroba a utrpenie majú svoj skrytý zmysel, pre veriacich je zakotvený v transcendentne, v Bohu.

„Áno, všetko má svoj zmysel, prijímam to...“

„Skončil boj, je čas ísť...“

„Dokonané je...“

„Do Tvojich rúk porúčam sa, Bože...“

Odporúčaný prístup: Mlčanlivá ľudská prítomnosť. Dôležitá je neverbálna komunikácia. Držať za ruku, utrieť slzy, objatie.

POZOR – rodina v tomto štádiu potrebuje možno väčšiu pomoc než pacient!

Cieľom zdravotníckeho personálu je pomôcť nevyliciteľne chorému, aby dosiahol fázu zmierenia.

5. Paliatívna starostlivosť

Slovo palium pochádza z latinčiny a znamená prikrývku, plášť, čo evokuje predstavu charakteru paliatívnej starostlivosti ako niečoho, čo tíši bolesť, keď už nie je možné chorobu vyliečiť.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) v roku 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 nožnej kvality života chorých a ich rodín.*“ (Dobríková – Porubčanová a kol., 2005)

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky v Konceptii zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti, ktorá nadobudla účinnosť 1.7.2006, definuje paliatívnu starostlivosť podľa novej verzie Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) ako „*prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje a neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy, a tým predchádza a zmierňuje utrpenie. Paliatívna starostlivosť zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom (diagnostiku a liečbu), ošetrovateľskú starostlivosť, rehabilitáciu, psychologickú starostlivosť, liečebno – pedagogickú starostlivosť – u detí, duchovnú starostlivosť a sociálne poradenstvo.*“

V Konceptii zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti MZ SR (2006) je paliatívna medicína vymedzená ako „*špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá diagnostikou a liečbou pacientov s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním. Cieľom paliatívnej medicíny je udržanie najvyššej nožnej kvality života pacienta až do jeho smrti.*“

Paliatívna starostlivosť je špeciálna zdravotnícka starostlivosť o chorých v pokročilom štádiu ochorenia, keď bola stanovená diagnóza, vyčerpaná kauzálna liečba a poskytuje sa iba liečba zmierňujúca príznaky ochorenia.

„*Paliatívna starostlivosť je profesionálna, holistická, interdisciplinárna a má byť poskytovaná všetkým zomierajúcim pacientom bez ohľadu na ich diagnózu, či typ zdravotníckeho zariadenia. Ide o kontinuálnu starostlivosť – od všeobecného prístupu až po špecializovanú disciplínu.*“

Podľa NICE (National Institute for Clinical Excellence) je paliatívna starostlivosť časť podpornej starostlivosti, ktorú definuje ako aktívnu holistickú starostlivosť o pacienta s pokročilým progresívnym ochorením. **Cieľom je dosiahnutie čo najlepšej kvality života pacientov a ich rodín, zvládanie bolesti a ďalších symptómov a tiež zaistenie psychologickej, sociálnej a duchovnej podpory.** (www.ncpc.org.uk, 2008).

Úlohou paliatívnej starostlivosti je „zlepšiť kvalitu života pacienta až do smrti, zmierniť utrpenie pacienta a stabilizovať jeho zdravotný stav, poskytnúť pacientovi úľavu od bolesti a iných závažných symptómov ochorenia, zabezpečiť pacientovi komplexnú liečbu a starostlivosť tímom zdravotníckych pracovníkov s odbornou spôsobilosťou, neurýchľovať ani neodďaľovať smrť, integrovať psychologické a spirituálne aspekty starostlivosti o pacienta, poskytovať podporný systém, aby pacient mohol žiť čo najaktívnejšie až do smrti, poskytovať pomoc príbuzným, blízkym osobám pacienta na zvládnutie problémov počas jeho choroby a aj po jeho smrti v čase smútenia“.

Koncept paliatívnej starostlivosti sa opiera o tri piliere:

- *filozofické presvedčenie*, že smrť je súčasťou života;
- *etickú dimenziu* – bezpodmienečná úcta k človeku ako k jedinečnej a komplexnej bytosti;
- *praktickú starostlivosť* o fyzické pohodlie a psychologickú podporu v podobe naslúchania chorému.

Súčasťou ústavnej paliatívnej starostlivosti je respitná starostlivosť. Rozumie sa tým stimulujúca zmena prostredia umožňujúca vzájomnú podporu a spoluprácu osôb zainteresovaných do starostlivosti o pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta vrátane jeho rodiny s cieľom eliminovať dôsledky psychosociálnej záťaže vyplývajúcej z vykonávania paliatívnej starostlivosti. (www.hospice.sk)

Jednou z podstatných oblastí paliatívnej medicíny (Vorlíček, 1998) je ošetrovanie terminálne chorých. Výuka a výchova zdravotníckych pracovníkov je v tomto smere v celej Európe nedostatočná. Nestačí len veľmi dobré vzdelanie, mať dostatočné vedomosti o tlmení fyzických symptómov, keď chýba prístup k iným dimenziám človeka.

Sedlárová (2012) poukazuje na súčasný stav paliatívnej a hospicovej starostlivosti na Slovensku, ktorý 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.

5.1. Formy paliatívnej starostlivosti

Paliatívna starostlivosť sa v Slovenskej republike poskytuje v štátnych, alebo neštátnych zdravotníckych zariadeniach, ktoré vznikajú v pôsobnosti MZ SR, ako aj v pôsobnosti iných orgánov štátnej správy. Paliatívna starostlivosť resp. medicína sa v Slovenskej republike podľa Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti MZ SR (2006) poskytuje formou ambulantnej (v podobe domácej starostlivosti) a ústavnej zdravotnej starostlivosti.

A) Ústavnú zdravotnú starostlivosť v odbore paliatívna medicína vykonávajú:

1. Hospice – ako samostatné zdravotnícke zariadenia určené na poskytovanie paliatívnej starostlivosti so sídlom v samostatnej budove. Súčasťou hospicu môže byť stacionár paliatívnej starostlivosti, mobilný hospic, ambulancia paliatívnej medicíny, alebo iné ambulancie špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Paliatívnu starostlivosť poskytovanú hospicmi označujeme ako hospicovú starostlivosť.

2. Oddelenia paliatívnej medicíny – v nemocniciach a iných zdravotníckych zariadeniach ako ich organizačná súčasť. Od nemocničného oddelenia sa odlišujú prispôbením starostlivosti potrebám pacienta, čo znamená neobmedzený čas návštev, pacient si určuje čas spánku, čas na jedlo, hygienu a pod. Optimálny počet postelí je 10 až 20, odporúčajú sa jednoposteľové izby s príslušenstvom pre pacientov, pri ktorých je možnosť ubytovania blízkej osoby.

3. Jednotky paliatívnej medicíny – zriaďované pri geriatrických, iných zdravotníckych a sociálnych zariadeniach. Predstavujú samostatnú jednotku pozostávajúcu z 2 až 3 jednoposteľových izieb, určenú pre pacientov vyžadujúcich paliatívnu starostlivosť.

B) Ambulantnú zdravotnú starostlivosť v odbore paliatívna medicína vykonávajú:

1. Mobilné hospice – ako návštevnú službu lekára, sestry a podľa potreby ďalších zdravotníckych pracovníkov zdravotníckeho zariadenia hospicu v domácom prostredí pacienta s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúceho pacienta. Starostlivosť je zameraná najmä na úľavu od bolesti.

2. Ambulancie paliatívnej medicíny, vrátane návštevej služby lekára a sestry v domácom prostredí pacienta s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúceho pacienta.

3. Stacionárne paliatívnej medicíny poskytujú celodennú ambulantnú paliatívnu starostlivosť, ktorá je kratšia ako 24 hodín, ak pacient s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúci pacient vyžaduje denne ošetrovateľskú starostlivosť, ak rodina nevládze zabezpečiť sociálne zázemie 24 hodín denne, alebo ak rodina potrebuje ostať ekonomicky aktívna.

6. Hospicová starostlivosť

Doteraz najefektívnejším prístupom, charakterizovaným novou kvalitou starostlivosti, sa ukázal hospicový program v súčasnosti už úspešne rozšírený a aplikovaný v celom kultúrnom svete. Tam, kde sa tento program realizuje na patričnej úrovni, stáva sa otázka eutanázie bezpredmetnou.

Hospic je špecializované lôžkové zdravotnícke zariadenie pre pacientov v terminálnej fáze, ktorí sú v štádiu onemocnenia, kedy nie je nutná alebo zmysluplná nemocničná starostlivosť, a nie je možná alebo postačujúca domáca starostlivosť, avšak stav nemocného vyžaduje intenzívnu paliatívnu starostlivosť a zvládnutie bolesti.

Hospicová starostlivosť podľa Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti (2006) je „paliatívna starostlivosť poskytovaná pacientom s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúcim pacientom hospicom ako samostatným zdravotníckym zariadením. Zahŕňa všetky prvky paliatívnej starostlivosti: paliatívnu medicínu, ošetrovateľskú, psychologickú, spirituálnu, respitnú a terminálnu starostlivosť, ako aj starostlivosť o pozostalých. Môže sa poskytovať formou ústavnou i ambulantnou (tzv. mobilným hospicom).“

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje hospicovú starostlivosť „ako integrovanú formu zdravotnej, sociálnej a psychologickkej starostlivosti poskytovanú klientom všetkých indikačných, diagnostických i vekových skupín, u ktorých je prognóza ošetrojúceho lekára predpokladaná dĺžka života v rozsahu menej než 6 mesiacov.“ Samozrejme dĺžka hospicovej starostlivosti je u každého pacienta individuálna a potrebu hospicovej starostlivosti môžu mať i pacienti s dlhšie stanovenou prognózou ako je 6 mesiacov. Časové vymedzenie 6 mesiacov nám však pomáha odlíšiť hospicovú starostlivosť od iných foriem starostlivosti o dlhodobo chorých. (Dobríková –Porubčanová a kol., 2005).

Ministerstvo zdravotníctva SR hospicovú starostlivosť charakterizuje ako „komplexnú medzirezortnú tímovú multidisciplinárnu starostlivosť s interdisciplinárnym prístupom, nahrádzajúcu už vyčerpanú kauzálnu liečbu choroby potrebnou symptomatickou liečbou. Tvorí súhrn odborných lekárskejších, ošetrovateľských, pastorálnych, religióznych, psychologických a rehabilitačných činností poskytovaných terminálne chorým s cieľom minimalizovať bolesť a zmierniť všetky obtiaže vyplývajúce zo základnej choroby a jej komplikácii a zohľadňujúce biopsycho-spirituo-sociálne potreby chorého a jeho rodiny.“

Hospic chorému garantuje, že nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou, v každej situácii sa bude rešpektovať jeho ľudská dôstojnosť a v posledných chvíľach svojho života nezostane sám. Základná filozofia hospicu vychádza z úcty k životu a z úcty k človeku ako jedinečnej a neopakovateľnej osobnosti a jeho biologických, psychologických, sociálnych a duchovných potrieb.

Svatošová (1995) z časového hľadiska rozdeľuje hospicovú starostlivosť na tri obdobia:

- **obdobie pre finem** – starostlivosť o chorého a jeho rodinu od okamžiku zistenia závažnej diagnózy až po nástup terminálneho stavu,
- **obdobie in finem** – starostlivosť a sprevádzanie chorého pacienta a blízkych počas terminálneho stavu, t.j. počas zomierania,
- **obdobie post finem** – starostlivosť o telo zomrelého, sprevádzanie pozostalých podľa potreby (i dlhodobo), spravidla po dobu 1 roka.

Chybou by bolo chápať hospic iba ako starostlivosť v období in finem.

6.1. *Formy hospicovej starostlivosti*

Hospicová starostlivosť sa poskytuje viacerými formami a mohli by sme ich rozdeliť do štyroch základných skupín, t.j. lôžková hospicová starostlivosť, stacionárna hospicová starostlivosť – hospicový stacionár, hospicová starostlivosť v domácom prostredí klienta (mobilný hospic) a ambulancie hospicovej starostlivosti.

Lôžková hospicová starostlivosť sa poskytuje v budovách zdravotníckych zariadení – v hospicoch. Starostlivosť tu poskytuje tím odborníkov 24 hodín denne, zameriava sa na kvalitu života zomierajúcich, na úľavu bolesti a iných príznakov.

Stacionárna hospicová starostlivosť je zriaďovaná pri lôžkových zdravotníckych zariadeniach a je zomierajúcim poskytovaná v prostredí stacionára, ktorý časť dňa nahrádza ich vlastné sociálne prostredie. Je využívaná pacientom na denný pobyt z dôvodov diagnostických, liečebných, psychoterapeutických alebo azylových, kedy si rodina potrebuje oddýchnuť a nábrať nové sily. Tento druh starostlivosti je využívaný najmä u detských pacientov, nazývaný aj respitná starostlivosť.

Pri hospicovej starostlivosti v domácom prostredí (mobilný hospic) sa starostlivosť o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich v maximálnej kvalite a rozsahu poskytuje v ich vlastnom domácom prostredí za podmienok, že ich zdravotný stav je stabilizovaný, symptómy ochorenia sú pod kontrolou, má vytvorené rodinné zázemie a domáca starostlivosť je dostupná. Cieľom je podpora svojpomoci. Mobilný hospic poskytuje starostlivosť 24 hodín denne, 7 dní v týždni podľa potrieb pacienta. Starostlivosť poskytuje multidisciplinárny tím zložený z lekárov, sestier, rehabilitačných pracovníkov, sociálneho pracovníka, psychológa, duchovného, ale i zo školených dobrovoľníkov.

Ambulancie hospicovej starostlivosti môže pacient využívať pokiaľ jeho zdravotný stav nevyžaduje starostlivosť v domácom prostredí alebo v inom hospicovom zariadení. Pacient prichádza za odborníkmi, ktorí pomáhajú zmierňovať príznaky sprevádzajúce zomieranie. Ambulantná hospicová starostlivosť sa považuje za doplnok domácej starostlivosti o pacienta rodinnými príslušníkmi.

6.2. *Kritériá prijatia do hospicu*

Do hospicu môže byť prijatý každý človek bez rozdielu veku, pohlavia, národnosti, rasy, sociálneho postavenia či náboženského vyznania. Hlavným kritériom je zdravotný stav chorého, teda postupujúca choroba ohrozujúca život pacienta, súčasne nie je potrebná hospitalizácia v nemocnici a nie je možná alebo dostatočná domáca liečba. Prednosť majú nevyliciteľne chorí v konečnom štádiu ochorenia, čiže terminálne chorí pacienti (až 90% onkologickí pacienti). Chorý je do hospicu prijatý na vlastnú žiadosť alebo na žiadosť svojej rodiny a na odporúčenie ošetrojúceho lekára. Je potrebný písomný, slobodný a informovaný súhlas pacienta (Mojtová, 2008, 2010).

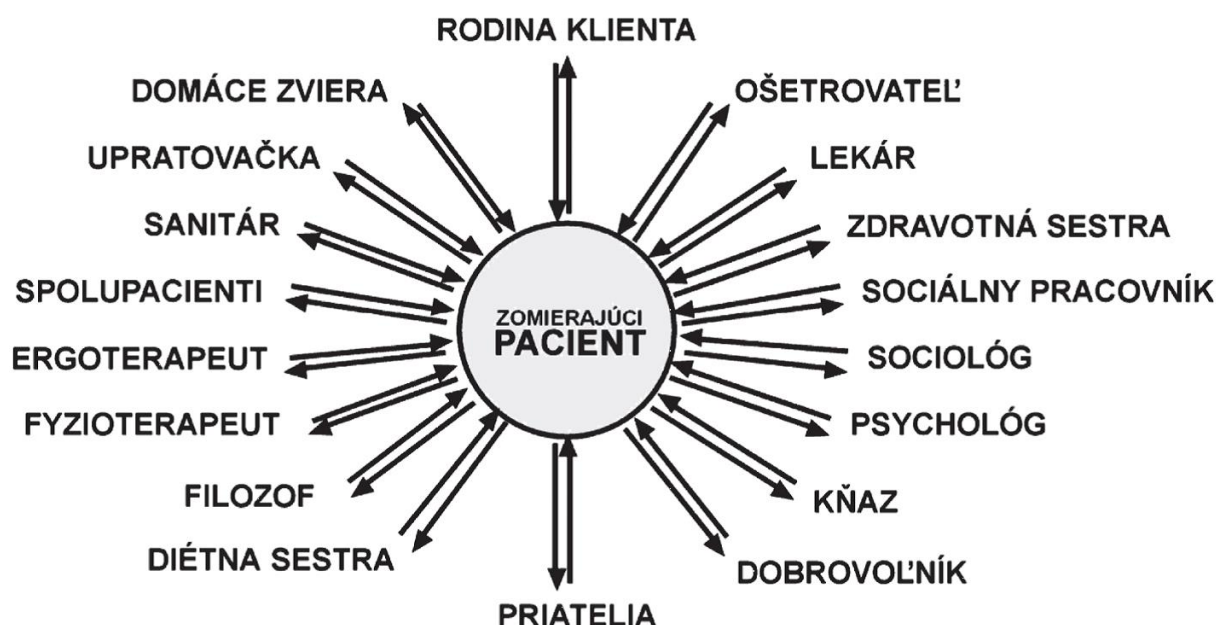
Priestory sú v hospici bezbariérové, majú veľa spoločných priestorov, kde sa môžu pacienti schádzať. Nemusia ležať v posteli v pyžame, pokiaľ im to zdravotný stav dovoľí. Príbuzní majú dovolené návštevy tak často ako si to pacient želá. Nie sú obmedzené vekovou hranicou, ako je to v nemocniciach, teda aj deti môžu chorých navštevovať. Hospic poskytuje aj samostatné izby pre príbuzných, ktorí chcú tráviť posledné chvíle života so svojim blízkym. Pre niektorých pacientov je toto riešenie tým najlepším, pretože nie každý má doma také možnosti, aby sa vedel postarať o svojho blízkého. Každý človek pred nástupom do hospicu, by mal byť oboznámený so svojím zdravotným stavom, čo samozrejme závisí od osobnosti toho daného človeka, od jeho schopnosti uniesť reálnu skutočnosť o jeho zdravotnom stave. Dôležitú úlohu tu zohráva spolupráca lekára s rodinou pacienta. V hospici je pacient tak dlho, ako si želá a môžu za ním kedykoľvek prísť jeho príbuzní a priatelia. O pacienta v hospici je čo najlepšie postarané, a starostlivosť je v prvom rade zameraná na zmierňovanie bolesti a vedľajších príznakov ochorenia. Starostlivosť o chorého v hospici samozrejme

zahŕňa i duchovnú a psychologickú oporu. A ak pacientov zdravotný stav dovoľuje vstať z postele, môže sa obliecť do svojich šiat a môže sa pohybovať v objekte hospicu, s vedomím personálu aj mimo objektu (Svatošová, 1995).

7. Uspokojovanie potrieb nevyliciteľne chorých pacientov

V hospici je poskytovaná starostlivosť, ktorá sa zameriava na kvalitu života zomierajúcich, na rôzne sociálne, psychologické a duchovné potreby chorých. Zameriava sa aj na podporu rodín, ktoré môžu tiež veľmi ťažko znášať utrpenie svojich blízkych. Od bežnej nemocnice sa líši predovšetkým zariadením, ktoré pôsobí veľmi upokojujúco a priateľsky. 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. Aby to tak naozaj bolo, musí byť starostlivosť naozaj komplexná a musia byť uspokojované všetky potreby klienta, uplatňovanie tzv. holistického prístupu.

Holistický prístup je filozofia uplatňovaná v starostlivosti o zomierajúceho v paliatívnej starostlivosti. Ide o komplexnú starostlivosť o človeka v chápaní jeho bio-psycho-sociálnej jednoty. Táto starostlivosť však nezahŕňa iba starostlivosť o pacienta, klienta, ale i o jeho rodinu, ich vzájomné vzťahy, potreby a problémy. Je to starostlivosť, ktorá rešpektuje potreby tela, mysle i ducha.



Obr. Vzťah zomierajúci – sociálne okolie (www.hospice.cz)

Mojtová (2008) zdôrazňuje prepojenie biologických – psychických – sociálnych a duchovných potrieb.

Biologická rovina terminálnej starostlivosti

- Liečba bolesti – spätná väzba od pacienta,
- Symptomatická liečba ostatných telesných ťažkostí – odstraňovať alebo zmierňovať nepríjemné príznaky ochorenia (horúčku, dehydratáciu, svrbenie, zápchu, inkontinenciu),
- Vlastné ošetrovanie – kŕmenie, udržiavanie hygieny, čistoty tela, úprava postele, polohovanie,
- Treba rešpektovať práva pacienta na súkromie, intimitu, autonómiu.

Psychologická rovina terminálnej starostlivosti

Psychický stav človeka, ktorý je postavený pred najťažšiu životnú situáciu svojho života, závisí od mnohých determinantov ako sú vek, momentálna kondícia a zdravotný stav, duševná vyspelosť, typ

osobnosti, skúsenosti, rodinné zázemie, sociálne postavenie alebo hĺbka viery. Svoj vplyv má aj správny prístup rodiny, zdravotníckych a iných pracovníkov. Často sa stáva, že pacient vážnosť situácie iba tuší zo správania lekára alebo svojich blízkych.

Ide o snahu pomôcť pacientovi:

- zvládnuť ťažkosti vyplývajúce z liečby,
- psychologicky zvládnuť bolesť,
- vyrovnáť sa s faktom choroby, akceptovať vlastné zomieranie a smrť,
- zvládnuť obavy z budúcnosti, relapsu (latinsky re – znovu a lapsus – pád) a remisie,
- čo najlepšie využiť čas, ktorý mu zostáva,
- pri nachádzaní zmyslu jeho života a smrti.

Veľmi dôležitá a mimoriadne náročná je **komunikácia s nevyliciteľne chorým, resp. zomierajúcim pacientom a jeho rodinou**.

Verbálna komunikácia – počúvanie a rozhovor. Podstatné je ovládať komunikačné zručnosti, vedieť spôsob (ako) a čo povedať. Rovnako ako samotná komunikácia je dôležitá aj schopnosť aktívne počúvať. Tvorí najdôležitejšiu súčasť rozhovoru. Ide v ňom nielen o to, že počúvame, ale tiež o to, že chápeme, rozumieme. To znamená schopnosť človeka v pomáhajúcej profesii správne interpretovať, čo sa v komunikácii dozvedá. Křivohlavý (1993) veľmi dobre poznamenal, že **počúvame tromi spôsobmi: ušami** (počujeme vypovedané, tón hlasu, intonáciu...), **očami** (vidíme tvár, gestá, pohyby hovoriaceho) a **srdcom** (schopnosť zapojiť emócie). „*Umenie počúvať je prejavom skutočnej empatie, ktorá znamená, že sme schopní pochopiť vnútorný svet druhého človeka a dívať sa na vonkajší z jeho pohľadu*“.

Neverbálna komunikácia – zrakový kontakt, mimika a pantomimika, úsmev, haptika – dotykový kontakt (objatie, bozk, pohladenie, podanie rúk), proxemika (vzdialenosť medzi komunikujúcimi), posturika (zaujímanie rovnakých polôh – príznak sympatie).

Sociálna rovina terminálnej starostlivosti

- práceneschopnosť, prípadne priznanie čiastočného alebo plného invalidného dôchodku,
- pomoc pri vyrovaní 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.

Duchovná rovina terminálnej starostlivosti

- sprevádzanie pacienta,
- možnosť sa vyjadriť,
- nádej,
- empatia,
- úcta,
- pastoraľna starostlivosť (náboženská).

7.1. Multidisciplinárny tím v starostlivosti o zomierajúceho

Práca s ľuďmi si vyžaduje nielen odborné vedomosti o danej problematike, ale aj osobnostné predpoklady. O to viac, ak sú klientmi ľudia s onkologickou diagnózou. Tu nazývame prácu s ľuďmi povoláním. Hospicovú starostlivosť realizuje **profesionálny hospicový tím**, ktorý zabezpečuje komplexnú starostlivosť o ťažko chorých a umierajúcich. Poskytuje lekársku, ošetrovateľskú,

psychologickú, psychiatrickú, sociálnu i duchovnú starostlivosť. Svoje miesto tu má **lekár, sestra, psychológ, sociálny pracovník, diétna sestra, rehabilitačný pracovník, duchovný, dobrovoľník, svojpomocné združenia, tretí sektor atď.** Formy pomoci vychádzajú z možných komplikácií a priebehu ochorenia. Neoddeliteľnou súčasťou multidisciplinárneho tímu je **pacient a jeho rodina**. Je dôležité, aby jeho členovia vzájomne komunikovali a spolupracovali. Každý člen hospicového tímu plní špecifické poslanie, a to v súlade s cieľmi, ktoré sú stanovené individuálne pre každého chorého. Úlohou každého člena je pristupovať k zomierajúcemu ako k človeku, nie ako k objektu starostlivosti. Každý člen multidisciplinárneho tímu na základe svojich kompetencií určí svoj postup a odporúčenia pre riešenie a intervencie v procese poskytovania starostlivosti. Tento tím sa v kompletnej zostave pravidelne stretáva s chorým a hodnotí jednotlivé kroky navrhovaného procesu, ktoré následne chorý odsúhlasí a akceptuje navrhnutý postup.

8. Problematika eutanázie

Svetová lekárska spoločnosť (WMA) definuje eutanáziu ako „**vedomé a úmyselné vykonanie činu s jasným zámerom ukončiť život iného človeka za nasledujúcich podmienok: subjektom je kompetentná informovaná osoba s nevyliciteľnou chorobou, ktorá dobrovoľne požiadala, aby jej život bol ukončený; konajúca osoba vie o stave tohto človeka a o jeho želaní zomrieť a tento skutok vykonáva s prvoradým úmyslom ukončiť jeho život, a skutok je vykonaný so súcitom a bez osobného zisku**“.

Eutanáziu môžeme rozdeliť podľa viacerých kritérií:

Eutanázia podľa vôle pacienta

- *Dobrovoľná* – človeku sa spôsobí smrť s jeho súhlasom,
- *Nedobrovoľná* – v prípade nekompetentnosti pacienta sa mu spôsobí smrť bez jeho súhlasu, ale so súhlasom člena rodiny, nemocničnej rady alebo súdu – niekto iný rozhoduje o tom, či je to v záujme pacienta, alebo čo by si želal,
- *Násilná* – eutanázia vykonaná proti vôli pacienta.

Eutanázia podľa spôsobu vykonania

- *Aktívna* – lekár usmrť pacienta priamo – stratégia preplnenej striekačky (podaním jedu, smrteľnej dávky lieku, usmrcujúcim zákrokom),
- *Pasívna* – zabitie človeka neposkytnutím alebo prerušením štandardnej zdravotníckej starostlivosti, liečby – stratégia odklonenej striekačky (nepodanie jedla, vody),
- *Asistovaná samovražda* – zdravotník dodá pacientovi prostriedky potrebné na usmrtenie (lieky, ktoré môžu privodiť smrť, recept na takéto lieky).

Z legislatívneho pohľadu je aktívna eutanázia zakázaná všade na svete, ale pasívna eutanázia a asistovaná samovražda je niekde tolerovaná.

8.1. Eutanázia v súčasnosti (tzv. rotterdamské kritériá)

V r. 1982 bola ustanovená Vládna komisia pre eutanáziu, ktorá sa spolu s Ústrednou komisiou Kráľovskej holandskej lekárskej spoločnosti podieľala na určovaní podmienok a okolností, za ktorých je možné eutanáziu vykonávať. Komisie sa zaručovali, že v prípade, že lekári budú dodržiavať určité kritériá, nebudú trestaní. Najdôležitejšie z nich sú nasledovné:

- Pacient musí byť svojprávnny a jeho žiadosť úplne dobrovoľná a úmyselná.
- Pacient je nevyliciteľne chorý, má zlú prognózu.

- Pacientova žiadosť musí byť dobre zvážená, jasná a opakovaná.
- Pacient musí neznesiteľne trpieť (nie nutne fyzicky) a eutanázia musí byť poslednou možnosťou.
- Eutanáziu môže vykonať len lekár.
- Lekár musí všetko konzultovať s iným nezávislým lekárom, ktorý už má skúsenosti v tejto oblasti.

Už v r. 1988 bolo uvedené, že ročne umiera vďaka zásahu lekára asi 6000 ľudí. V r. 1991 Vládna komisia pre eutanáziu zverejnila, že v r. 1990 bolo v Holandsku uskutočnených zhruba:

- 2 300 prípadov eutanázie na vlastnú žiadosť,
- 400 prípadov asistovaného suicída,
- 1000 prípadov ukončenia života bez vyloženej žiadosti,
- 15 975 prípadov, pri ktorých bol život skrátený buď podaním vyšších dávok analgetík (8 100) alebo tým, že nebola nasadená alebo bola vysadená liečba (7 875 prípadov).

Táto súhrnná štúdia bola uskutočnená na žiadosť holandskej vlády a mala byť podkladom k pripravovanej diskusii o uzákonenie eutanázie. Z nej vyplýva, že lekárske rozhodnutia ovplyvnili 38% zo všetkých úmrtí (a 54% všetkých neakútnych úmrtí) a že *„tieto rozhodnutia sú bežnou lekárskou praxou a zaslúžia si viac pozornosti vo výskume, vo výučbe aj v celospoločenskej diskusii“* (Munzarová, 2005).

Vzhľadom k mnohým nejasnostiam a nepresnostiam pri používaní termínu „eutanázia“ bol v Holandsku obsah tohto pojmu jasne vymedzený. Ide o úmyselné ukončenie života osoby na jej explicitnú žiadosť niekým iným než samotnou osobou (lekárom).

8.2. Argumenty za/proti eutanázii

Argumenty za eutanáziu

- hlavný dôraz sa kladie na autonómiu pacienta (autos = sám, vlastný, nomos = pravidlo, zákon), osoby majú schopnosť určiť pre seba druh morálnych zdôvodnení a princípov, na základe ktorých konajú a sú za to zodpovedné,
- v prípade nekompetentnosti – tzv. „právo na smrť“,
- zástancovia eutanázie toto považujú za pomoc pacientovi zbaviť sa neznesiteľného utrpenia, skrátiť ho,
- zdôrazňuje sa otázka kvality života, ako hlavné kritérium hodnoty jeho života (život má hodnotu, len ak je kvalitný),
- upozorňujú na sociálne a ekonomické dopady dlhodobej starostlivosti o ťažko chorých a zomierajúcich, ktorí už pre spoločnosť nebudú produkovať.

Argumenty proti eutanázii

- Každý človek má právo na ochranu svojho života.
- Právo na život je najzákladnejšie ľudské právo (bez neho nemôžeme využívať ostatné základné ľudské práva), život je najvyššia hodnota!
- Proti životu stojí smrť ako poznaná biologická nevyhnutnosť. Smrť ako zápor života nie je hodnotou (tak ako ňou nie je zápor osobnej slobody – nesloboda, zápor ľudskej dôstojnosti – nedôstojnosť, občianskej rovnosti – nerovnosť). Preto ani medzinárodné právne dokumenty nezahŕňajú právo na smrť. Zástancovia legalizácie eutanázie tu žiadajú právo na usmrtenie chorého pre inú osobu (lekára, príbuzného).

- Úmyselné zbavenie života iného človeka je vždy usmrtením so skutkovými znakmi trestného činu – usmrtenie je želaným cieľom tohto naplánovaného činu.
- Lekár, ktorý vyhovie žiadosti chorého o eutanáziu robí tak z falošného súcitu. Pravý súcit umožní lekárovi uvedomiť si, že túžba po smrti je často volaním chorého o pomoc, pretože sa cíti unavený, osamelý, v depresii. Takýto pacient potrebuje naliehavú pomoc, nie zabitie z milosti, ktoré by znamenalo vlastne jeho definitívne odmietnutie.
- Ak takýto pacient dostane skutočne ľudskú zdravotnícku starostlivosť a pozornosť príbuzných, obnoví sa jeho záujem o život.
- Dobrá liečba bolesti a ťažkostí pacienta je dnes možná, vyžaduje si však kvalitné vedomosti lekára a jeho záujem o konkrétneho pacienta. Je jednoduchšie pacienta s komplikáciami usmrtiť, ako sa o neho správne starať.
- Neznesiteľné utrpenie pacienta signalizuje, že zlyhali zdravotníci, príbuzní a spoločnosť vo vzťahu k pacientovi.
- Určitý stupeň utrpenia môže mať pre pacienta hodnotu – pre jeho duchovné dozrievanie, nachádzanie zmyslu života, smrti i umierania.

Kto môže posúdiť kvalitu života iného človeka? ***Zomierajúci človek pripútaný na lôžko, avšak obklopený láskavou starostlivosťou rodiny môže byť oveľa šťastnejší ako iný – zdravý.*** Otvára sa tu priestor pre zabíjanie postihnutých, chronicky chorých, ktorí ešte nezomierajú, atď. (fenomén „šikmého klzkého svahu“).

Ekonomické argumenty vedú k možnosti, aby sa spoločnosť zbavovala jedincov, ktorí sú jej ekonomicky na príťaž; príbuzní sa dožadovali urýchlenia smrti chorého s víziou rozdelenia si jeho majetku alebo, aby sa zbavili problémov s jeho opatrovaním. Zdravotné poisťovne by preplácali liečbu len „perspektívnym pacientom“.

Lekár je plne zodpovedný za to, čo robí. Ani spoločnosť, ani žiaden zákon si nemôže dovoliť považovať lekára za automat, ktorý vyhovie akejkoľvek žiadosti pacienta (Munzarová, 2005).

V prípade, že by sa eutanázia uzákonila, lekárske povolanie by sa degradovalo, narušila by sa dôvera pacientov voči zdravotníkom. Nastala by dehumanizácia celej spoločnosti – spochybenie hodnoty života človeka. Spoločenské tlaky by pôsobili na starých a chorých a ukončiť predčasne svoj život by sa postupne stalo „morálnou povinnosťou neperspektívnych ľudí“ – mali by pocit, že ak to neurobia, budú považovaní za príživníkov, ktorí len odoberajú prostriedky spoločnosti.

8.3. Dánska etická rada, 2003

- Lekári si uvedomujú spoločenskú nebezpečnosť eutanázie.
- Lekárstvo je umenie liečiť a nie usmrtiť.
- Eutanázia porušuje Boží zákon: „nezabiješ“.
- Eutanázia znehodnocuje cenu ľudského života.
- Nikdy sa nedá presne určiť, či je choroba skutočne nevyliečiteľná.
- Nebezpečenstvo vykonávania eutanázie bez súhlasu chorých a proti ich vôli (chudobní, starí, telesne a duševne postihnutí, drogovo závislí...) – „klzký svah“.
- Neexistuje žiadne morálne, legálne alebo sociálne opodstatnenie pre legalizáciu eutanázie.

Najčastejšie dôvody, prečo v Holandsku ľudia žiadajú o eutanáziu:

strach z neznáma, strach zo zomierania, strach z bolesti, pocity straty dôstojnosti, pocity straty zmyslu života, pocit opustenosti, pocit osamelosti, pocit, že sú iným na ťarchu. Neznesiteľná bolesť, popisovaná ako fyzická, je uvádzaná len asi štvrtinou chorých. Takisto je dôležité vedieť, že ak uľahčíme chorému v jeho ostatných ťažkostiach, potom sa aj fyzická bolesť často stáva znesiteľnou.

Alternatívou eutanázie je komplexná terminálna starostlivosť – paliatívna medicína a hospicové hnutie.

Etická problematika HIV/AIDS

1. Problematika HIV/AIDS

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). Prvotná príčina ochorenia AIDS je vírus. Označuje sa ako **HIV** (*Human Immunodeficiency Virus* = vírus ľudskej imunitnej nedostatočnosti). Dnes už vieme, že existujú najmenej dva hlavné typy tohto vírusu **HIV-1** (vo vyspelých krajinách) a **HIV-2** (najmä v štátoch západnej Afriky). U väčšiny jedincov infikovaných HIV sa AIDS naplno rozvinie. 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).

Mimoriadnosť a výnimočnosť problematiky AIDS spočíva v tom, že ide o:

- novú nákazu, ktorá bola pred rokom 1981 na celom svete neznáma,
- chorobu s mimoriadnou klinickou závažnosťou a vysokou úmrtnosťou (v prípadoch plne rozvinutého ochorenia AIDS viac ako 90%),
- chýlostivú problematiku, ktorá zasahuje do najintímnejších sfér jedinca, partnerského vzťahu, manželského zväzku, rodiny i spoločnosti,
- chorobu, ktorá vplýva na etiku, morálku, psychiku a na sociálne medziľudské vzťahy,
- chorobu, ktorá vyvoláva strach a obavy, niekedy paniku, veľa nepravdivých chýrov,
- chorobu, proti ktorej v súčasnosti neexistuje nijaký spoľahlivý a všeobecne použiteľný liek, ani účinná očkovač látka (istým úspechom je však tzv. „vysoko účinná antiretrovírová terapia“ – ovplyvňuje klinické príznaky choroby a obmedzuje riziko ďalšieho prenosu infekcie).

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.

3. Spôsoby prenosu HIV

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, sekrétov (z nosa atď.) a exkrétov*. Tieto nedávame priamo do súvislosti s prenosom HIV, avšak predstavujú potenciálny zdroj nozokomiálnych infekcií, ako aj infekcií spojených s inými patogénmi.

3.1. Prenos z človeka na človeka

HIV sa z človeka na človeka prenáša najčastejšie (prakticky iba):

- krvou,
- spermou,
- vaginálnym (cervikálnym) sekrétom,
- sekrétom z rán,
- mozgovomiešnym mokom,
- pleurálnou tekutinou.

Na posledné tri uvedené si musia dávať pozor zdravotníci v zdravotníckych zariadeniach.

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. Prenos pohlavnou cestou sa uskutočňuje pohlavným stykom, homosexuálnym alebo heterosexuálnym (najčastejší spôsob nákazy HIV).

Slovné spojenie „harm reduction“ sa používa v kontexte injekčného užívania drog od osemdesiatych rokov, kedy sa začala šíriť s drogami úzko prepojená epidémia HIV a hepatitídy typu B (hepatitída typu C bola identifikovaná až v deväťdesiatych rokoch). Úspech inovatívnych prístupov k verejnému zdraviu v Európe (najmä v Holandsku a vo Veľkej Británii) a v Austrálii, napr. programov výmeny ihliel a striekačiek a vydávania návykových látok na lekársky predpis, dal podnet k rozvoju modelu 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, ktorých cieľom je znižovať škody spojené s užívaním drog. Primárnou charakteristikou týchto programov je, že sa zameriavajú na prevenciu škôd spojených s užívaním drog a nie na prevenciu užívania drog per se (Hunt et al, 2003).

Harm reduction nie je o tom, čo je morálne správne, ale o tom, čo funguje!

Cesty, ktorými sa HIV neprenáša

1. uštipnutím bodavým hmyzom (komáre, kliešte a pod.),
2. osobným stykom pri bežných sociálnych kontaktoch, pobytom v práci,
3. spoločenským bozkávaním,
4. plávaním v bazéne, používaním sauny,
5. vzduchom ani vodou,
6. bývaním v spoločnej domácnosti, v rámci jednej rodiny, v jednom byte, dome, pri vylúčení sexuálneho styku je riziko vzhľadom na známe cesty prenosu infekcie HIV mizivé.

3.2. Prenos HIV v súvislosti s pôrodom

Prenos infekcie HIV v súvislosti s pôrodom

Ženy infikované HIV môžu preniesť vírus na svoje deti viacerými spôsobmi. Doteraz nie je do detailov známe, kedy dochádza k infekcii novonarodeného dieťaťa. Záleží to od viacerých faktorov. Je dôležité, či matka bola séropozitívna pred počatím, alebo sa infikovala počas gravidity. **Existujú tri alternatívy:**

1. počas vývoja plodu infikovanými lymfocytmi matky, ktoré prenikli cez placentárnu bariéru,
2. počas prechodu pôrodnými cestami, stykom s krvou a s plodovou vodou infikovanej matky,
3. vo včasnom období po pôrode, keď medzi matkou a dieťaťom dochádza k častému intímnemu kontaktu (dojčenie).

Miera prenosu HIV z matky na plod/dojča počas tehotnosti, pôrodu a dojčenia sa odhaduje na cca 30%.

Odporúčania zamerané na starostlivosť o deti s HIV a sprievodnými ochoreniami

- Zabezpečenie dobrého stavu výživy
- Poskytovanie včasnej a náležitej liečby pri bežných detských infekciách
- Očkovanie podľa štandardných schém (prísne dodržiavať bezpečnostné predpisy, deti infikované HIV sa neočkujú len proti tuberkulóze)
- Zabezpečenie dobrej kvality života pre dieťa.

4. Priebeh ochorenia spôsobeného 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 2-6 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).

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. tineá) 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 – Clumeck, 1999).

Špecifické protilátky anti-HIV sa dajú laboratórne zistiť zvyčajne až po 3 mesiacoch od infikovania vírusom. U niektorých jedincov však nemusia byť testy pozitívne ani po 6 mesiacoch, prípadne (veľmi zriedkavo) ani po dlhšom čase.

5. Eticky problematické aspekty HIV/AIDS

Oznámenie pravdy

Séropozitívny človek by sa o svojej diagnóze mal dozvedieť v najkratšom čase (**právo na informovanosť**), avšak na strane druhej je tu tzv. **právo na súkromie** (čo robiť, ak pacient infikovaný vírusom HIV také vyšetrenie nevyžadoval?)

Riešenie: Absolútna nutnosť explicitnej informovanosti pred vyšetrením na protilátky voči HIV pri akejkoľvek príležitosti, doplnené o tzv. **predtestové poradenstvo** (info o možnom výsledku testu na HIV).

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. intravenózne 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).

Zachovanie mlčanlivosti

Zdravotnícky personál musí zachovávať mlčanlivosť a musí byť veľmi opatrný v konverzáciách, ktoré by mohli viesť k odhaleniu tohto faktu nepovolánym. Problematickou sa táto otázka stáva v prípade možného infikovania ďalších osôb – napr. či oznámiť séropozitivitu manželke alebo partnerke pacienta, ktorý ju sám odmieta informovať a ani si neželá, aby tak urobil lekár. **Dochádza tu ku konfliktu dvoch etických zásad: dodržanie tajomstva – mlčanlivosti na jednej strane a nutnosti zabrániť ďalšiemu poškodeniu na strane druhej.** Mnohé diskusie o tejto otázke viedli k oficiálnym odporučeniam s úvahou o možnej výnimke z pravidla mlčanlivosti (napr. Kanadská lekárska asociácia schválila, že ak lekár neuspeje pri prehováraní séropozitívneho manžela, aby svoju manželku o stave informoval, môže tak urobiť sám).

Povinnosti zdravotníka infikovaného vírusom HIV

Zdravotnícki pracovníci, ak by aj boli infikovaní HIV, nie sú pre pacienta rizikom počas bežnej starostlivosti. Toto riziko sa však zvyšuje pri invazívnych postupoch. 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.**

Povinná depistáž

Povinné testovanie na protilátky proti HIV **je nutné v prípade darcov krvi, orgánov a spermií.** Mnohí uvažujú o tom, či by nemalo byť zavedené hromadné screeningové vyšetrovanie protilátok proti HIV (je to etické?). V tomto prípade môžeme konštatovať, že **povinné testovanie na protilátky proti HIV nepredstavuje efektívny spôsob prevencie prenosu HIV** v zdravotníckych zariadeniach a neodporúča ho ani Svetová zdravotnícka organizácia, pretože nie je možné identifikovať všetky osoby (krátke obdobie po nákuze je asymptomatické – t.j. aj u infikovanej osoby bude výsledok testu falošne negatívny, keďže sa u nej ešte nezačali tvoriť protilátky). Výsledok by spočíval **vo vysokých finančných nákladoch a nedostatočne relevantných výsledkoch.**

Povinnosti chorých

Okrem ľudských práv je tiež dôležité rozvíjať aj myšlienku základných ľudských povinností – ide predovšetkým o zodpovednosť voči ostatným, aj budúcim generáciám – oznámiť svoju HIV pozitivitu (AIDS je veľmi nákazlivé infekčné ochorenie) – **nutnosť chrániť verejnosť (jednotlivcov) pred možnou epidémiou.**

6. Psychosociálne dopady HIV/AIDS

Chorí s HIV/AIDS prežívajú pocity neistoty a vyrovnávania sa so situáciou. Pocity neistoty u nich pramenia hlavne zo strachu, čo s nimi bude, a väčšinou sa sústredia na rodinu a na prácu. Ešte

väčšia neistota u nich vyplýva z obáv o kvalitu a dĺžku života, z výsledkov liečby, ako aj z reakcie spoločnosti.

Stavy úzkosti, nespavosť, strach, obavy, neistota (počas asymptomatického obdobia) z možného nakazenia blízkych (sexuálnych partnerov alebo nenarodených detí), zo straty zamestnania, z progresie choroby, z nemožnosti postarať sa o seba, zo smrti v opustenosti, s otázkou, komu sa zveriť, s vedomím, že neexistuje účinná liečba – **týmto všetkým prechádzajú aj ľudia, ktorí majú len podozrenie, že by mohli byť infikovaní HIV**, takisto tí, ktorí sa zatiaľ neodhodlali k vyšetreniu a aj tí, ktorí čakajú na výsledok testu. Všetky tieto strachy sú o to bolestnejšie, že nimi trpia **najmä mladí ľudia**, ktorí doposiaľ neuvažovali o svojej smrteľnosti.

Stigmatizácia ľudí infikovaných HIV a ich blízkych

Ochorenie HIV/AIDS je **veľkou záťažou pre rodinu postihnutého**. 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 prechádzajú stavmi úzkosti, strachom, obavami, 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. Pritom všetkom vnímajú jasnú alebo skrytú **stigmatizáciu** spolu s ponižovaním, a to aj zo strán, odkiaľ by to nikdy nečakali (príbuzní, priatelia).

Negatívny prístup spoločnosti voči „neprijateľným“ spôsobom sexuálneho správania sa prenáša na chorobu samotnú – **stigma sa prenáša aj na človeka (aj jeho rodinu), ktorý získal chorobu „nezavinene“**. To všetko má za následok redukcii okruhu blízkych, útek do izolácie, pocit hanby, sebaobviňovanie za spôsob života infikovaného, sebaľútosť.

Často však **naopak rodina stigmatizuje svoje dospelé a dospievajúce deti** (odmieta akékoľvek kontakty s nimi, vracia neotvorenú korešpondenciu, odmieta ich finančne podporovať, odmietnu prijať popol svojich detí po kremácii).

Lekári, sestry a zdravotnícky personál zaujímajú voči takto chorým **rôzne stanoviská** – 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.

Z týchto poznatkov vyplýva, že trpiaci chorobou AIDS sa stávajú outsidermi, vylúčenými zo spoločnosti, umierajú opustení, odlúčení od svojich blízkych, často vo väzení a pod.

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).

Svojpomocné skupiny

V niektorých oblastiach už existujú svojpomocné skupiny, tvoriace časť veľkej nevládnej organizácie, ktorá zabezpečuje služby pre postihnutých AIDS. Okruhy problémov, ktoré sa zvyčajne najlepšie riešia v skupinách a na ktoré musí konzultant upozorniť v každom prípade sú:

1. Naučiť sa žiť s chorobou.
2. Pomáhať opatrovateľom a blízkym chorého.
3. Zmierniť stres a vyhýbať sa konfliktom.
4. Zvoliť vhodný spôsob rozhovoru o HIV/ AIDS.
5. Vyrovnáť sa s pocitmi samoty, depresie a bezmocnosti.
6. Pomáhať pri osvojovaní si bezpečnejšieho sexuálneho správania.

Základnou myšlienkou svojpomocných skupín je pocit súdržnosti, vymieňanie si skúseností a vzájomná podpora.

Ako pozitívum môžeme vnímať rozvoj hospicového hnutia na Slovensku, kde sú prijímaní v terminálnom štádiu aj pacienti s AIDS.

7. Edukácia o problematike HIV/AIDS

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.**

Edukačné programy, ktoré obsahujú komplexnú povinnú sexuálnu výchovu vrátane informácií o drogovej závislosti na školách, musia byť nesmierne dôkladne pripravené. V niektorých prípadoch totiž môžu spôsobiť viac škody než prospechu – nadmiera propagácie kondómov na úkor výchovy k mravnosti. Koreňom celej tragédie celkom určite nie je nebezpečný sex alebo špinavé ihly, ale všeobecný pokles etického citenia, znížená vnímavosť k zodpovednosti jeden za druhého, a predovšetkým strata rozlišovania mravného dobra, vedúceho k pravde, a mravného zla, smerujúceho k deštrukcii. Všetky štatistiky dokazujú, že absolútna väčšina infikovaných vírusom HIV sú promiskuitní ľudia a ľudia, ktorí užívajú drogy injekčnou formou.

Podľa prieskumu 14-15 ročných detí na otázku: „*Aká je podľa vás najúčinnnejšia prevencia pred nákazou HIV?*“, odpovedalo 78% z nich „kondóm“, zatiaľ čo len 27% „nestriedať partnerov“. Tu je namieste otázka: „*Kto z rodičov by svojmu 15-ročnému dieťaťu dal s pokojným srdcom do ruky kondóm a čistú injekčnú striekačku a ihlu? Stačí to? Každý milujúci rodič chce pre svoje dieťa niečo viac. Doma sa snažíme vychovávať deti v kontexte určitých morálnych hodnôt, dať im dobrý základ do života, aby si raz vybrali partnera, s ktorým budú šťastní, aby vytvorili pre svoje deti skutočný domov. Prečo rovnakú zodpovednosť nemáme voči všetkým -násťročným?*“ Tento citát by mohol byť výzvou k zmene, ku skutočnej prevencii, keďže tá doterajšia zlyháva, a možno aj k zmene morálnej klímy, pokiaľ ide o sociálne vzťahy (Munzarová, 2005).

Dňa 1. 12. 2012 si v Slovenskej republike 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).

Jedinou nádejou na zvládnutie epidémie AIDS je absolútna a trvalá vernosť partnerov.

8. Legislatívne opatrenia v súvislosti s HIV/AIDS v SR

- 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 etiologie, 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

9. Zdravotnícke inštitúcie zaoberajúce sa HIV/AIDS v SR

- Národné referenčné centrum pre prevenciu HIV/AIDS – diagnostika HIV, poradenstvo, telefonická a elektronická linka dôvery, zber epidemiologických údajov, spolupráca s vládnymi a mimovládnymi 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 Univerzitnej nemocnice Bratislava – pracovisko Kramáre,
- Centrum pre dispenzarizáciu a liečbu HIV pozitívnych osôb pri Klinike infektológie a cestovnej medicíny Univerzitnej nemocnice L. Pasteura Košice,
- Regionálne úrady verejného zdravotníctva – poradne prevencie HIV/AIDS ochorenia.

Syndróm vyhorenia

1. Syndróm vyhorenia

Pre syndróm vyhorenia (**Burn Out Syndrome**) neexistuje všeobecne akceptovaná definícia – v princípe **vyhorenie je stavom 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.

Oláh a Schavel (2006, s. 147 – 149) syndróm vyhorenia definujú ako súbor typických príznakov vznikajúcich u pracovníkov pomáhajúcich profesií v dôsledku nezvládnuteľného zaťaženia. Prejavuje sa zmenou v správaní pomáhajúceho pracovníka. Typickými prejavmi syndrómu vyhorenia sú:

- Strata zmyslu svojej činnosti, podceňovanie poradenskej činnosti a nedôvera vo svoje schopnosti a klienta;
- Strata empatie, minimum energie venovanej práci;
- Zneužívanie svojho postavenia, časté choroby, pocity vyčerpanosti, absencie, neskoré príchody do zamestnania;
- Konflikty s nadriadenými, kolegami, dôraz na plat a pod.

Podľa občasníka *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. Emočné vyčerpanie vyjadruje pocit, že už nemáte iným viac čo dať. Patria k nemu pocity bezmocnosti, depresie, hnevu či nepriateľstva. Depersonalizácia reprezentuje pocit odcudzenia a osobné zlyhanie vo vás vyvoláva pocit, že ste nedosiahli žiadané výsledky a aj to, čo ste dosiahli, je bezcenné.

Syndróm vyhorenia je súbor typických príznakov vznikajúcich u pracovníkov pomáhajúcich profesií v dôsledku nezvládnutia pracovného stresu. Nešpecifickou, obecnou príčinou jeho vzniku sú zvláštne nároky na pracovníka, ktorý je neustále v kontakte s klientom (Matoušek et.al, 2003, s. 59).

Křivohlavý (2001, s. 114-115) delí príznaky psychického vyhorenia v Čechách a na Slovensku na:

Subjektívne príznaky: mimoriadne veľká únava, zníženie sebahodnotenia (self – esteem), pocity zníženej profesionálnej kompetencie, znížená koncentrácia, vysoká iritabilita (podráždenosť), celá rada príznakov stresového stavu.

Objektívne príznaky: trvajúca, znížená celková výkonnosť, ktorú vnímajú jednak spolupracovníci (kolegovia), ale i prijímatelia služieb (zákazníci, pacienti, klienti, žiaci, atď.)

Gabura – Pružinská (1995, s. 95) uvádzajú ako vonkajšie prejavy syndrómu vyhorenia pri práci s klientmi: *zvyšujúci sa počet klientov prerušujúcich poradenský proces, skracovanie času pre klientov, pracovník trávi viac času s kolegami, zanedbáva vzdelanie, objavujú sa nedostatky v dokumentácii, narastá administratívna práca na úkor kontaktu s klientom. Objavuje sa cynizmus, zosmiešňovanie klientov, tendencia k nálepkovaniu, strata kreativity, čiernebiele videnie sveta. Niekedy prevažuje celková apatia, vyhýbanie sa činnosti, pracovník má chuť od všetkého utiecť. Na sociálnych pracovníkov môže negatívne pôsobiť aj jednotvárnosť práce, stereotyp, zanedbávanie správnej životosprávy a nedostatočný kontakt s ľuďmi v súkromnom živote.*

Pre syndróm vyhorenia (**Burn out Syndrome**) neexistuje všeobecne akceptovaná definícia – v princípe **vyhorenie je stavom 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.

Oláh a Schavel (2006, s. 147 – 149) syndróm vyhorenia definujú ako súbor typických príznakov vznikajúcich u pracovníkov pomáhajúcich profesií v dôsledku nezvládnuteľného zaťaženia. Prejavuje sa zmenou v správaní pomáhajúceho pracovníka. Typickými prejavmi syndrómu vyhorenia sú:

- Strata zmyslu svojej činnosti, podceňovanie poradenskej činnosti a nedôvera vo svoje schopnosti a klienta;
- Strata empatie, minimum energie venovanej práci;
- Zneužívanie svojho postavenia, časté choroby, pocity vyčerpanosti, absencie, neskoré príchody do zamestnania;
- Konflikty s nadriadenými, kolegami, dôraz na plat a pod.

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.

Emočné vyčerpanie vyjadruje pocit, že už nemáte iným viac čo dať. Patria k nemu pocity bezmocnosti, depresie, hnevu či nepriateľstva. Depersonalizácia reprezentuje pocit odcudzenia a osobné zlyhanie vo vás vyvoláva pocit, že ste nedosiahli žiadané výsledky a aj to, čo ste dosiahli, je bezcenné.

Syndróm vyhorenia je súbor typických príznakov vznikajúcich u pracovníkov pomáhajúcich profesií v dôsledku nezvládnutia pracovného stresu. Nešpecifickou, obecnou príčinou jeho vzniku sú zvláštne nároky na pracovníka, ktorý je neustále v kontakte s klientom (Matoušek et.al, 2003, s. 59).

Křivohlavý (2001, s. 114-115), delí príznaky psychického vyhorenia v Čechách a na Slovensku na:

Subjektívne príznaky: mimoriadne veľká únava, zníženie sebahodnotenia (self – esteem), pocity zníženej profesionálnej kompetencie, znížená koncentrácia, vysoká iritabilita (podráždenosť), celá rada príznakov stresového stavu.

Objektívne príznaky: Trvajúca, znížená celková výkonnosť, ktorú vnímajú jednak spolupracovníci (kolegovia), ale i prijímatelia služieb (zákazníci, pacienti, klienti, žiaci, atď.)

Gabura – Pružinská (1995, s. 95) uvádzajú vonkajšie prejavy syndrómu vyhorenia pri práci s klientmi je zvyšujúci sa počet klientov prerušujúcich poradenský proces, skracovanie času pre klientov,

pracovník trávi viac času s kolegami, zanedbáva vzdelanie, objavujú sa nedostatky v dokumentácii, narastá administratívna práca na úkor kontaktu s klientom. Objavuje sa cynizmus, zosmiešňovanie klientov, tendencia k nálepkovaniu, strata kreativity, čiernobiele videnie sveta. Niekedy prevažuje celková apatia, vyhýbanie sa činnosti, pracovník má chuť od všetkého utiecť.

Na sociálnych pracovníkov môže negatívne pôsobiť aj jednotvárnosť práce, stereotyp, zanedbávanie správnej životosprávy a nedostatočný kontakt s ľuďmi v súkromnom živote.

2. Príčiny vzniku syndrómu vyhorenia

Na vzniku syndrómu vyhorenia **sa podieľa mnoho faktorov**. Niektoré súvisia s povahou práce, iné so zvládaním a riešením problémov a ďalšie sa týkajú individuálnych vlastností človeka. V princípe, faktory vyhorenia závisia ako od človeka samého, ako zaobchádza so svojimi zdrojmi, rovnako aj od jeho okolia, ako mu zdroje poskytuje. Ak niekto potrebuje k spokojnému životu viac ocenenia od okolia, môže vyhoriť pri jeho nedostatku rovnako ako niekto, kto nepozná oddych počas víkendu.

Syndróm vyhorenia sprevádzajú aj **fyzické symptómy** ako chronická únava, slabosť, malátnosť, svalové napätie, nespavosť, zažívacie problémy a znížená imunita proti chorobám. Vyhorenie sa svojimi príznakmi veľmi podobá depresii.

Hennig a Keller (1996) popisujú príčiny psychického vyhorenia v niektorých rovinách:

- **Individuálne psychické príčiny:** sem patrí celá rada myšlienkových a pocityových vzorcov, ktoré vyvolávajú stres, osvojujeme si ich počas detstva vo svojej rodine. Zažili sme ich u svojich rodičov (modelové učenie) alebo sme ich museli rozvinúť.
- **Individuálne fyzické príčiny:** patrí sem nedostatok odolnosti voči stresu, pričom tento nedostatok súvisí s nervovým systémom. Parasympatický nervový systém má na organizmus tlmivé účinky a činnosť sympatika má naopak účinok povzbudzujúci.
- **Inštitucionálne príčiny:** stres a syndróm vyhorenia sú nielen následky individuálnych a medziľudských problémov, ale vyplývajú aj z nedostatku v riadení a štruktúre spoločenských organizácií. Patria sem napr. vplyv pracovného prostredia, časový faktor, narušená komunikácia a kooperácia s kolegami, či nadriadenými a v neposlednom rade je to otázka prípravy študentov, pomáhajúcich profesií.
- **Spoločenské príčiny:** sem zaradíme napr.: rozvodovosť, neúplné rodiny, vplyv médií, životné tempo a spoločenské hodnotenie pomáhajúcich profesií.

Je takmer nemožné od seba oddeliť jednotlivé príčiny vedúce k vzniku syndrómu vyhorenia, pretože sa navzájom prelínajú.

Ďalšou príčinou vzniku syndrómu podľa Matouška a kol. (2003, s. 57-58) je **samotné pracovisko, na ktorom sa nevenuje pozornosť potrebám zamestnancom, nie je jasná perspektíva kariérneho a osobnostného rozvoja jedinca**, existuje silná byrokratická kontrola zamestnancov (ale i klientov), nevenuje sa adekvátna pozornosť novým zamestnancom (chýba spätná väzba medzi skúsenými zamestnancami a novými), **chýba supervízia**, pracovník nenachádza nikoho, kto by mu pomohol s jeho pracovným alebo osobným problémom, proti sebe stoja skupiny pracovníkov a vytvárajú atmosféru neznášanlivosti a konfliktov, ktorá nemá nič spoločné so zdravou rivalitou medzi zamestnancami, **pracovník nemá možnosť rozvíjať svoje schopnosti** (tvorivosť, kreativitu atď.), je **vysoká miera pracovnej záťaže** (napr. vysoký počet klientov, s ktorými sa pracovník stretáva v určitej časovej perióde).

2.1. Príčiny a dôsledky syndrómu vyhorenia v zdravotníctve

Podľa Šramka (2006, s. 222) je hlavnou príčinou vyhorenia nedostatočná informácia zdravotníckych pracovníkov o jeho výskyte. Z uvedeného môžeme posúdiť, že vo vzdelávaní pracovníkov v pomáhajúcich profesiách existuje medzera. Príčiny vzniku syndrómu vyhorenia môžeme teda

rozdeliť na 3 skupiny: pracovné príčiny, ktoré vznikajú na pracoviskách, sociálno-spoločenské príčiny, ktoré vznikajú najmä v rodinách, individuálne, ktoré majú svoje individuálne psychické príčiny.

Syndróm vyhorenia sa prejavuje aj u zdravotníckych pracovníkov. Častejší je výskyt na oddeleniach s dlhodobou hospitalizovanými chronicky chorými. Prevencia si vyžaduje poznať jeho príčiny 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.**

Sestra prichádza do práce s určitými ideami, s presvedčením, že bude poskytovať kvalitnú starostlivosť a ochotne pracovať nad rámec svojich pracovných povinností. Zo skúseností vyplýva zistenie, že príchodom na nové pracovisko je často determinovaná „bojom“ s profesnými problémami. Sestra sa oboznamuje s prostredím, spolupracovníkmi, s chorými. V tejto fáze hrá dôležitú úlohu získavanie nových poznatkov, príprava na špecializáciu, vzťah zdravotnícky pracovník – chorý – príbuzný.

Počiatkové nadšenie a motivácia klesajú požiadavky pacientov začínajú unavovať, obťažovať. Sestra sa vyhýba kontaktu s pacientmi a prenáša na nich vinu za nedostatky. Môže mať existenčné problémy – získanie bytu, zabezpečenie rodiny, pocit neistoty udržania pracovného miesta. Dochádza k prudkému úbytku fyzickej aj psychickej energie, k prenášaniu problémov.

K najčastejšie sa vyskytujúcim 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, komplexná záťaž zo strany klienta, nedostatok kompetencií sociálnych pracovníkov, nutnosť odolávať chronickému stresu, dĺžka vykonávanej praxe v sociálnej oblasti, pôvodne vysoký záujem o druhých, empatia, obetavosť, znížené sebavedomie, absencia ocenenia, kvalita konkrétnych pracovných podmienok.**

K najčastejším faktorom vzniku bezmocnosti v pracovnej sfére patrí (Lucká, Koblíková, 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

3. Priebeh procesu vyhorenia

Vyhorenie nie je jednorazová záležitosť, je to postupný proces s viacerými fázami. Začína sa nadmerným a dlhodobým množstvom pracovnej záťaže. Tá spôsobuje napätie a proces vyhorenia sa končí, keď sa stres prekloní do apatie alebo cynizmu. Determinantom pritom nie je len vysoké pracovné nasadenie, ale aj nereálne nároky a očakávania a nerešpektovanie svojich potrieb.

Prvá fáza je skutočnosť, kedy sa človek pre niečo nadchol, má pevne stanovený cieľ, chce ho dosiahnuť. Jeho život je zmysluplný, má prečo žiť. Práca je zmysluplná, pretože práve ona umožňuje dosiahnuť vytúžený cieľ človeka. Človek svoju prácu vykonáva v silnom nasadení, pretože má odôvodnenie, prečo je dôležité svoju konkrétnu prácu vykonávať.

V druhej fáze sa z prostriedku stáva cieľ, nejaká úžitková hodnota. Ten, kto najprv pracoval, pretože mal vytúžený cieľ, nejaký ideál, teraz už pracuje preto, že je preň žiaduci sekundárny produkt – napr. peniaze, ktoré za prácu dostáva. Z toho teda vyplýva, že človek už nevykonáva prácu ako zmysel svojho života, ale preto, že mu niečo prináša. Základná motivácia je frustrovaná. Namiesto zmysluplných cieľov nastupujú už len zdanlivé ciele. „*Nadšenie zhasína, oheň začína.*“

V tretej fáze sa situácia mení na popol alebo sa stáva „životom v popole.“ Je charakterizovaná:

- stratou úcty k druhým ľuďom, k hodnote vecí, cieľov. Človek postihnutý týmto syndrómom sa na ľudí pozerá ako na veci – na materiál. Živnú pôdu tu nachádza irónia, cynizmus, sarkazmus, necitlivé správanie, atď.
- stratou úcty k vlastnému životu. Postihnutý si prestáva vážiť vlastné telo, stráca rešpekt i k vlastnému presvedčeniu, nadšeniu. Správa sa cynicky nielen voči druhým, ale aj voči sebe samému. Pre človeka už nič nemá hodnotu, nič si neváží. V priebehu vyhorenia dochádza k postupnému vynáraníu troch zložiek procesu syndrómu vyhorenia. Najprv sa objavuje emocionálne vyčerpanie ako odpoveď na mimoriadne požiadavky okolia, kladené na daného človeka. zvýšená miera vyčerpanosti potom vedie automaticky k depersonalizácii. Človek sa snaží odpútať od druhých ľudí, dištancuje sa, sťahuje sa do samoty (dochádza k sociálnej izolácii). Obidva tieto faktory sa potom spoja a ovplyvňujú výkonnosť. Ako tretí faktor sa tak objavuje znížená efektivita práce. Zároveň emocionálna vyčerpanosť znemožňuje dosiahnuť normálny výkon človeka.

Tošnerová, Tošner (2002, s. 5) proces vyhorenia popisali v nasledovných krokoch: *Nadšenie* – vysoké ciele a ideály, vysoké zainteresovanie prácou. *Stagnácia* – ideály sú ťažko uskutočniteľné, menia sa ciele, požiadavky zamestnávateľa, kolegov, či klientov sa stávajú záťažou. *Frustrácia* – negatívny pohľad a vnímanie zamestnania ako i pracoviska, sklamanie z kolegov, negatívny postoj ku klientovi. *Apatia* – medzi pracovníkom a klientom vládne nepriateľstvo, vyhýbanie sa akýmkoľvek aktivitám, či odborným diskusiám s kolegami, uzatváranie sa do seba. *Syndróm vyhorenia* – posledná fáza, v ktorom sa dosiahne štádium úplného vyčerpania, strata motivácie pracovať, cynizmus, odosobnenie, odcudzenie, strata reflexie vnútorných hodnôt. V tejto poslednej fáze je cesta späť veľmi ťažká.

Varovné signály syndrómu vyhorenia sa prejavujú v rovine fyzickej, emocionálnej a sociálnej. K fyzickým prejavom patria problémy, napr. hnačky, zmeny v stravovaní, výkyvy v telesnej hmotnosti (strata chuti do jedla, alebo priberanie), poruchy spánku (počas dňa môže prežívať únavu, ale v noci nedokáže zaspáť), opakované bolesti hlavy, svalové napätie, bolesti krku, ramien, chrbtice, zvýšená konzumácia alkoholu, drog, liekov, zvýšená náchylnosť k chorobám, vysoký krvný tlak, zapáchajúci dych, vlhké ruky, rýchla unaviteľnosť, pocit vyčerpania, niekoľko mesiacov trvajúca znížená výkonnosť. Ak je naša energetická bilancia dlhodobo záporná, ak nemáme zdroje radosti v živote dostaneme sa do stavu, pre ktorý sa ustálil termín syndróm vyhorenia. K jeho hlavným prejavom patrí depresia, ľahostajnosť, sťažený kontakt, strata sebadôvery, časté choroby a telesné príznaky.

Podľa Rusha (2003, s. 7) stav vyhorenia definujeme ako druh stresu a emocionálnej únavy, frustrácie a vyčerpania, ku ktorým dochádza v dôsledku toho, že súhrn určitých udalostí týkajúcich sa vzťahu, poslania, životného štýlu alebo zamestnania, neprinesie očakávané výsledky. Uvedený stav je typický pre výkonných ľudí, ktorí sa snažia byť úspešní a majú snahu niečo dosiahnuť.

Ak je naša energetická bilancia dlhodobo záporná, dostávame sa do stavu, pre ktorý sa stanovil termín a to syndróm vyhorenia. K jeho hlavným prejavom patria depresia ľahostajnosť, cynizmus, strata sebadôvery, telesné príznaky (Kopřiva, 1997, s. 101).

4. Ohrozené profesie

Syndróm vyhorenia sa v súčasnosti spája najmä s **profesiami, ktoré sú náročné na komunikáciu a empatiu**. Ľudia, od ktorých sa očakáva, že budú milí a chápaní k okoliu bez ohľadu na vlastnú náladu. Najrizikovejšie sú teda povolania lekárov, zdravotných sestier, učiteľov, psychológov, psychiatrov, či sociálnych pracovníkov. Ďalej k nim patria policajti, pracovníci v nápravno-výchovných zariadeniach, novinári, politici, športovci, kňazi, rehoľníci, kazatelia, poradcovia v organizačných veciach, vedúci pracovníci všetkých stupňov, právnici, pedagógovia pracujúci s duševne postihnutými deťmi, vedúci leteckej dopravy, piloti, podnikatelia, manažéri, mediátori, úradníci, sociálni kurátori, atď.

Syndrómom vyhorenia môže trpieť ktokoľvek – žena v domácnosti, upratovačka aj vedec, ktorý celé dni sedí za mikroskopom. Existujú aj určité **osobnostné dispozície** podporujúce vznik tohto syndrómu. Najväčšmi sú ohrození ľudia so slabým sebapoznáním, s nízkym sebavedomím, s malou toleranciou záťaže a nedostatočnou sebadôverou. Ohrození sú aj ľudia, ktorí nevedia odpočívať, nemajú ujasnené svoje životné hodnoty a perspektívy, nie sú schopní spolupútiť a primerane komunikovať s druhými.

Keď človek nastúpi do nového zamestnania, tak je často entuziastický a práci sa doslova odovzdáva. Keď však zo seba dávame dlhodobo viac, ako je potrebné, môže to byť spúšťačom vyhorenia. Ľudia, ktorí sa hneď od začiatku „chránia“ a dodržiavajú hranice, budú menej zraniteľní. 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.

5. Prevencia syndrómu vyhorenia

Syndróm vyhorenia nie je známkou osobnej slabosti, môže sa prihodiť každému. Je dôležité, aby sme sa naučili poznať samých seba a zladili pracovný a osobný život do jedného harmonického celku, čo môže vytvoriť predpoklady pre zdravý a spokojný život.

Prevenciou syndrómu vyhorenia je **rešpektovať svoje potreby**. Prvým krokom je **zachytiť signál** a druhým **povedať si stop**. Takisto by sme mali vedieť o veciach, ktoré nás naplňajú energiou a dávajú chuť žiť. Nieкто môže potrebovať spoločnosť priateľov, iný má rád hudbu, dlhé prechádzky lesom alebo zvieratá. Ďalší potrebuje adrenalinový šport alebo kontakt s blízkou osobou.

Křivohlavý (1998, s. 35) uvádza ako možnosti prevencie: zmysluplnosť života, oblasť medziľudských vzťahov, úprava pracovných podmienok a organizácia práce, osobné vlastnosti, kladné hodnotenie seba aj iných, záujem o vlastné zdravie, humor a iné. Takisto je dôležité vytvoriť si kvalitné medziľudské vzťahy. Patrí sem dobrá sieť sociálnych vzťahov, vrátane fungujúceho manželstva, ktorá zvyšuje odolnosť voči profesionálnemu stresu.

Odolnosť proti syndrómu vyhorenia zvyšujú aj záujmy, ktoré nesúvisia so zamestnaním a umožňujú regeneráciu síl. (Nešpor, 1995)

Mnohí zamestnávateľi si uvedomujú, že len spokojný a oddýchnutý pracovník je dobrý pracovník. Preto **si mnohé spoločnosti do svojho sociálneho a vzdelávacieho programu zakomponovali školenia o time manažmente, zvládání stresu, dohliadajú na voľno v rámci pracovného dňa, poskytujú konzultácie u psychológa a snažia sa zadávať ťažké úlohy skupine ľudí, nie jednotlivcovi**.

Každý človek si navyše môže riadiť prevenciu proti stresu a vyhoreniu aj sám. Treba si dávať jasné a dosiahnuteľné ciele. Dôležitá je aj deľba zodpovednosti za stanovené ciele a zapájať do rozhodovania aj spolupracovníkov.

Niektorí ľudia v exponovaných profesiách si pri určitom stupni pracovnej záťaže, ktorá im už veľmi zužovala priestor na osobný život, dokázali povedať dosť a zmeniť životný štýl. Pochopili, že najdôležitejší pracovný nástroj, ktorý majú k dispozícii, sú oni sami. Na rozdiel od auta, počítača alebo strojných zariadení, seba nemôžu vymeniť za nový kus. Môžu len zmeniť postoj k sebe. Do pracovného času si zaradili hodinu tenisu alebo aspoň prechádzku, začali sa starať, aby mali pravidelne jedlo, vyhradili si čas na osobné voľno a naozaj sa začali viac venovať rodine, priateľom a svojim záľubám. Dokázali to vďaka tomu, že **sa zamysleli nad svojimi prioritami, nanovo vytýčili svoje vnútorné hranice**, začali ich sami rešpektovať a potom aj ich okolie mohlo prijať nové pravidlá. Ak však budeme dlhodobo ignorovať svoje potreby, hrozí nám dlhotrvajúca liečba. Niektorým ľuďom stačí dlhšia dovolenka, no niektorí končia so zmenou zamestnania či dokonca zmenia celý spôsob života.

