

# **SBÍRKA ODBORNÝCH PRACÍ** **OŠETŘOVATELSTVÍ** **A SOCIÁLNÍ PRÁCE**

**k 10. výročí příbramského pracoviště**  
**Vysoké školy zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety**



**Editoři**

Jan Bydžovský

Dagmar Kalátová

**Editoři v abecedním pořadí:**

doc. MUDr. Mgr. Jan Bydžovský, DiS., PhD.

doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof.

**Recenzenti v abecedním pořadí:**

doc. MUDr. Mgr. Jan Bydžovský, DiS., PhD.

doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof.

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

doc. PhDr. ThDr. Andrej Mátel, PhD., mim. prof.

Vydal Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna

Vysoké školy zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o.,

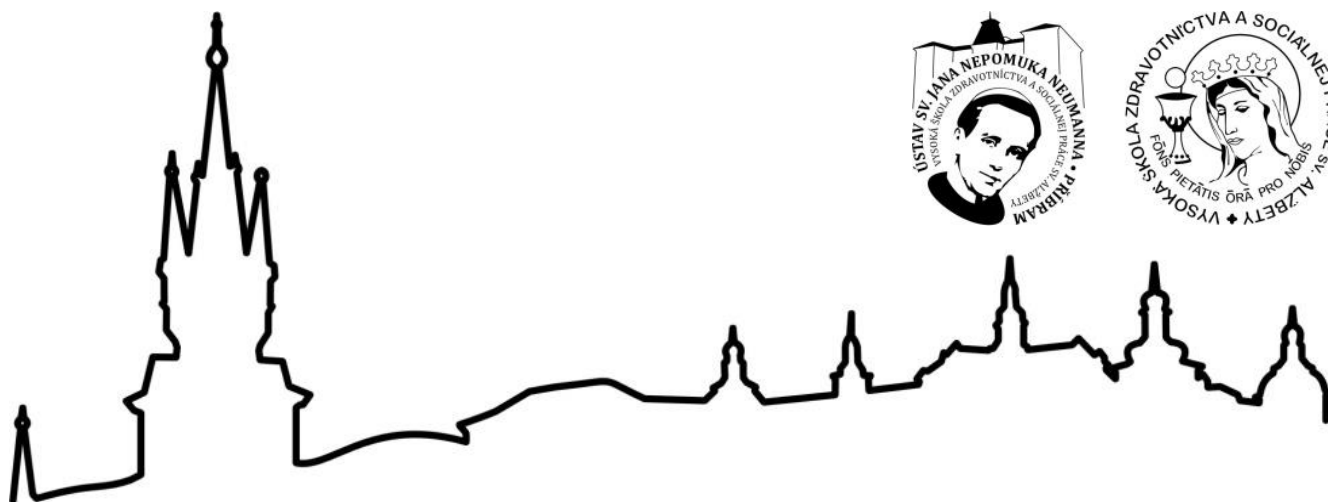
Jiráskovy sady 240, 261 01 Příbram I

**[www.vszsp.cz](http://www.vszsp.cz)**

Počet stran 193

Vydání první, Příbram 2016

Příspěvky neprošly jazykovou úpravou ani autorskými korekturami.



## OBSAH

### Ošetrovatelství

*Platilová Markéta, Kilíková Mária:*

Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Příbram – vznik a vývoj.....5

*Furdová A., Krčová I., Horkovičová K., Justusová P., Šramka M., Furda R., Molnár E.:*

Sociálne a psychologické problémy v pokročilom štádiu u nádorového ochorenia orbity .....12

*Kvasničková Věra, Kilíková Mária:*

Implementujeme v ošetrovateľskej praxi koncept humanizmu? .....16

*Pacovská Martina:*

Specifika ošetrovateľskej péče u dětí se zevní fixací po akutním skeletálním traumatu .....21

*Bydžovský Jan, Dvořák Marek, Šoupal Jiří, Kalátová Dagmar:*

Je můj pacient kriticky nebo terminálně nemocný? .....23

*Furdová Alena, Peško Konstantín, Mozolík Pavol, Justusová Pavlína, Furda Robert, Molnár Eugen, Babál Pavel, Kobzová Daniela, Koller Ján:*

Perforačná keratoplastika v liečbe ochorenia rohovky .....29

*Furdová Alena, Peško Konstantín, Kalužáková Adriána, Justusová Pavlína, Furda Robert, Molnár Eugen, Krčová Ivana, Babál Pavel, Kobzová Daniela, Koller Ján:*

Amniová membrána a jej využitie v oftalmológii .....38

*Raková Jana:*

Zdravotné uvedomenie sestier o prevencii nádorového ochorenia prsníka .....43

*Biró Csaba:*

Metastáza - náhoda alebo predprogramovaná nádorová diseminácia? .....50

*Fatková Vendula, Dančová Gabriela, Baranová Lenka:*

Role sestry v problematice pohlavně přenosných chorob u homosexuálně orientovaných mužů .....57

*Petronela Lauková:*

Súčasná a vývojové trendencie metód a foriem vzdelávania seniorov .....65

*Bartoničková Iva:*

Dodržování charakteristických znaků měkké vědy v diplomových pracích .....72

*Laca Peter:*

Blahoslavená Sára Salkaházi - patrónka detašovaného pracoviska vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Rožňave ako vzor pre dnešné sestry a sociálnych pracovníkov..... 78

*Beňo Pavol:*

Prvé skúsenosti s vyučovaním predmetu Základy komunikácie s nepočujúcimi v Příbrami .....83

*Kalátová Dagmar, Bydžovský Jan, Šoupal Jiří, Dvořák Marek:*

Zdravotnícký záchranář – mladá, vyvíjející se a žádaná profese.....87

*Kilíková Mária:*

Vzájomné uznávanie odbornej kvalifikácie v povolání sestra v znení smernice Rady Európy.....93

|                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Hulková Viera:</i>                                                                        |     |
| Rozsah ošetrovateľskej praxe v Slovenskej a Českej republike – komparatívna analýza .....    | 97  |
| <i>Šramka M., Ružický E., Furdová A., Belan V.:</i>                                          |     |
| Klinické skúsenosti 3D tlače .....                                                           | 103 |
| <i>Stárková Blanka:</i>                                                                      |     |
| Majú sestry znalosti o špecifikách neverbálnej komunikácie vybraných kultúrnych etník? ..... | 108 |
| <i>Dimunová Lucia:</i>                                                                       |     |
| Vybrané riziká v rámci domácej ošetrovateľskej starostlivosti .....                          | 114 |
| <i>Glozarová Alžbeta:</i>                                                                    |     |
| Zvládnutie břišní katastrofy v domácím prostredí .....                                       | 117 |
| <i>Sekáč Juraj, Valášková Jela, Furdová Alena:</i>                                           |     |
| Prirodzená larválna terapia u pacienta - kazuistika .....                                    | 119 |
| <i>Šrajerová Ladislava:</i>                                                                  |     |
| Standardy a jejich význam v péči.....                                                        | 123 |
| <i>Funtová Veronika:</i>                                                                     |     |
| Řízená péče jako skrytá rezerva finančních nákladů na zdravotní péči.....                    | 128 |

## Sociální práce

|                                                                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Mátl Andrej, Jarošová Olga:</i>                                                                                                              |     |
| Tragédia v zariadení pre seniorov: 70-ročná žena vypadla z okna. Reflexia etickej dilemy v praxi sociálnych služieb .....                       | 135 |
| <i>Đurkovský Peter:</i>                                                                                                                         |     |
| Ekonomika versus etika a právo v sociálnej práci .....                                                                                          | 141 |
| <i>Pruknarová Michaela, Novotná Jana:</i>                                                                                                       |     |
| Etické aspekty parafrilii v percepci zdravotně-sociálního pracovníka .....                                                                      | 147 |
| <i>Schavel Milan:</i>                                                                                                                           |     |
| Reflexie absolventov Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave na oblasť vzdelávania v odbore sociálna práca ..... | 153 |
| <i>Křesťanová Brigitta, Novotná Jana, Vojáčková Hana:</i>                                                                                       |     |
| Možnosti zapojení studentů humanitních oborů do výzkumných aktivit .....                                                                        | 160 |
| <i>Měřička Vojtěch:</i>                                                                                                                         |     |
| Odborník nebo „holka pro všechno“? .....                                                                                                        | 166 |
| <i>Krejčová Alena, Novotná Jana</i>                                                                                                             |     |
| Multidisciplinární pohled na sexuální deviace .....                                                                                             | 170 |
| <i>Novotná Jana:</i>                                                                                                                            |     |
| Patologický sexuální agresor jako pachatel znásilnění .....                                                                                     | 175 |
| <i>Béřešová Anna:</i>                                                                                                                           |     |
| Pracovní záťaž a syndróm vyhorenia sociálnych a výchovných pracovníkov v detských domovoch v Košickom kraji .....                               | 178 |
| <i>Škoviera Albín:</i>                                                                                                                          |     |
| Dieťa v detskom domove v sociálnom a pedagogickom poňatí .....                                                                                  | 185 |
| <i>Roman Tibor:</i>                                                                                                                             |     |
| Etické reflexie resocializačního procesu s maloletými a mladistvými závislými.....                                                              | 189 |

# Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Příbram – vznik a vývoj

Platilová Markéta<sup>1</sup>, Kilíková Mária<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Fakultní nemocnice Motol*

<sup>2</sup>*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety*

V letošním roce slaví detašované pracoviště VŠZ a SP sv. Alžběty Bratislava, Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna v Příbrami, deset let od svého vzniku. V našem příspěvku bychom Vám chtěli přiblížit vznik Alma mater, VŠZ a SP sv. Alžběty v Bratislavě, její aktivity na poli výchovně vzdělávacím i charitativním a misijním. Humanitární aktivity vysoké školy v zemích třetího světa podmínily vzniky množství útulků, azylových zařízení i klinik pro sirotky, děti s HIV pozitivitou, pro týrané ženy i pro lidi bez domova, v době míru i v době válečných konfliktů. Rozsah pomoci není omezený, jméno VŠZ a SP sv. Alžběty je známé v Africe, na Haiti, v Kambodži i ve Vietnamu. V rámci výchovně vzdělávacích aktivit došlo k založení mnoha detašovaných pracovišť VŠZaSP na Slovensku i v zahraničí. Mezi ně patří i Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna v Příbrami. Cílem našeho příspěvku je prezentace okolností jeho založení, stručně popsat první roky jeho činnosti i postupný rozvoj studijních oborů. Dále chceme stručně prezentovat osobnosti, které se zasloužily o vznik vysoké školy a které se podílely na jejím rozvoji, stejně tak připomenout pedagogy, kteří po dobu deseti let existence Ústavu sv. Jana Nepomuka Neumanna předávali své zkušenosti studentům oborů Ošetrovatelství a Sociální práce.

**Klíčová slova:** Ošetrovatelství. Pracoviště sv. Alžběty. Sociální práce. Ústav. Vysoká škola.

## Literatura:

AUTOR NEUVEDEN. 2003. Študijný program - akademický rok 2003/2004. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžběty, n. o., 2003. s. 46.

KOZOŇ, V. et al. 2012. Ošetrovatelstvo – 50 rokov univerzitného vzdelávania na Slovensku. 1. vyd. Wien: Österreichische Gesscheschaft für vaskuläre Pflege, 2012. 323 s. ISBN 978-3-9502178-6-5.

PLATILOVÁ, M. 2016, Historie a současnost Ústavu sv. Jana Nepomuka Neumanna Příbram, pracoviště Vysoké školy zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty v Bratislavě: diplomová práce Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty Bratislava, Fakulta ošetrovatelství. 2016, 117 s.

•

## Úvod

Pokud se zaměříme na retrospektivní analýzu existence Vysoké školy zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty v Bratislavě, která je Almou mater příbramského Ústavu sv. Jana Nepomuka Neumanna, můžeme deklarovat její dlouhodobý záměr, který se postupně naplňuje již od jejího vzniku v roce 2002. Záměr je realizovaný ve třech rovinách. Jsou to roviny výchovně vzdělávací ve třech stupních vysokoškolského studia doma i v zahraničí, výzkumné, zaměřené na sociální vědy s humanitárním zaměřením a tropické zdravotnictví a poslední rovina je z oblasti misijní, humanitární a zdravotnické činnosti doma i v zahraničí. Pokud chceme vizualizovat úspěchy vysoké školy, pak nemůžeme žádnou z rovin opomenout. Množství humanitárních projektů pro sirotky, chudé a zanedbané děti anebo týrané ženy jsou projekty doslova záchrannými. Nejen toto je ale náplní dlouhodobých záměrů VŠZ a SP sv. Alžběty Bratislava. Pokusíme se poukázat alespoň na část aktivit průřezem let i tří rovin, které obsahuje její strategický plán. Deset let trvání detašovaného pracoviště, Ústavu sv. Jana Nepomuka Neumanna se pokusíme přiblížit trochu detailněji, stejně tak jako se budeme snažit představit alespoň část pedagogů, kteří na akademické půdě příbramského pracoviště přednášeli

Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty je soukromá vysoká škola se sídlem v Bratislavě. Vznikla jako nezisková organizace 21. 10. 2002 na základě udělení státního souhlasu vládou Slovenské republiky. Jejími zakladateli jsou soukromé osoby ve spolupráci s Nadací na podporu výchovy a vzdělávání na Fakultě zdravotnictví a sociální práce univerzity v Trnavě. Vysoká škola působí v duchu křesťanského humanizmu a šíří odkaz sv. Alžběty, bratislavské rodačky, jejíž doménou bylo sloužit nemocným a chudým bez rozdílu rasy, národnosti a náboženské orientace.

Činnost vysoké školy je v oblasti mezinárodních vztahů orientovaná na soulad vlastních studijních programů s programy vzdělávacích institucí v zemích Evropské unie. V rámci úspěšné mobility studentů byl také na vysoké škole od akademického roku 2003/2004 používán kreditní systém. Dalším signálem o plnění strategických záměrů je uzavření celkem 9 dohod o mezinárodní spolupráci, zejména s cílem rozvíjení vztahů v oblasti vědy a vzdělávání.

V následující tabulce ukazujeme chronologický přehled fakult a detašovaných pracovišť VŠZ a SP sv. Alžběty, založených za prvních deset let činnosti vysoké školy.

Tabulka č. 1 Fakulty a detašovaná pracoviště VŠZ a SP sv. Alžběty 2002 - 2012 (Zdroj: ŠP a R VŠZ a SP, 2003-2012)

| Město            | Název institutu, fakulty, detašovaného pracoviště, zahraničního pracoviště                                                                    | Rok založení |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Bardejov         | Ústav Královny Pokoje z Medžugorja                                                                                                            | 2004/2005    |
| Bratislava       | Institut misijní práce a tropického zdravotnictví Jana Pavla II<br>Institut pro další vzdělávání sociálních pracovníků Postgraduální institut | 2003/2004    |
| Bánská Bystrica  | Ústav romských evropských studií Sv. Sára Marseille                                                                                           | 2009/2010    |
| Čadca            | Ústav Božího milosrdenství                                                                                                                    | 2005/2006    |
| Nové Zámky       | Institut zdravotnictví a sociální práce sv. Ladislava                                                                                         | 2004/2005    |
| Košice           | Ústav Košice Bl. Z. Mally                                                                                                                     | 2008/2009    |
| Spišská Nová Ves | Ústav Bl. Vasiľa Hopky                                                                                                                        | 2007/2008    |
| Skalice          | Ústav Dr. J. Blahy                                                                                                                            | 2007/2008    |
| Partizánske      | Detašované pracoviště Sv. Cyrila a Metoda                                                                                                     | 2007/2008    |
| Piešťany         | Ústav Sv. Pátera Pia                                                                                                                          | 2005/2006    |
| Prešov           | Institut sociálních věd a zdravotnictví Bl. P. P. Gojdiča                                                                                     | 2002/2003    |
| Rožňava          | Ústav Bl. Sv. Barbory Salkaházyiové                                                                                                           | 2007/2008    |
| Michalovce       | Ústav Bl. Metoda D. Trčky                                                                                                                     | 2007/2008    |
| Trstěná          | Ústav Bl. Tomislava Kolakoviče                                                                                                                | 2006/2007    |
| Žilina           | Ústav Saleziánů Sv. Dona Bosca                                                                                                                | 2007/2008    |
| Praha            | Husův institut teologických studií                                                                                                            | 2006/2007    |
| Příbram          | Ústav Ošetřovatelství sv. Jana Nepomuka Neumanna                                                                                              | 2007/2008    |
| Weißenfels       | Medicínské vzdělávací centrum                                                                                                                 | 2006/2007    |
| Nairobi          | Institut sociální práce L. Mary Immaculaty                                                                                                    | 2006/2007    |
| Kambodža         | Institut sociální práce, Phnom Phen                                                                                                           | 2006/2007    |
| Srbská republika | Ústav sociální práce Báčský Petrovac                                                                                                          | 2007/2008    |
| Ukrajinská rep.  | Ústav sociální práce Sv. Bl. T. Romži, Korolevo                                                                                               | 2007/2008    |
| Rumunská rep.    | Ústav sociální práce, Nadlak                                                                                                                  | 2007/2008    |

V tisku čteme, že přestože VŠZ a SP jednou z nejmladších vysokých škol na Slovensku, patří ke školám největším, poskytuje vzdělání více než 18 tisícům studentů ve všech třech stupních vysokoškolského studia. VŠZ a SP sv. Alžběty má i právo udělovat vědecko - pedagogické hodnosti docent, profesor a jako jedna z mála v pěti vědních oborech i titul doktor věd. Také jako jediná škola na Slovensku vzdělává i Slováky v zahraničí. Její vzdělávací instituce jsou i v Čechách, Rakousku, Německu, Asii, Africe a na Haiti (Antoni, 2011).

Krátce po založení vysoké školy se začala rozvíjet její misijní a humanitární aktivita, již v roce 2003 bylo založeno Centrum pro podvyživené děti Neposkvrněné Panny Marie v Nairobi, v Keni a Klinika sv. Maximiliána Kolbeho v Phnom Penhu v Kambodži. Další misijní a humanitární aktivity pod hlavičkou VŠZ a SP sv. Alžběty byly realizovány v Nairobi, v Keni, Jerevanu, Spitaku, ale i na Slovensku, kde byla zakládána Azylová centra v rámci sociální záchrané sítě (Bencová Utěšená, 2013).

### Ústav sv. Jan Nepomuka Neumanna

V Příbrami se budoucí sestry vzdělávaly již od roku 1953, samotná budova Střední a vyšší odborné zdravotnické školy v Jiráskových sadech existuje již od roku 1882, kdy sloužila jako Reálné gymnázium. Tragickou událost z června 1942, z období „heydrichiády“, kdy byli popraveni otec a syn Stočesovi a ředitel školy PhDr. Josef Lukeš připomíná pamětní deska, umístěná na budově SZŠ a VOZŠ. Tento příběh známe z povídky „Vyšší princip“ od Jana Drdy, v 60. letech byl i zfilmovaný.

Po roce 2000 začalo docházet ke změnám nejen ve vzdělávání. Ministerstvo zdravotnictví vydalo Zákon č. 96/2004 Sb. O nelékařských zdravotnických povoláních, kde se přímo definuje vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví s tím, že zdravotničtí pracovníci způsobí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti získávají kvalifikaci studiem na vyšších nebo vysokých školách v souladu s požadavky Evropské unie. Další detašované pracoviště Vysoké školy zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty Bratislava n. o., druhé v České republice, bylo otevřeno v podobě detašovaného pracoviště v Příbrami od akademického roku 2006/2007. Příjímací zkoušky byly stanoveny na srpen 2006, výuka začala v budově Střední zdravotnické školy v Jiráskových sadech. Počty studentů na střední, vyšší i vysoké škole však signalizovaly, že kapacita budovy je výrazně překročena. V akademickém roce 2009/2010 studovalo bezmála tisíc studentů, přihlášených ke studiu, v následujícím akademickém roce bylo již nad 1300 studentů. Budova, do které se detašované pracoviště nakonec přesunulo, se nachází také v Jiráskových sadech. Jedná se o budovu konviktu z roku 1892, jehož autorem byl architekt Vojtěch Ignác Ullmann. Budova sloužila původně pro Rektorát a zhruba 140 studentů Vysoké školy báňské, po jejich odchodu po II. světové válce do roku 1950 objekt využíval opět arcibiskupský konvikt, následovně do roku 1990 v něm sídlil okresní národní výbor a okresní úřad. Zhruba v tomto období v rámci stavebních úprav došlo i ke zbourání kaple v zadní části objektu (Velfl, 2014).

V červnu roku 2011 schválil akademický senát pro detašované pracoviště v Příbrami patrona sv. Jana Nepomuka Neumanna, proto byl změněn název na Ústav Jana Nepomuka Neumanna. Akademický rok 2011/2012 byl také prvním rokem v nové budově, provoz byl zahájen slavnostní imatrikulací v aule budovy v Jiráskových sadech na podzim roku 2011. V následujících tabulkách ukážeme postupný nárůst zájemců o studium na příbramském pracovišti.

Tabulka č. 2 Počty studentů přijatých ke studiu do oboru Ošetřovatelství, Ústav J. N. Neumanna, Příbram a počty příbramských studentů pokračujících v magisterském studiu v Bratislavě (Zdroj: Študijné oddelenie VŠZ a SP, 2015)

| ročník                  | 1. ročník | 2. ročník | 3. ročník | 1. ročník | 2. ročník |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| akademický rok          | Bc.       | Bc.       | Bc.       | Mgr.      | Mgr.      |
| 2006/07 Ošetřovatelství | 74        | -         | -         | -         | -         |
| 2007/08 Ošetřovatelství | 144       | -         | -         | -         | -         |
| 2008/09 Ošetřovatelství | 330       | 134       | 59        | -         | -         |
| 2009/10 Ošetřovatelství | 348       | 298       | 133       | 78        | -         |
| 2010/11 Ošetřovatelství | 523       | 420       | 296       | 107       | 64        |
| 2011/12 Ošetřovatelství | 476       | 442       | 430       | 257       | 109       |
| 2012/13 Ošetřovatelství | 412       | 433       | 471       | 302       | 256       |
| 2013/14 Ošetřovatelství | 399       | 360       | 512       | 211       | 341       |
| 2014/15 Ošetřovatelství | 305       | 252       | 413       | 213       | 251       |

|                         |     |     |     |     |     |
|-------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 2015/16 Ošetrovatelství | 234 | 257 | 268 | 157 | 252 |
|-------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|

Tabulka č. 3 Počty studentů přijatých ke studiu do oboru Sociální práce, Ústav J. N. Neumanna, Příbram (Zdroj: Študijné oddělenie VŠZ a SP, 2015)

| ročník                 | 1. ročník | 2. ročník | 3. ročník | 1. ročník | 2. ročník |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 2011/12 Sociální práce | 21        | -         | 64        | -         | -         |
| 2012/13 Sociální práce | 65        | 15        | 1         | 51        | -         |
| 2013/14 Sociální práce | 139       | 53        | 16        | 19        | 54        |
| 2014/15 Sociální práce | 129       | 125       | 50        | 37        | 15        |
| 2015/16 Sociální práce | 125       | 105       | 109       | 55        | 31        |

Tabulka č. 4 Počty studentů, kteří ukončili studium řádnou státní zkouškou (Zdroj: Študijné oddělenie, 2015)

| obor           | Ošetrovatelství |      | Sociální práce |      |
|----------------|-----------------|------|----------------|------|
| akademický rok | Bc.             | Mgr. | Bc.            | Mgr. |
| 2008/09        | 59              | -    | -              | -    |
| 2009/10        | 133             | -    | -              | -    |
| 2010/11        | 296             | 64   | -              | -    |
| 2011/12        | 430             | 109  | 64             | -    |
| 2012/13        | 471             | 256  | 16             | -    |
| 2014/15        | 415             | 255  | 50             | 16   |
| Celkem         | 1084            | 684  | 130            | 16   |

Ošetrovatelství jako jednooborové studium je v obou úrovních, bakalářské a magisterské. Standartní doba studia jsou tři roky. Garantem úrovně prvního stupně je doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof. Navazující druhý stupeň, magisterské studium, má standartní dobu studia dva roky, garantem oboru je prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

Jednooborové studium Sociální práce je realizované formou denního i externího studia. První stupeň vysokoškolského studia standardně trvá 3 roky, garantem oboru je doc. PhDr. ThDr. Andrej Máteľ, PhD. Navazující externí forma magisterského studia standardně trvá 2 roky a garantem oboru je prof. PaedDr. Milan Schavel, PhD.

Od roku 2006 byla a dosud je ředitelkou ústavu doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof. Zástupcem ředitelky je od akademického roku 2012/2013 doc. MUDr. Mgr. Jan Bydžovský, DiS., PhD. Asistentkou ředitelky je od srpna roku 2012 Ing. Kateřina Tymešová.

V roce 2015 byla ve spolupráci s provozovatelem domácího hospice Most k domovu připravená a zrealizovaná rozšířená výuka paliativní péče, respektive pilotní projekt. Ten byl podpořený Nadačním fondem AVAST. Spolupráce byla v rámci programu „spolu až do konce“, který je určený projektům, které se zabývají tématem umírání a smrti. Při této příležitosti také vznikla skripta, která jsou dostupná v elektronické formě. Skripta jsou zaměřená na jednotlivé aspekty paliativní péče, řeší typické symptomy, kterými se paliativní péče zabývá. Nezapomínají ani na složitou otázku komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou, stejně jako na problematiku spirituality (<http://www.vszsp.cz/>).

### Představitelé VŠZ a SP sv. Alžběty

**prof. MUDr. Vladimír Krčméry, PhD. DrSc., FRSP, FACP, Dr. h. c. mult.,** lékař, vědec, odborník na tropickou medicínu, kromě VŠZ a SP sv. Alžběty se podílel na založení mnoha zdravotnických a sociálních humanitárních zařízení v nejchudších



zemích světa. V současnosti pracuje jako ředitel Tropického institutu a referenční laboratoře tropických chorob VŠZ a SP sv. Alžběty v Bratislavě a jako zastupující přednostu Mikrobiologického ústavu LFUK

**prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc.**, světově známý a uznávaný stereotaktický neurochirurg. Spoluzakladatel VŠZ a SP sv. Alžběty Bratislava, emeritní rektor. Vedoucí vědecký pracovník, profesor na Katedře Ústavu sociálních věd bl. P. P. Gojdiče v Prešově, VŠZ a SP sv. Alžběty, n. o., v Bratislavě, děkan Fakulty Zdravotnictví a sociální práce bl. P. P. Gojdiče v Prešově. V současnosti působí jako přednost Kliniky stereotaktické radiochirurgie Onkologického ústavu sv. Alžběty v Bratislavě.

**doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc.** První neslyšící docent v České i Slovenské republice. Byl spolugarantem oboru Veřejné zdravotnictví na I. stupni vysokoškolského studia. V současné době, od ledna 2013, pracuje na Katedře Laboratorních vyšetřovacích metod ve zdravotnictví VŠZ a SP sv. Alžběty v Bratislavě. Je editorem sborníků vědeckých prací, spoluautorem monografie „Komunikace se sluchově postiženými ve zdravotnictví a sociální práci“, které v roce 2014 vychází jako druhé, rozšířené a přepracované vydání.

**prof. MUDr. Štefan Galbavý, DrSc.**, významná osobnost slovenské patologie. V teorii a praxi se zabývá zejména experimentální onkologií, patologickou anatomií a laboratorními vyšetřovacími metodami v medicíně. Je jedním ze zakladatelů Ústavu laboratorních vyšetřovacích metod LF UK a OÚSA v Bratislavě, zakladatel Svazu vysokoškoláků Slovenska na Lékařské fakultě Univerzity Komenského.

**prof. MUDr. Anton Gúth, CSc.**, Slovenský rehabilitační lékař, který se věnuje pacientům s nemocemi páteře od roku 1975. Zhruba 30 let přednáší na ILF v Bratislavě, na Slovenské Postgraduální akademii medicíny a SZU v Bratislavě, na Pedagogické fakultě UK, LFUK Trnavské univerzity. Dále přednáší na VŠZ a SP sv. Alžběty Bratislava a v německém Weißenfelsu.

**PhDr. Viera Hulková, PhD.**, v letech 2003 - 2005 pracovala na MZ SR, v sekci zdravotní péče jako ředitelka odboru ošetřovatelství a hlavní rádce. Jejími hlavními činnostmi a odpovědnostmi bylo řízení oboru ošetřovatelství na národní úrovni a tvorba právních předpisů. V letech 2005 - 2016 pracovala na pozici manažerky pro ošetřovatelství pro vícero slovenských i zahraničních společností, např. ProCare a. s. a též jako manažerka kvality pro B. Braun v SR a ČR. V současné době pracuje v Slovenských liečebných kúpeľoch Piešťany, a. s. jako manažérka pro ošetřovatelství.

**doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof.**, od července 1991 až doposud je doc. Kalátová statutárním zástupcem ředitele SZŠ a VOZŠ v Příbrami. Od října roku 2006 až do současnosti je také ředitelkou detašovaného pracoviště Vysoké škola zdravotnictva a soc. práce, Bratislava se sídlem v Příbrami, tedy Ústavu Jana Nepomuka Neumanna

**prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.**, od roku 2009 je vedoucí detašovaného pracoviště VŠZ a SP sv. Alžběty, bl. Sály Salkaháziové, v Rožňavě. Od roku 2010 vysokoškolský učitel VŠZ a SP sv. Alžběty, Bratislava - pracoviště v SR a ČR. Od roku 2015 je garantem studijního programu Ošetřovatelství pro Bc., Mgr., PhD stupně. Také je členem výzkumného týmu v projektech HOPE, NEXT, odborným konzultantem Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí v Bratislavě.

**doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD.** působí v oborech Veřejné zdravotnictví, Andragogika se zaměřením na výchovu a vzdělávání, didaktiku, komunikaci a geragogiku. Od roku 2013 je zástupkyní vedoucího Katedry andragogiky při Filozofické fakultě Univerzity Komenského v Bratislavě a studijním poradcem. Je spoluřešitelem projektů KEGA a VEGA.

**doc. MUDr. Jiří Neuwirth, CSc.** Spolu s prof. Pacovským a doc. Staňkovou byli zakladateli koncepce vysokoškolského studia pro sestry, (Ošetřovatelství - Pedagogika), které se od r. 1980 realizovalo ve spolupráci FVL UK a FF UK. Od roku 1984 vedl oddělení Péče o nemocné, z něhož v roce 1991 vznikl Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Má zásadní vliv na rozvoj gerontologie, geriatrie a geriatrického ošetřovatelství. Je dlouholetým členem výboru České gerontologické a geriatrické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Podílel se na vypracování nové koncepce oboru geriatrie v roce 2001.

**doc. PhDr. Gabriela Sedláková, PhD.** Od otevření pracoviště VŠZ a SP sv. Alžběty, Bratislava, v Příbrami byla doc. Sedláková garantem studijního oboru Ošetřovatelství. Byla spoluřešitelkou řady významných projektů, členkou vědecké rady a odborných komisí. Mimořádné ocenění „Biele srdce“ in memoriam bylo uděleno doc. PhDr. Gabriele Sedlákové, PhD., za významný přínos v ošetřovatelství a porodní asistenci v oblasti přímého poskytování zdravotní péče, vzdělávání, řízení a výzkumu v ošetřovatelství. Zemřela 11. 8. 2011 po těžké nemoci (Sestra roku, 2009).

**doc. PhDr. Albín Škoviera, PhD.**, Od roku 2007 působil jako externí učitel Justiční akademie a supervizor pro školská a sociální zařízení. Hlavním předmětem zájmu doc. Škovieri jsou děti, které vyrůstají mimo biologickou rodinu, v institucích

a náhradních rodinách, terapeuticko - výchovný systém práce v převýchovných zařízeních. Působil jako supervizor na Lince dětské jistoty při SV UNICEF, je zapsaný v Seznamu psychoterapeutů Slovenské republiky.

**doc. PhDr. ThDr. Andrej Mátel, PhD., mim. prof.** působí na VŠZ a SP sv. Alžběty Bratislava od roku 2006. V roce 2010 se podílel na zavedení bakalářského studijního programu na sociální práce v Ústavu sv. J. N. Neumanna, zároveň je jeho odborným garantem. V rámci komplexní akreditace v roce 2015 koordinoval přípravu magisterského studijního programu v Příbrami, který byl od akademického roku 2015/2016 schválený, kromě toho zde lze v oboru sociální práce vykonat rigorózní zkoušku (PhDr.). Je členem akreditační komise Ministerstva práce, sociálních věcí a rodiny SR, podílel se na přípravě zákona o sociální práci a byl hlavním editorem nového Etického kodexu sociálního pracovníka a asistenta sociální práce v SR.

**prof. PaedDr. Milan Schavel, PhD.,** vysokoškolský učitel v oboru sociální práce, v letech devět let působil na Ministerstvu práce, sociálních věcí a rodiny SR, podílel se na rozvoji studijního oboru sociální práce na Slovensku, přispěl k přijetí Zákona o sociální práci a ke zřízení Komory sociálních pracovníků a asistentů sociální práce SR. Na VŠZ a SP sv. Alžběty Bratislava působí od roku 2004, v Ústavu sv. J. N. Neumanna pak od roku 2010. V letech 2008-2014 vykonával funkci prorektora pro další vzdělávání sociálních pracovníků, je ředitelem Institutu dalšího vzdělávání sociálních pracovníků při VŠZ a SP sv. Alžběty Bratislava.

**doc. PhDr. Tibor Roman, PhD.** pracuje na VŠZ a SP sv. Alžběty Bratislava od roku 2004. Je akreditovaným lektorem pro vzdělávací programy Specializované studijní poradenství a supervize v sociální práci. Je garantem Sociálně psychologického výcviku. Zabývá se dále speciálním poradenstvím, mediací a sociální prací se závislými. Od roku 2015 je členem profesní rady Komory sociálních pracovníků a asistentů sociální práce Slovenské republiky.

**doc. PhDr. Emília Vranková, PhD.,** od roku 2007 je na pozici vysokoškolské učitelky na VŠZ a SP sv. Alžběty Bratislava, v Ústavu sv. Jana Nepomuka Neumanna pak od akademického roku 2012/2013. V souvislosti s pedagogickou činností se věnuje školním a závěrečným pracem. Současně se věnuje sociálně- zdravotní problematice

## **Závěr**

Za deset let činnosti detašovaného pracoviště VŠZ a SP sv. Alžběty v Bratislavě, Ústavu sv. Jana Nepomuka Neumanna absolvovalo studium ošetrovatelství a Sociální práce více, než 2000 studentů. Všichni absolventi by se samozřejmě na oslavy výročí deseti let založení pobočky vysoké školy v Příbrami nevešli. Přesto ale věříme, že na roky, strávené při studiu Ošetrovatelství i Sociální práce v Příbrami, si při čtení našeho příspěvku rádi vzpomenou. Ústavu sv. Jana Nepomuka Neumanna bychom chtěli popřát do dalších let zdravou a stále tolerantní akademickou obec a všem zúčastněným hodně zdraví a úspěchů.

## **Seznam bibliografických odkazů**

ANTONI, M. 2011. V Nových Zámkoch promovali magistrov sociálnej práce. [online] 2011 [cit. 2015-12-31]. Dostupné na: <http://novezamky.sme.sk/c/5906292/v-novych-zamkoch-promovali-magistrov-socialnej-prace.html#ixzz3vvPaWuIY>

AUTOR NEZNÁMÝ. 2003. Študijný program - akademický rok 2003/2004. Bratislava: VŠZ a SP. SV. ALŽBETY n. o., 2003. s. 46.

BENCOVÁ UTĚŠENÁ, M. 2013. 73 schodov nádeje- misijné a vedecké projekty VŠZ a SP sv. Alžběty. 1. vyd. Gerthofer-Zohor, 2013. s.

KOLTÁŠ, M. Slávnostná imatrikulácia. [online]. 2010 [cit. 2015-12-29]. Dostupné na: <http://old.roznava.sk/sk/--16-3084-slavnostna-imatrikulacia-studentov-vsasp---dp-roznava%29>

KOZOŇ, V. et al. 2012. Ošetrovaťelstvo – 50 rokov univerzitného vzdelávania na Slovensku. 1. vyd. Wien: Österreichische Gesscheschaft für vaskuläre Pflege, 2012. 323 s. ISBN 978-3-9502178-6-5.

PLATILOVÁ, M. 2016, Historie a současnost Ústavu sv. Jana Nepomuka Neumanna Příbram, pracoviště Vysoké školy zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty v Bratislavě, Diplomová práce, 2016, 117s.

MĚSTO PŘÍBRAM. [online].[cit. 2015-12-28]. Dostupné na:

<http://pribram.eu/mesto-pribram/archiv-tiskovych-zprav/2006.html>

ŠTATÚT VYSOKÉ ŠKOLY ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY. 2012 [online].[cit. 2015-11-16]. Dostupné na:

<http://www.vssvalzbety.sk/userfiles/REKTORAT/statut.pdf>

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY. ÚSTAV SVATÉHO JANA NEPOMUKA NEUMANNA, PŘÍBRAM. [online].[cit. 2015-12-26]. Dostupné na: <http://vszsp.cz/>

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY. PROJEKTY [online].[cit. 2015-12-29]. Dostupné na: <http://www.vssvalzbety.sk/projekty>

## **Kontakt**

Mgr. Markéta Platilová

e-mail: [MarketaPlatilova@seznam.cz](mailto:MarketaPlatilova@seznam.cz)

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava, Detašované pracovisko Bl. Sály Salkaháziovej

Kósu Schoppera 22, 04801 Rožňava

e-mail: [m.kilikova@gmail.com](mailto:m.kilikova@gmail.com)

# Sociálne a psychologické problémy v pokročilom štádiu u nádorového ochorenia orbity

Furdová A.<sup>1</sup>, Krčová I.<sup>1</sup>, Horkovičová K.<sup>1</sup>, Justusová P.<sup>1</sup>, Šramka M.<sup>2</sup>, Furda R.<sup>3</sup>, Molnár E.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinika oftalmológie LF UK a UN Ružinov, Bratislava

<sup>2</sup>Onkologický ústav sv. Alžbety a VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava

<sup>3</sup>Katedra informačných systémov, Fakulta managementu UK, Bratislava

Úvod: Pacienti v pokročilom štádiu nádorového ochorenia orbity (očnice) musia riešiť problém straty zrakových funkcií, ale často sa u pacientov riešia aj problémy s následnými kozmetickými defektami v oblasti oka alebo tváre po radikálnych operačných zákrokoch alebo po ožiarení. Po liečbe sa prejavuje najmä vplyv stresu, smútenia, depresie a osobnostných charakteristík ako možných faktorov podieľajúcich sa na ich vzniku.

Materiál a metodika: Súbor pacientov liečených na Klinike oftalmológie LF UK a UNB v Bratislave v r.2014 – 2015 s diagnózou zhubného nádoru oka a nádormi očnice, u ktorých boli indikované radikálne operačné postupy (enukleácia oka, exenterácia očnice).

Výsledky: V súbore 38 pacientov bolo 25 (65,8 %) mužov a 13 (34,2 %) žien. Priemerný vek bol 65,5 rokov. (od 28 do 82 rokov). Z celkového počtu bolo 33 primárnych nádorov (86,8 %). Najčastejšie sa vyskytujúci nádor bol malígny melanóm a lymfóm. Z celkového počtu sekundárnych nádorov (bazocelulárny karcinóm a melanóm) bolo 5 (13,2 %) a najčastejšie sa vyskytujúci nádor bol bazocelulárny karcinóm. U 7 pacientov (18,4 %) bola indikovaná exenterácia očnice. Po zhojení defektu dostali pacienti individuálnu epitézu na prekrytie defektu. U jedného pacienta s rozsevom ochorenia a tvorbou metastáz bola indikovaná aj rádioterapia a následná ďalšia onkologická liečba.

Záver: U pacientov po operačných zákrokoch aj celkovej liečbe sa vyskytujú vážne sociálno-ekonomické aj psychologické problémy. Chirurgická liečba v pokročilých štádiách, keď nádor prerastá do okolia, vedie k rozsiahlejším radikálnym operáciám v oblasti tváre. Rozsah a charakter operačných výkonov závisí od charakteru nádorového procesu. V pokročilých štádiách sú často indikované aj mutilujúce postupy (exenterácia očnice).

Kľúčová slova: zhubné nádory očnice, nádory oka, nádory mihalníc

•

## Úvod

Pacienti s nádormi oka a okolitých štruktúr sú postavení pred problém nutnosti riešenia straty zrakových funkcií, ale často sa u pacientov riešia aj problémy s následnými kozmetickými defektami v oblasti oka alebo tváre po radikálnych operačných zákrokoch alebo po ožiarení. Jedným z najmalignejších nádorov v oblasti očnice je malígny melanóm. V oblasti očnice sa malígny melanóm vyskytuje ako prerastanie vnútroočného melanómu. Malígny melanóm je najčastejšie sa vyskytujúci vnútroočný nádor u dospelých. Stúpajúci trend výskytu nebol zaznamenaný, ročne je incidencia okolo 1,0 na 100 000 obyvateľov, ale pokročilé štádium ochorenia má vzhľadom na svoju malignitu výrazný vplyv na pacienta [6].

Pacient s príznakmi nádorového ochorenia očnice absolvujú celý rad vyšetrení (ultrazvuková diagnostika, computerová tomografia, magnetická rezonancia) a liečba chirurgická – radikálna, môže byť doplnená liečbou žiarením alebo chemoterapiou. U pacientov vznikajú defekty v oblasti tváre (strata orgánu zraku, defekt očnice po exenterácii) a po liečbe sa prejavuje vplyv stresu, smútenia, depresie. Výsledky výskumov doposiaľ nepotvrdili kauzálny vzťah medzi intrapsychickými premennými a onkologickým ochorením, ale potvrdil sa ich vplyv na priebeh ochorenia a jeho liečbu. V primárnej, sekundárnej a terciálnej prevencii onkologických ochorení, ako aj pri ich samotnom zvládaní, hrajú významnú úlohu psychické a sociálne faktory [1, 2].

Potvrdenie onkologického ochorenia znamená pre pacienta silnú psychickú záťaž. Do procesu liečby ochorenia vstupuje pacient nielen so svojou telesnou výbavou, ale aj psychickou konšteláciou – temperamentom, emočnou výbavou, postojoými a vôľovými vlastnosťami, intelektom atď. To všetko do veľkej miery ovplyvňuje prežívanie a zvládanie choroby, ako aj spoluprácu pacienta počas liečby. Spôsob, akým sa pacient vyrovnáva s ochorením, je podmienený aj jeho

vekom, životnou etapou v ktorej ho choroba zastihla a rodinným stavom. Reakcia pacienta po zistení život ohrozujúceho ochorenia má niekoľko štádií.

Ak má byť pacient aktívnym účastníkom procesu liečby, čo je zároveň jeden zo základných predpokladov jej úspechu, musí poznať svoju diagnózu a základné informácie o jej liečbe a prognóze. Pacient by mal byť informovaný postupne a primerane jeho chápaniu. Ako sa sám s informáciami od lekára vyrovná, závisí od jeho osobnostných charakteristík a zrelosti, schopnosti zvládať záťaž, predchádzajúcich skúseností s chorobou a jej liečbou, sociálnej podpory a v neposlednom rade od vzťahu s lekárom a spôsobu, akým mu informáciu o ochorení podal. Neplatí, že neinformovaný pacient je spokojnejší pacient – nedostatok informácií môže zvýšiť neistotu a anticipačnú úzkosť. Naopak, primerane informovaný pacient sa môže stať partnerom v liečbe. Avšak diagnóza podaná bez následnej ponuky, čo pre pacienta môžeme urobiť, je deptajúca. Nikdy nie sme v pozícii, že už pre pacienta nemôžeme nič urobiť. Pre pacienta v terminálnom štádiu ochorenia je spoluúčasť a sprevádzanie, podpora a priestor na vyslovenie obáv a neistôt liečivá. Pacientov postoj k chorobe rozhodujúcim spôsobom určuje priebeh akejkoľvek terapie – to isté však platí o postoji lekára k pacientovi a o jeho schopnosti komunikovať s ním. Zo strany lekára je dôležité vytvoriť vhodné prostredie na rozhovor, atmosféru prijatia a dostatok časového priestoru. Veľkým umením je viesť pacientovi načúvať, čo znamená počuť nie len informáciu, ale vnímať aj jeho pocity a prežívanie situácie. Pacientom je lekárske slovník veľakrát nezrozumiteľný, čím sa znižuje šanca porozumieť podstatné informácie. Zo strany pacienta komunikáciu sťažuje vplyv strachu, úzkosti a obáv. Pod ich vplyvom pacient „nepočuje“ a „nechápe“, čo mu lekár povedal. Až 1/3 pacientov si nepamätá oznámenú diagnózu a 2/3 pacientov si nie sú schopní zapamätať, ako bude ich liečba prebiehať.

Motivácia, vôľové vlastnosti, chuť niečo robiť sú znížené. Veľká časť onkologických pacientov z hľadiska zistenia depresie zostáva nediagnostikovaná a neliečená. Dôvodom je buď nesprávna interpretácia signálov depresie – únavnosť, dysfória, nespavosť či sexuálna dysfunkcia sú považované za sprievodné prejavy ochorenia – alebo je to mylné presvedčenie, že u onkologického pacienta je depresia nevyhnutnou súčasťou ochorenia.

Strach a existenčná úzkosť je následná po liečbe, pretože choroba ohrozuje zrak a je tu riziko straty zrakových funkcií, pričom onkologické ochorenie v oblasti očnénice ohrozuje pacienta na živote a konfrontuje ho s myšlienkou smrti. Ďalším zdrojom úzkosti je samotná liečba ochorenia, jej vedľajšie účinky, nejasná dĺžka trvania a neistý efekt. Nezvládnutelný strach a vysoká hladina úzkosti môže prerásť do úzkostných porúch a fóbií. Smútenie je reakciou na skutočnosť, že pacient trpí vážnou chorobou, ktorá môže znamenať definitívnu stratu zdravia a s ňou súvisiaci úbytok rôznych kompetencií, zhoršenie kvality života a neistú budúcnosť.

Hnev a agresia sú prejavom negatívneho postoja k situácii záťaže. Napriek tomu, že ošetrojúci personál takéto správanie neocení, výskumy potvrdzujú, že pacienti, ktorí prejavujú city navonok a k chorobe a svojmu okoliu majú bojový postoj, zvládajú liečbu lepšie ako tí, ktorí sú pasívni, submisívni a snažia sa za každých okolností svoje city ovládať.

Onkologickí pacienti by mali byť dlhodobo monitorovaní nielen po stránke telesnej, ale aj psychickej. Každá fáza ochorenia a liečby nádorov očnénice prináša do života pacienta špecifické problémy a témy a pacienti ju prežívajú a zvládajú s individuálnymi odlišnosťami [8].

## **Materiál a metodika**

Súbor pacientov liečených na Klinike oftalmológie LF UK a UNB v Bratislave v r. 2014 – 2015 s diagnózou zhubného nádoru oka a nádormi očnénice, u ktorých boli indikované radikálne operačné postupy (enukleácia oka, exenterácia očnénice).

## **Výsledky**

V súbore 38 pacientov bolo 25 (65,8 %) mužov a 13 (34,2 %) žien. Priemerný vek bol 65,5 rokov. (od 28 do 82 rokov). Z celkového počtu bolo 33 primárnych nádorov (86,8 %). Najčastejšie sa vyskytujúci nádor bol malígny melanóm a lymfóm. Z celkového počtu sekundárnych nádorov (bazocelulárny karcinóm a melanóm) bolo 5 (13,2 %) a najčastejšie sa vyskytujúci nádor bol bazocelulárny karcinóm.

U 7 pacientov (18,4 %) bola indikovaná exenterácia očnénice. Po zhojení defektu dostali pacienti individuálnu epitézu na prekrytie defektu. U jedného pacienta s rozsevom ochorenia a tvorbou metastáz bola indikovaná aj rádioterapia a následná ďalšia onkologická liečba.

U pacientov po exenterácii očnice sa prejavili vo výraznej miere príznaky strachu a existenčnej úzkosti, ktoré čiastočne po nasadení epitézy vymizli, ale stále pretrvávali vo vzťahu s rodinou a okolím negatívne postoje spôsobené rozsiahlym mutilujúcim defektom v oblasti tváre. Spolupráca s rodinnými príslušníkmi pri ošetrovaní pacientov, pri preväzoch, nakladaní epitézy bola základom pre pokojný život pacienta. U pacientov, kde rodina odmieta starostlivosť, je potrebné psychologické a sociálne poradenstvo.

## Diskusia

Pacienti s malígnym nádorom v oblasti oka a očnice musia absolvovať celú škálu vyšetrení (ultrazvukové, počítačová tomografia, magnetická nukleárna rezonancia, pozitronová emisná tomografia). U niektorých sú indikované radikálne operácie (enukleácia, exenterácia), u niektorých po operácii nasleduje ešte chemoterapia, rádioterapia. Pacientom po rozsiahlych radikálnych operačných postupoch pre malígne nádory v oblasti oka a očnice, ako je malígny melanóm, bazocelulárny karcinóm a ďalšie malignity v oblasti oka, po stabilizovaní celkového stavu a prehojení defektu individuálne zhotovená epitéza, ktorá obsahuje náhradu očnej gule aj okolitých mäkkých tkanív a umožní aktívny život s plnohodnotným uplatnením v súkromnom, ale aj pracovnom živote [3, 4, 5].

Sociálna podpora je jedným z dôležitých protektívnych faktorov pri zvládaní stresu z ochorenia a liečby, a to najmä v období, keď jedinec nedisponuje dostatočnými osobnostnými protektívnymi zdrojmi. Pacienti, ktorí dostávajú od rodiny a priateľov dostatok emocionálnej podpory, sú v procese liečby veľakrát aktívnejší, majú väčšiu motiváciu bojovať, neopúšťať sa. Okolo 25 – 40 % onkologických pacientov trpí nejakou psychickou poruchou. U niektorých ide o krátkodobé reakcie, ktoré odznejú v krátkom čase, u iných sa môžu fixovať, spájať a vyústiť do obrazu afektívnej poruchy. Pacienti veľakrát svoje psychické ťažkosti skrývajú, pretože ich považujú za vlastné zlyhanie. Preto, ale aj pre nedostatok vedomostí ošetrojúceho personálu v tejto oblasti a neprítomnosť psychológa či psychiatra na očnom oddelení, ostávajú psychické problémy pacientov nediagnostikované a neošetrené.

Štúdium vplyvu rizikových faktorov nádorov oka a očnice na zdravotný stav obyvateľstva a sledovanie rizika ich závažnosti v populáciách rôznych regiónov sveta má svoje opodstatnenie [7].

Základnú sociálnu intervenciu onkologickým pacientom s nádorovým ochorením v oblasti očnice chápeme ako pomoc pri zaradení do bežného života aj napriek možným znevýhodneniam, ktoré liečba pacientom prináša. Znevýhodnenie je možné kompenzovať podľa miery funkčnej poruchy sociálnou službou a finančným príspevkom. Tento celok má svoje fázy, dynamiku, konflikty, kompromisy v závislosti od fáz liečby, od jej výsledku, od psychických dispozícií pacienta. V slovenských podmienkach sa nekladie primeraný význam sociálnej práci v zdravotníckych zariadeniach, čo je možné čiastočne eliminovať poskytovaním informácií už v nemocnici, kde pacient podstúpil liečbu, aby bol pacient usmernený, kde má hľadať psycho-sociálnu pomoc.

## Záver

Liečba onkologického ochorenia je pre pacienta záťažová nielen po fyzickej, ale aj po psychickej stránke. Psychologická a psychiatrická starostlivosť by sa mali stať súčasťou komplexnej a štandardnej liečby. Pacienti ju však buď pre obavu zo stigmatizácie ako duševne narušených, alebo z presvedčenia, že takáto pomoc je prejavom ich vlastného zlyhania, často odmietajú. Aj túto postojovú bariéru môže do veľkej miery pomôcť prekonať postoj a odporúčanie všeobecného lekára. Liečba malígnych nádorov v oblasti očnice a oka je náročná, vo väčšine prípadov je indikovaná chirurgická liečba s doplnujúcou rádioterapiou a chemoterapiou. Malígne nádory v pokročilom štádiu treba riešiť radikálne – chirurgicky, pričom vzniká veľký defekt v oblasti očnice a tejto časti tváre. Pacienti v aktívnom veku po operáciách s následným defektom tváre po zákrokoch sú znevýhodňovaní pri zaradení do pracovného procesu, čo vedie k vážnym sociálno-ekonomickým problémom. Lekár – oftalmológ je často konfrontovaný s psychickými aj sociálnymi problémami pacientov po radikálnych zákrokoch a musí ich riešiť v spolupráci s rodinou a širším okolím pacienta.

## Literatúra

- [1] ANDRÁŠIOVÁ M. Psychologické minimum o psychologickom prežívaní onkologického pacienta. *Via pract.* 2007;4(S2):42–46.
- [2] ČMELO J. Diagnostika opuchov zrakového nervu pomocou farebnej dopplerovskej ultrasonografie. *Česká a slovenská oftalmologie.* 2000; 5:293-303.
- [3] FURDOVÁ A, JURKOVIČOVÁ L, KANÁVOR Ľ, ŠRAMKA M. Malígne nádory mihalníc a okolia oka a následné uplatnenie pacientov v spoločnosti po mutilujúcich operačných postupoch. Malignant tumors of the eyelid and periocular tissues and subsequent consequences for patients after radical surgery. *Supplementum Zdravotníctví a sociální práce.* 2012;7(4):40. ISSN 1336 - 9326
- [4] FURDOVÁ A, JURKOVIČOVÁ L, KANÁVOR Ľ, ŠRAMKA M. Malígny melanóm očnice a spoločenské dôsledky mutilujúcich operačných postupov. Malignant melanoma in the orbit and social consequences of disfiguring surgery of the orbit. *Supplementum Zdravotníctví a sociální práce.* 2012; 7(4):38–39. ISSN 1336 – 9326
- [5] FURDOVÁ A, OLÁH Z. Histologicky verifikované intraokulárne tumory v SR v r. 1984-1989. *Česká a slovenská oftalmologie,* 1995;51(5):284-288.
- [6] FURDOVÁ A, OLÁH Z. Incidencia, geografická distribúcia, vekové rozloženie, mortalita a histologická verifikácia u intraokulárnych tumorov (dg.190) v SR v r. 1968-1989 (štúdia). *Česká a slovenská oftalmologie.* 1995;51(3):143-151.
- [7] FURDOVÁ A, OLÁH Z: Nádory oka a okolitých štruktúr. CERM, Brno, 2010;151s. ISBN 978-80-7204-689-8
- [8] CHYNORANSKÝ M, FURDOVÁ A, OLÁH Z. Ochorenia očnice. *Československá oftalmologie.* 1994;50(2):98-104.

## Kontakt

doc. Mgr. MUDr. Furdová Alena, PhD., MPH, MSc.  
Klinika oftalmológie LFUK a UNB  
Nemocnica Ružinov  
Pažitková 4  
821 01 Bratislava  
e-mail: alikafurdova@gmail.com

# Implementujeme v ošetrovateľskej praxi koncept humanizmu?

Kvasničková Věra<sup>1</sup>, Kilíková Mária<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zdravotnícká záchranná služba JČK,

<sup>2</sup>Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Základní součástí osobnosti pracovníka v pomáhajících profesích, mezi které bezpochyby patří i osobnost sestry, by měla být filozofie humanismu. Teoretickými východisky této problematiky je odkaz sester humanistek, který se prolíná od historie až po moderní ošetrovateľství. Cílem průzkumu bylo specifikovat nejvíce absentující prvky humanistické péče z pohledu pacientů. Průzkum jsme realizovali metodou strukturovaného rozhovoru s pacienty. Rozhovor byl realizován u 20 pacientů - 10 pacientů, jejichž společným znakem byla ADL vysoké závislosti v základních všedních činnostech a 10 pacientů, jejichž společným znakem byla ADL lehké závislosti v základních všedních činnostech. Otázky v rozhovoru byly zaměřeny na respektování a dodržování Práv pacientů sestrami. Výsledky průzkumu ukázaly, že v implementaci humanistické péče v ošetrovateľskej praxi stále existují deficitní prvky, které verbalizovali námi oslovení pacienti. Na základě zjištěných výsledků doporučujeme posílit vzdělávání sester v deficitních prvcích humanistické péče tak, aby si sestry uvědomily podstatu svého chování a jednání. K tomuto účelu jsme vypracovali poster.

**Klíčová slova:** Humanismus. Humanistická péče. Práva pacienta. Respekt lidské důstojnosti.

•

## ÚVOD

Mezi základní filozofické směry ošetrovateľství patří humanismus, který by měl být základem osobnosti každého pracovníka v ošetrovateľství. Mezi odkazy sester humanistek patří ošetrovateľská péče založená na humanismu. Tato v sobě zahrnuje nejen osobnostní výbavu, ale i vědomosti a praktické zručnosti sester. A zejména schopnost implementovat tyto zručnosti humanistické péče do praxe. Profese sestry je v poslední době velmi diskutovaným společenským tématem. Naše profese má mnoho aspektů, ale pokud na konci řetězce je spokojený pacient, můžeme říci, že je krásná. Když se kolem sebe rozhlédneme, jsme někdy nepříjemně překvapeni, co vše se v dnešním moderním, humanisticky zaměřeném ošetrovateľství, ještě může občas stát. Toto bylo důvodem, proč jsme se na problematiku humanistické péče zaměřili. Pojem humanismus vznikl překladem z latinského slova *humanus* a znamená: „**1** láska k člověku **2** orientace na hodnotu člověka, jeho práva na štěstí, svobodu, osobní rozvoj a uplatnění“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 198).

**Kořeny humanismu** v ošetrovateľství sahají až do dob neprofesionálního ošetrovateľství, kde pomoc potřebným, byla samozřejmá a přirozená. Průkopnicí humanistické péče v dobách profesionálního ošetrovateľství byla Florence Nightingalová, která propagovala humánní a citlivou péči ze strany sester. Počátkem 20. století dochází k tzv. dehumanizaci ošetrovateľství. Péče byla orientována především na nemoc a výkony, sestra pracovala pouze na základě indikace lékaře a pacient byl pasivním příjemcem péče. Humanistická péče se dostává do popředí opět v 80. letech 20. století, kdy se pacient stává aktivním členem v péči o své zdraví, v rámci holistického ošetrovateľství je pacient respektován ve všech svých potřebách, důraz je kladen na prevenci zdraví a mimoústavní péči. Sestra je plnohodnotným členem multidisciplinárního týmu, kde uplatňuje své znalosti a kompetence. Sestra poskytuje humanistickou ošetrovateľskou péči na základě lidského přístupu a schopnosti pomáhat, respektuje lidskou důstojnost a práva pacientů. Péči zaměřuje nejen na pacienta, ale i jeho rodinu. Profese sestry je vnímána jako poslání a tomto duchu by měla být i vykonávána. Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc. o profesi sestry mluvila tak, že: „*Být sestrou je vyznamenání a poslání!*“ (Škubová, Chvátalová, 2004, s. 5).

**Koncepce humanistické ošetrovateľské péče** je založena na hlavních atributech moderního ošetrovateľství, kterými je podpora a udržení zdraví, aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb jednotlivce a komunity. Tuto koncepci implementují do praxe sestry ve prospěch pacientů. V ošetrovateľské teorii pracuje s modelem humanistické péče několik autorů, ale hlavní myšlenka je v podstatě stejná - aktivity ve prospěch pacienta. Kognitivní dimenzi představují **vědomostní kritéria**. Sestra disponuje **znalostmi o lidském zdraví**, jeho prevenci a zachování, které pacientům předává v rámci edukace a výchovy ke zdraví. S tímto souvisejí **znalosti o nemocech**, jejich průběhu a léčení, které jsou důležité pro pochopení



nemoci, jejich příznaků a zejména jejich prevenci. V této oblasti humanistické péče se odrážejí veškeré získané **informace o pacientovi**, které díky svým zkušenostem a vědomostem sestra uplatňuje v rámci ošetrovatelského procesu a **znalosti práv pacientů**, které sestra bezmezně respektuje (Hanzlíková, 2011; Kilíková, 2013). Práva pacientům zajišťují zachování lidské důstojnosti, respektování autonomie a individuality, rovnocennou péči a zohlednění potřeb jistoty a bezpečí. Bohužel teorie se s praxí mnohdy rozcházejí. Psychomotorickou dimenzi představují **zručnosti a schopnosti**, které se prolínají i v dimenzi afektivní. Tyto atributy si sestra osvojuje kontinuálním vzděláváním a praxí. Jedná se o zručnosti manuální, ale i interpersonální a komunikační. V této oblasti je základem **empatie a respektování lidské důstojnosti**.

**Empatie** dle Joyce E. Travelbee je: „... schopnost vcítit se, sdílet a porozumět momentálnímu psychickému stavu člověka a zároveň pojala jako zkušenost nebo zážitek, který se odehrává mezi dvěma nebo více jedinci. Je to proces, skrze který je jedinec schopen vidět druhé z vnějšku a cítit přesně jejich vnitřní prožitky v daném čase“ (Stasková, 2015, s. 132).

Pacienti bez rozdílu mají potřebu a právo na zachování úcty a respektu, jedním slovem na **lidskou důstojnost**, jejíž respektování ovlivňuje prožívání pacienta v nemoci. Lidská důstojnost má několik aspektů. **Důstojnost zásluh**, kde se odráží pacientova role ve společnosti, sociální a ekonomické postavení. **Důstojnost mravní síly**, která je spojena s mravními zásadami. **Důstojnost osobní identity** souvisí s výše zmiňovaným respektováním soukromím, identity a s tím spojeným oslovením, se sebeúctou v souvislosti s projevy nemoci a poruchami např. tělesných funkcí (Heřmanová a kol., 2012; Svobodová, 2006; Wichsová, 2012). V souvislosti s ošetrovatelstvím a zdravotnictvím obecně se velmi často užívá pojem „**Menschenwürde**“, jenž je pro lidskou důstojnost nejobektivnější. Tento pojem vysvětlujeme jako „... nezcižitelnou úctu náležící každému lidskému jedinci nezávisle na jeho tělesném či duševním stavu.“ (Wichsová, 2012, s. 7) po celý jeho život. Jinými slovy řečeno, v respektování lidské důstojnosti jsme si všichni rovni. V dimenzi **etické** sestra projevuje znalosti a respektování etických principů ve shodě s jednotlivými kodexy. Péči poskytujeme v souladu s etickými principy. **Metoda ošetrovatelského procesu** je poslední dimenzí humanistické ošetrovatelské péče (Hanzlíková, 2006; Kilíková, 2013).

## METODIKA PRŮZKUMU

Průzkum jsme realizovali metodou strukturovaného rozhovoru s pacienty. **Cílem průzkumu** bylo specifikovat deficitní prvky humanistické péče z pohledu pacienta. Průzkumný vzorek respondentů byl tvořen 10 pacienty z oddělení I. 1P (1P1-10), jejichž společným znakem bylo skórování ADL kategorie 2 - lehce závislý v základních všedních činnostech a 10 pacienty z oddělení II. 2P (2P1-10), jejichž společným znakem bylo skórování ADL kategorie 4 – vysoce závislý v základních všedních činnostech. Zkoumané jevy byly zaznamenávány pomocí kódování. Vyhodnocení proběhlo v programu MS Excel. Průzkum byl realizován v období říjen 2015 – leden 2016 v Nemocnici Volyně s r.o.

## VÝSLEDKY

Pacienti během rozhovoru verbalizovali deficitní prvky související zejména s právem na soukromí a s tím související lidskou důstojností a s právem na důvěrnost informací.

**Právo na soukromí** – zde nejvíce absentovaly prvky související s hygienickou péčí a vyprazdňováním. Soukromí pacientů bylo respektováno pouze u 7 pacientů. 13 pacientů uvedlo, že absentují **ochranné zástěny mezi lůžky**, které by umožnily vykonávání hygienické péče a vyprazdňování v soukromí, tzn. se zachováním lidské důstojnosti. Toto právo je porušováno zejména ve vícelůžkových pokojích. S tímto souvisí prvek – **otevřené dveře na pokoj** – tento deficit verbalizovalo 12 pacientů. Stejný počet pacientů uvedl jako deficitní **vstupování ošetřujících do pokoje bez klepání. Úklid nočních stolků** považuje za narušení práva na soukromí 9 pacientů.

**Právo na důvěrnost informací** – deficit v oblasti tohoto práva vnímalo 11 pacientů. Větší deficit se projevil u pacientů s ADL 4. Imobilním pacientům probíhá odběr osobní anamnézy a informování o jejich zdravotním stavu na pokoji v přítomnosti třetí osoby – pacientů.

Tabulka č. 1 Deficitní prvky v oblasti dodržování Práva pacienta (Zdroj: Autor)

| Deficitní prvky                                          | Kód pacient | 1P | 2P |
|----------------------------------------------------------|-------------|----|----|
| Právo na soukromí                                        |             |    |    |
| Ochranné zástěny                                         |             | 4  | 9  |
| Otevřené dveře                                           |             | 6  | 6  |
| Pokoje s větším počtem lůžek                             |             | 8  | 10 |
| Vstup do pokoje bez vyzvání                              |             | 7  | 5  |
| Úklid nočních stolků                                     |             | 3  | 6  |
| Právo na důvěrnost informací                             |             |    |    |
| Sdělování důvěrných informací na pokoji se spolupacienty |             | 3  | 8  |

**Respektování lidské důstojnosti** vnímají pacienti velmi citlivě a souvisí s právy pacientů na soukromí. Nejčastěji uváděné deficitní prvky – 12 pacientů uvedlo obnažené celé tělo během ošetrovatelské péče, 12 pacientů nutnost oblékání ústavního pyžama, 12 pacientů otevřené dveře, 5 pacientů zacházení „jako s věcí“, 8 pacientů nedostatek času sester, 7 pacientů paternalistický přístup a 2 pacienti neuznávání titulu při oslovení.

Tabulka č. 2 Deficitní prvky v oblasti respektování lidské důstojnosti (Zdroj: Autor)

| Deficitní prvky                | Kód pacient | 1P | 2P |
|--------------------------------|-------------|----|----|
| Obnažené celé tělo             |             | 5  | 7  |
| Otevřené dveře                 |             | 6  | 6  |
| Ústavní pyžamo                 |             | 7  | 5  |
| Zacházení „jako s věcí“        |             | 1  | 4  |
| Nedostatek času sester         |             | 5  | 3  |
| Paternalistický přístup sester |             | 4  | 3  |
| Neoslovují titulem a jménem    |             | 2  | 0  |

## DISKUSE

Respektování práv pacientů patří mezi základní povinnosti sester při poskytování humanistické ošetrovatelské péče. Sestry vytváří prostředí, ve kterém má být pacient respektován, a které se stává důležitým determinanem v pacientově prožívání nemoci. I přes to se v této oblasti vyskytují deficity. V oblasti **Práva na soukromí** jsou přítomné deficity vycházející z pohledu pacientů. Respektování Práva na soukromí je odrazem respektu lidské důstojnosti, která je součástí konceptu humanistické péče. 13 z 20 pacientů udávalo porušování práva na soukromí během vyprazdňování a hygieny, zejména nadměrným odhalováním těla, deficitním vybavením pokojů zástěnami mezi lůžky a otevřenými dveřmi na pokoje – „...vždyť stačí vzít za kliku, zavřít pokoj a hned se cítím lépe“. Tyto závěry potvrzují i dva průzkumy, kde byly respondenty sestry - Sotnerová (2016) uvádí, že 47 % sester uvedlo, že během hygienické péče u pacienta, zástěnu nepoužívá a Peterková (2013) uvádí, že 56,4 % sester uvedlo narušení intimity během ošetrovatelských činností jako nejčastější situaci narušující pacientovu důstojnost. Deficitní využívání zástěn při hygienické péči uvádí i Sikorová, Filová (2011) – 41 % pacientů. Bohužel musíme konstatovat, že srovnáním zmínovaných průzkumů, které proběhly v časových obdobích 2011 – 2013 – 2016, dojdeme k výsledku, že nedošlo k výrazné změně ke zvýšení podpory práva na soukromí při hygieně a vyprazdňování. Dalším prvkem v podpoře práva na soukromí je klepání na dveře před vstupem do pokoje. Sotnerová (2016) ve svém průzkumu uvádí, že 48 % sester neklepe před vstupem do pokoje, 39 % sester zaklepe občas a pouhých 9 % sester zaklepe vždy před vstupem do pokoje. Výsledky průzkumu ukázaly, že do pokoje bez vyzvání, tzn. že bez předchozího upozornění, vstupuje 12 z 20 sester, což se shoduje s výsledky Sotnerové (2016). Nemocniční pokoj pacientům na přechodnou dobu nahrazuje domov a tím se stává jejich osobní nedotknutelnou zónou, proto neohlášený vstup narušuje jejich právo na soukromí.

**Právo na důvěrnost informací** je deficitní u 11 z 20 pacientů. Horší výsledek je u pacientů s vysokou závislostí, zde docházelo k porušování u 6 z 10 pacientů. U vysoce závislých pacientů se vhodné prostředí pro důvěrné sdělování informací zajišťuje hůře. Převoz pacienta na lůžko do prostor, kde bude zajištěno soukromí, se v praxi zdá být komplikovaný, pacienti na pokoji jsou většinou také vysoce závislí, tudíž pokoj nemohou opustit a zástěny na pokojích

chybí. S tímto prvkem v oblasti práv pacientů pracovali ve svém průzkumu i Sikorová, Filová (2011), které dotazníkovým šetřením s pacienty získali tyto výsledky: 42 % pacientů verbalizovalo deficit v opatřeních zachovávajících intimitu při sdělování informací na pokoji. Výzkum byl validizován dotazníkovým šetřením u „zdravotníků“, kde se výsledky průzkumu rozcházel – deficit verbalizovalo pouze 4 % zdravotníků.

## ZÁVĚR

Svým sdělením bychom chtěli upozornit na skutečnost, že filozofie humanismus v ošetrovatelství tvoří základ kvalitní ošetrovatelské péče. Bohužel se i přes opakované a dlouhodobé apelování na dodržování jednotlivých prvků humanistické péče, objevují deficity v základních prvcích ošetrovatelské péče. K naplňování těchto prvků není potřeba materiálních ani finančních nákladů, pouze lidskost a přístup sester, a přesto jsou pro pacienta tak drahé. Závěrem můžeme konstatovat, že sestry poskytují ošetrovatelskou péči v souladu s humanismem, i když stále existují deficity, které je nutné odstranit. Poskytování humanistické ošetrovatelské péče je v největší míře závislé na osobnosti sestry a jejích schopnostech. Kdy a kde můžeme hovořit o dokonalosti ..... ?

## POUŽITÁ LITERATURA

HANZLÍKOVÁ, A. 2006. Humanistický model ošetrovateľskej starostlivosti. In *Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí V. jihočeské ošetrovateľské dny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. S. 116 – 120. ISBN 80-7040-884-7.

HANZLÍKOVÁ, A. 2011. *Profesionálneošetrovateľstvo a jeho regulácia*. Martin: Osveta, 2011. 156 s. ISBN 978-80-8063-360-8.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.

HEŘMANOVÁ, J. a kol. 2012. *Etika v ošetrovateľské praxi*. Praha: GradaPublishing, a.s., 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

KILÍKOVÁ, M. a kol. 2013. *Teorie moderního ošetrovateľství I*. Příbram: Ústav sv. J. N.

Neumanna, 2013. 196 s. ISBN: 978-80-260-3755-2.

KVASNIČKOVÁ, V. 2016. *Koncept humanismu a míra jeho implementace v ošetrovateľské praxi*: diplomová práce. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 2016. 85 s.

PETERKOVÁ, J. 2013. *Problematika zachování důstojnosti u pacientů na JIP/ARO*: diplomová práce [online]. Brno: Masarykova univerzita. 2013. 106 s. [citované 2015-07-29]. Dostupné na internetu: [http://is.muni.cz/th/403406/lf\\_m/Diplomova\\_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/403406/lf_m/Diplomova_prace.pdf).

SIKOROVÁ, L., FILOVÁ, A. 2011. Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních. In *Kontakt*. ISSN 1212 – 4117, 2011, roč. 13., č. 2, s. 204 – 210.

SOTNEROVÁ, P. 2016. *Dodržování práv pacientů ve vybraných zdravotnických zařízeních v Ústeckém kraji*: diplomová práce. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 2016. 117 s.

STASKOVÁ, V. 2015. *Inspirace Joyce E. Travelbee pro ošetrovateľství*: dizertační práce [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2015. 186 s. [citované 2016-02-26]. Dostupné na internetu: <http://theses.cz/id/m1ssjr/DP-Staskov.pdf>

SVOBODOVÁ, H. 2006. Důstojnost lidské existence v péči o nemocného. In *Diagnóza v ošetrovateľství*. ISSN 1801 – 1349, 2006, roč. 2, č. 3, s. 115 – 117.

ŠKUBOVÁ, J., CHVÁTALOVÁ, H. 2004. *SESTRA: O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. Brno: NCO NZO, 2004. 140 s. ISBN: 80-7013-407-0.

WICHISOVÁ, J. 2012. O důstojnosti pacienta. In *Kontakt*. ISSN 1212-4117, 2012, roč. 14, č. 1, s. 7 – 13.

## **Kontakt**

Mgr. Věra Kvasničková  
mobil: 420 608 855 587  
e-mail: vekvas@seznam.cz

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.  
vedúca detašovaného pracoviska  
VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava, n. o.  
Kósu Schoppera 22  
048 01 Rožňava  
mobil: 0911 677145 e-mail: m.kilikova@gmail.com

# Specifika ošetrovateľskej péče u detí se zevní fixací po akutním skeletálním traumatu

Pacovská Martina

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Píbram  
Thomayerova nemocnice, Klinika dětské chirurgie a traumatologie, Praha 4*

Zevní fixace je jedna z terapeutických metod při léčbě komplikovaných, tříštivých zlomenin u dětí i dospělých. Při ošetrování dítěte s poraněním kostí je nutné respektovat orgánové odlišnosti ve vztahu k dospělému, psychomotorický vývoj, komunikační schopnosti i vliv hospitalizace na chování dítěte po dobu pobytu v nemocnici. Ošetrování pacienta se zevní fixací vyžaduje znalost specifík ošetrovateľské péče, která je poskytována zkušenou, kontinuálně se vzdělávající a profesionálně komunikující sestrou.

Hodnocený soubor tvořili pacienti léčení metodou zevní fixace v období 5 ti let, 2010 - 2015 a sestry pracující na lůžkovém oddělení KDCHT v Praze Krči.

Zevní fixace je léčebná metoda, při které se provede montáž vhodného osteosyntetického materiálu mimo kožní kryt pacientova těla. Pacient se zevní fixací vyžaduje specializovanou ošetrovateľskou péči, poskytovanou zkušenou, stále se vzdělávající a profesionálně komunikující sestrou.

**Klíčová slova:** zlomenina, zevní fixace, ošetrovateľská péče, komunikace

•

Stále stoupající dětská úrazovost se stává velmi závažným celospolečenským problémem. Mezi nejčastější příčiny dětských úrazů patří pády, dopravní nehody, působení mechanické neživé síly, opařeniny a popáleniny.

Celkovým počtem dětských úrazů zaujímá Česká republika jedno z předních míst v Evropě. Každoročně je na Klinice dětské chirurgie a traumatologie 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Thomayerovy nemocnice ( dále jen KDCHT) v Praze ošetřeno stále více dětí s nejrůznějšími úrazy. Každým čtvrtým úrazem je poranění skeletu, tedy zlomenina. Zlomeniny jsou bolestivé úrazy, které omezují děti v pohybu i ve vykonávání běžných denních aktivit. ( Pacovská, 2015 )

Možnosti léčby dětských zlomenin jsou různé a jejich výběr záleží na druhu zlomeniny, místě poranění, hrozícím komplikacím a v neposlední řadě i na věku samotného dítěte.

Jednou z možností léčby komplikovaných zlomenin je osteosyntéza. Jedná se o operační léčbu zlomeniny, při které se kostní úlomky stabilizují pomocí kovových implantátů v podobě šroubů, dlah, drátů, hřebů a zevních fixátorů.

Zevní fixace je druh osteosyntézy, která se provádí mimo kožní kryt, nad povrchem pacientova těla. Tato metoda není často využívána, leč s nárůstem počtu komplikovaných tříštivých zlomenin, jeho použití v léčbě zlomenin má stále stoupající tendenci. Použití této metody je spojeno s rizikem vzniku nejrůznějších pooperačních komplikací. Úspěšnost léčby je přímo závislá na bezchybně prováděné ošetrovateľské péči. S použitím zevní fixace, se v případě dětského pacienta, setkáváme v dětských traumatologických centrech. I přes veškerá možná rizika vzniku komplikací, je metoda zevní fixace používána tam, kde je nutné ošetrování okolní tkáně a potřebujeme-li minimalizovat poškození kůže nebo se obáváme přerušení krevního zásobení.

Rozsáhlé otevřené zlomeniny, které se řeší pomocí zevní fixace, významně snižují riziko možnosti amputace končetiny. Zevní fixace umožňuje postupné, včasné zatížení končetiny a tím i mobilizaci pacienta. ( Pleva, 1992), ( Zeman, 2000).

Ošetrovateľská péče o dítě s komplikovanou zlomeninou, řešenou metodou zevní fixace po akutním skeletálním traumatu, je velmi specifická a vyžaduje odborné znalosti a dovednosti celého ošetrovateľského týmu.

Závažné skeletální poranění znamená pro dítě i jeho blízké nemalou zátěž. Dlouhodobá hospitalizace s sebou přináší nejedno úskalí, které je třeba řešit. Prostředníkem řešení těchto úskalí je zkušená a erudovaná sestra. Bez ohledu na věk dítěte sestra vždy poskytuje ošetrovateľskou péči tak, aby aktivně uspokojovala bio-psych-sociální i duchovní potřeby pacienta.

Ošetrovateľská péče o pacienta se zevní fixací má svá specifika, která je nutno znát a dodržovat je. Základním kamenem je naprosté dodržování zásad asepse, znalost pracovních postupů, používání ordinovaných léčiv, rozpoznání

počínajících komplikací včetně jejich ošetření. Spolupráce s lékařem, profesionální komunikace s dítětem a jeho rodiči je samozřejmostí. Sestra se rovněž stává pedagogem, učí rodiče péči o zevní fixaci po ukončení hospitalizace.

Ošetrovatelská péče o pacienta se zevní fixací je úspěšnou jen tehdy, provádí-li jí tým profesionálních zdravotníků, kteří uplatňují své vědomosti i dovednosti v plné šíři svého působení.

## **Literatura**

HAVRÁNEK.P., et al. 2013. Dětské zlomeniny. Praha. Galén, 2013. 398 s. ISBN 978-80-72-62-983-1.

HNILÍČKA.B., BARTL, V., BIHROVÁ, Š. 2008. Zevní fixátor v dětském věku. Úrazová chirurgie, Ostrava: Česká společnost pro úrazovou chirurgii, 2008. 16/4, 83-86 s. ISSN 1211-7080

TALIÁNOVÁ,M. 2005. Péče o nemocného se zevním fixátorem. In sestra. Praha: Mladá Fronta, 2005, 15/12 49 s. ISSN 1210-0404

# Je můj pacient kriticky nebo terminálně nemocný?

Bydžovský Jan<sup>1, 2, 3</sup>, Dvořák Marek<sup>2, 4</sup>, Šoupal Jiří<sup>2</sup>, Kalátová Dagmar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jana N. Neumanna

<sup>2</sup>Oddělení urgentního příjmu dospělých Fakultní nemocnice v Motole, Praha

<sup>3</sup>Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú.

<sup>4</sup>Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, Hradec Králové

Úvod: na pracovištích urgentní a intenzivní medicíny dochází navzdory veškeré poskytnuté péči k takové deterioraci zdravotního stavu pacientů, která nevyhnutelně směřuje k multiorgánovému selhání a úmrtí, které je již terapeuticky neodvratitelné a je třeba je chápat jako přirozený proces. Uvedenou otázku by si tak měli klást všichni zdravotníci pracující s kriticky nemocnými pacienty. Alibistická nepřínosná léčba je nepřijatelná z odborného i etického hlediska.

Jádro: příspěvek se zabývá dynamikou život ohrožujících onemocnění a prolínáním kurativní a paliativní léčby u pacientů v prostředí urgentní a intenzivní medicíny. Pro volbu adekvátní a účelné míry vyšetřování a léčby je nutná kategorizace stavu nemocného a jeho pravidelné přehodnocování v závislosti na vývoji pokročilosti jejich onemocnění. K tomu zdravotnickému týmu slouží klinické zkušenosti (přítomnost nechutenství, hubnutí, dušnosti nebo deliria) a hodnocení odpovědi na léčbu, k hodnocení tíže stavu a prognózy mohou pomoci i různé škály jako PaP nebo PPI a biologické ukazatele jako celková bílkovina, albumin nebo CRP v séru. Zásadní rozhodnutí přitom představuje kategorizace stavu pacienta jako terminální stav, kdy již resuscitační, intenzivní i další nepřínosná léčba není indikována a další péče má být orientována na komfort nemocného. Nezahájení i nepokračování v marné léčbě je medicínsky, eticky i forenzně správné. Rozhodování je ideální v multidisciplinárním týmu s respektem k dříve vyslovenému přání nemocného a ohledem na názory rodiny a blízkých.

Závěr: na pracovištích akutní medicíny je třeba pečlivě pravidelně hodnotit stav nemocných, jeho kategorizaci a s ním přiměřenost míry poskytované kurativní léčby a dostatečnost paliativní.

**Klíčová slova:** urgentní, intenzivní, paliativní, medicína, prognóza, kvalita života

•

## Akutní medicína a základní etické principy

Technologická vyspělost akutní medicíny v současné době dovoluje díky možnostem podpory a náhrad vitálních funkcí těžce nemocným pacientům opakovaně přežít exacerbace jejich chronických a postupujících onemocnění, které byly ještě před několika desetiletími s vysokou pravděpodobností letální. Navzdory tomu není možné lidský život, jenž je přirozeně ohraničen narozením a úmrtím, prodlužovat donekonečna, tím spíše za cenu neuspokojivé kvality života či dokonce utrpení a ztráty lidské důstojnosti. Na pracovištích akutní medicíny, kterými jsou urgentní příjmy nemocnic a různé úrovně jednotek intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitační oddělení, si je tak nutné často klást tuto otázku, zdali je můj pacient „pouze“ kriticky nebo už i terminálně nemocný.

**Urgentní příjmy** jsou specializovaná pracoviště, která zajišťují příjem a poskytování intenzivní akutní lůžkové péče a specializované ambulantní péče pacientům s náhle vzniklým závažným postižením zdraví a pacientům v přímém ohrožení života. Jsou tak místem prvního kontaktu v nemocnici pro pacienty přivážené zdravotnickou záchrannou službou, kterou mohou z nouze volat i pacienti pokročile a nevléčitelně nemocní a především jejich pečující rodinní příslušníci, zejména, je-li poskytována paliativní péče v domácím prostředí nedostatečná nebo dokonce vůbec žádná.

**Pracoviště intenzivní medicíny**, tedy jednotky intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitační oddělení, poskytují široké spektrum diagnostických a léčebných možností vážně nemocným pacientům s ohrožením či selháváním základních životních funkcí. Při péči o tyto pacienty se jejich stav navzdory veškerým poskytnutým intervencím může dostat do fáze již terapeuticky neovlivitelného multiorgánového selhání neodvratitelně progredujícího k úmrtí, jež je třeba chápat jako přirozený proces a dosavadní péči přehodnotit a orientovat ji dále na komfort pacienta namísto snah o vyléčení. Příjem pacienta na tato pracoviště z oddělení urgentního příjmu nebo přímo od výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby by měl být za předpokladu jednoznačného přínosu specializované péče, které takové oddělení poskytuje, tj. odstranitelnosti příčiny zvrátelného orgánového selhávání, nikoliv prodlužování umírání.

Poskytovaná péče musí i na těchto pracovištích vycházet ze čtyř základních etických principů moderního zdravotnictví, jimiž jsou **beneficence** a **non-maleficence**, tj. princip konání dobra a neuškození pacientovi, a **autonomie** a **ekvita**, kterými se rozumí princip zachování možnosti rozhodování pacienta o sobě samém, pokud to jeho stav dovoluje, a spravedlivého přístupu a rozdělení prostředků, což lze chápat mimo jiné jako neplýtvání prostředky ekonomicky, materiálně i personálně náročné intenzivní medicíny u těch pacientů, kterým nemohou pomoci a naopak by chyběly jiným. Alibismus poskytování zjevně marné intenzivní léčby, namísto adekvátní komunikace s pacientem o jeho preferencích do budoucna a poskytování kvalitní paliativní péče, tak boří většinu těchto principů, kdy nemocnému není konáno dobro, prováděné výkony mu nevyhnutelně přinášejí utrpení a odčerpávají drahocenné prostředky jiným, kterým by mohly pomoci. Takový alibismus proto není obhajitelný ani eticky, ani odborně medicínsky.

## Dynamika nevyléčitelných onemocnění

Jaká jsou to onemocnění, s nimiž jsou pacienti přijímáni na urgentní příjmy a jednotky intenzivní péče? Především život ohrožující, většinou chronická a nyní exacerbovaná, často nevyléčitelná. Jsou to nemoci oběhového a dýchacího systému jako chronické srdeční selhání nebo chronická obstrukční plicní nemoc, metabolická onemocnění jako selhávání ledvin nebo jater, generalizované malignity, neurodegenerativní onemocnění jako demence, poruchy nervosvalového přenosu a poruchy struktury svalů. Jsou to dále křehcí, polymorbidní, geriatrickí pacienti, v prostředí intenzivní péče pak nemocní s nezvratným multiorgánovým selháním či permanentním vegetativním stavem (apalickým syndromem).

Dynamika těchto onemocnění je různá: zatímco maligní onemocnění s postupnou generalizací a neodpovídáním na léčbu zhoršuje stav nemocného pozvolna a víceméně plynule, a mnozí pacienti u pomalu postupujících nádorů dokonce zemřou z jiné příčiny „s nádorem“ než „na nádor“, v případě onemocnění jako chronická obstrukční plicní nemoc či chronické srdeční selhání však osciluje stav nemocného v exacerbacích a remisích a jeho vývoj je tak hůře předvídatelný, i když je pravděpodobné, že během některé z dalších těchto exacerbací pacient zemře. Doporučuje se, aby byla paliativní péče zahájena nejpozději po třech hospitalizacích pro tentýž symptom orgánového selhávání během posledního roku.

Prognózování u pacientů v paliativní péči je velmi obtížné a nedoporučuje se nemocným odpovídat příliš konkrétně. Při naléhání lze uvést průměrné délky přežití udávané statistikami se zdůrazněním, že jsou možné i značné výchyly oběma směry. K celkovému hodnocení výkonnosti nemocného se nejčastěji používá **Barthel Index of Activities of Daily Living (ADL)** nebo **Karnofsky Performance Scale** či jeho podrobnější obdoba **Palliative Performance Scale (PPS)**, případně pro nejjednodušší orientaci **Performance status (PS)** též označovaný ECOG-PS nebo WHO-PS, který představuje Karnofského škálu zjednodušenou do pěti stupňů. Tíži symptomů hodnotí např. **Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)**.

Tab. 1 Barthel Index of Activities of Daily Living (ADL)

| Barthel Index of Activities of Daily Living (ADL)                                                                                                                                                                              |                      |                    |              |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|--------------|--------------|
| najedení, napití                                                                                                                                                                                                               | sám +10              | s pomocí +5        | neprovede +0 |              |
| oblékání                                                                                                                                                                                                                       | sám +10              | s pomocí +5        | neprovede +0 |              |
| osobní hygiena                                                                                                                                                                                                                 | sám nebo s pomocí +5 |                    | neprovede +0 |              |
| koupání                                                                                                                                                                                                                        | sám nebo s pomocí +5 |                    | neprovede +0 |              |
| inkontinence moči                                                                                                                                                                                                              | nikdy +10            | občas +5           | trvale +0    |              |
| inkontinence stolice                                                                                                                                                                                                           | nikdy +10            | občas +5           | trvale +0    |              |
| použití toalety                                                                                                                                                                                                                | sám +10              | s pomocí +5        | neprovede +0 |              |
| chůze po schodech                                                                                                                                                                                                              | sám +10              | s pomocí +5        | neprovede +0 |              |
| přesun lůžko–židle                                                                                                                                                                                                             | sám +15              | s malou pomocí +10 | s pomocí +5  | neprovede +0 |
| chůze po rovině 50 m                                                                                                                                                                                                           | sám +15              | s malou pomocí +10 | s pomocí +5  | neprovede +0 |
| <div> <div>0 – 40 b.</div> <div>45 – 60 b.</div> <div>65 – 95 b.</div> <div>100 b.</div> </div> <div> <div>vysoká závislost</div> <div>středně vysoká závislost</div> <div>lehká závislost</div> <div>nezávislost</div> </div> |                      |                    |              |              |



Tab. 2 Karnofsky Performance Scale (KPS)

| Karnofsky Performance Scale (KPS) |                                                                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 100 %                             | normální stav, bez obtíží, bez známek onemocnění                                  |
| 90 %                              | schopen normální aktivity, velmi málo symptomů                                    |
| 80 %                              | schopen normální aktivity s mírnými obtížemi, symptomy                            |
| 70 %                              | soběstačný, neschopen normálních aktivit či práce                                 |
| 60 %                              | občas vyžaduje pomoc, zvládá většinu osobních potřeb                              |
| 50 %                              | často potřebuje pomoc, často vyžaduje lékařskou léčbu                             |
| 40 %                              | invalidita, vyžaduje speciální péči a pomoc                                       |
| 30 %                              | těžká invalidita, indikace k přijetí do nemocnice                                 |
| 20 %                              | těžce nemocný, potřeba urgentní hospitalizace, vyžaduje podpůrná opatření a léčbu |
| 10 %                              | moribundní, rychle progredující fatální onemocnění                                |
| 0 %                               | smrt                                                                              |

Tab. 3 Palliative Performance Scale (PPSv2)

| Palliative Performance Scale (PPSv2) |                    |                                    |                 |                           |                           |                               |
|--------------------------------------|--------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| PPS                                  | pohyblivost        | aktivita                           | Symptomy nemoci | soběstačnost              | příjem stravy             | vědomí                        |
| 100 %                                | plná               | normální                           | žádné           | plná                      | normální                  | plné                          |
| 90 %                                 | plná               | normální                           | mírné           | plná                      | normální                  | plné                          |
| 80 %                                 | plná               | s úsilím normální                  | mírné           | plná                      | normální nebo snížený     | plné                          |
| 70 %                                 | omezená            | neschopen zaměstnání               | významné        | plná                      | normální nebo snížený     | plné                          |
| 60 %                                 | omezená            | neschopen koníčků a domácích prací | významné        | občasná pomoc nutná       | normální nebo snížený     | plné nebo zmatenost           |
| 50 %                                 | převážně sedí/leží | neschopen žádné práce              | pokročilé       | častá pomoc nutná         | normální nebo snížený     | plné nebo zmatenost           |
| 40 %                                 | převážně na lůžku  | neschopen většiny aktivit          | pokročilé       | pomoc s většinou činností | normální nebo snížený     | plné nebo spavost ± zmatenost |
| 30 %                                 | trvale na lůžku    | neschopen žádných aktivit          | pokročilé       | celková péče              | normální nebo snížený     | plné nebo spavost ± zmatenost |
| 20 %                                 | trvale na lůžku    | neschopen žádných aktivit          | pokročilé       | celková péče              | minimální, popíjení       | plné nebo spavost ± zmatenost |
| 10 %                                 | trvale na lůžku    | neschopen žádných aktivit          | pokročilé       | celková péče              | pouze péče o ústní dutinu | spavost nebo kóma ± zmatenost |
| 0 %                                  | smrt               |                                    |                 |                           |                           |                               |

Tab. 4 Performance Status (PS)

| Performance Status (PS) |                                                                                                           |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                       | plně aktivní bez omezení (PPS 100 %)                                                                      |
| 1                       | chodící, omezený ve fyzicky náročných aktivitách, schopen lehkých sedavých či domácích prací (PPS 80–90%) |
| 2                       | chodící, schopen v sebed péči, práce neschopen, chodící po více než 50 % času vzhůru (PPS 60–70 %)        |
| 3                       | omezeně schopen sebed péče, více než 50 % času vzhůru tráví na lůžku nebo křesle (PPS 40–50 %)            |
| 4                       | neschopen jakékoliv sebed péče, trvale na lůžku nebo křesle (PPS 10–30 %)                                 |
| 5                       | smrt (PPS 0 %)                                                                                            |

Tab. 5 Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)

| Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                      |
|------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------|
| žádná bolest                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | nejhorší představitelná bolest       |
| žádná únava                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | nejhorší představitelná únava        |
| žádná ospalost                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | nejhorší představitelná ospalost     |
| žádná nevolnost                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | nejhorší představitelná nevolnost    |
| žádné nechutenství                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | nejhorší představitelné nechutenství |
| žádná dušnost                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | nejhorší představitelná dušnost      |
| žádná úzkost                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | nejhorší představitelná úzkost       |
| žádná deprese                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | nejhorší představitelná deprese      |
| maximální pohoda                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | naprostá nepohoda                    |
| jiný příznak (zácpa...)                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | nejhorší představitelný              |

K hodnocení závažnosti stavu pacienta a odhadu jeho prognózy mohou kromě klinické zkušenosti (přítomnost nechutenství, dušnosti, deliria) orientačně pomoci různé škály vycházející z hodnocení výkonnosti a symptomů, jako např. **Palliative Prognostic Index (PPI)** či **Palliative Prognostic Score (PaP)** nebo biologické ukazatele jako např. **celková bílkovina**, **albumin** nebo **CRP** či **leukocytóza**. Podrobnějšími vodítky mohou být škály **Prognosis in Palliative Care Study bez (PiPS-A)** nebo s použitím výsledků laboratorních testů (**PiPS-B**) poskytující předpověď přežití v řádech dnů, týdnů či měsíců, respektive odhad 14denního a 56denního přežití, kalkulátor je dostupný na webové adrese <http://www.pips.sgul.ac.uk>.

**Jednoduchým empirickým vodítkem** k odhadu prognózy může být hodnocení vývoje klinického stavu: pokud se pacientův stav horší měsíc od měsíce, je prognóza v horizontu měsíců, pokud se horší týden od týdne, je prognóza v horizontu týdnů, a pokud se horší den ode dne, je prognóza v horizontu dnů.

Namísto prognózování a odhadování co nejpřesnější délky přežití je však důležité průběžné hodnocení stavu a uvědomění si, v jaké fázi svého onemocnění se nemocný nachází, provádění tzv. kategorizace podle následujících fází nemoci:

- **fáze kompenzovaného onemocnění:** obvykle trvá měsíce i roky, cílem je udržet funkční zdatnost a prodloužit život; při akutních stavech je indikována plná intenzivní a resuscitační péče, také sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění. Během této fáze je nemocný kauzálně léčen (např. různými modalitami protinádorové léčby) než dojde do tzv. **fáze zlomu**, kdy choroba přestává odpovídat na léčbu.
- **fáze nezvratně progredujícího onemocnění:** obvykle trvá týdny až měsíce, cílem je udržet kvalitu života a soběstačnost, je posilována především léčba paliativní. Resuscitační péče by v případě zástavy krevního oběhu indikována být neměla, intenzivní péče v individuálních případech ano, pokud vyřešení dobře reverzibilní příčiny ohrožení či selhávání vitálních funkcí (např. infarkt myokardu, plicní embolie aj.) má potenciál vrátit nemocného do života v uspokojivé kvalitě i na několik měsíců. Tuto kategorii také označujeme „*do not resuscitate*“.
- **fáze umírání – terminální stav:** obvykle trvá hodiny, dny až několik málo týdnů: onemocnění již nereaguje na kurativní léčbu, kterou je nutno z toho důvodu hodnotit jako nepřínosnou a zatěžující, cílem je potlačení symptomů jakými jsou bolest, dušnost, nevolnost aj. a péče o celkový komfort pacienta. Klinika je u všech chorob podobná: narůstá únava a spavost, klesá spontaneita a motivace, bývá zmatenost, kachexie, bolesti či dušnost nebo neklid. Jiná než symptomatická léčba včetně sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění (jako hypolipidemika, antiagregancia, ev. i antihypertenziva aj.) má být vysazena. Tuto kategorii lze také označit „*do not intubate*“.

Tab. 6 Palliative Prognostic Index (PPI)

| Palliative Prognostic Index (PPI)                                                                                                                        |                                  |                                       |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| Palliative Performance Scale (PPS)                                                                                                                       | 10-20 <b>+4 b.</b>               | 30-50 <b>+2,5 b.</b>                  | ≥ 60 <b>+0 b.</b>       |
| perorální příjem                                                                                                                                         | jednotlivá sousta <b>+2,5 b.</b> | snížený, více než sousta <b>+1 b.</b> | normální <b>+0 b.</b>   |
| edémy                                                                                                                                                    |                                  | přítomny <b>+1 b.</b>                 | nepřítomny <b>+0 b.</b> |
| klidová dušnost                                                                                                                                          |                                  | přítomna <b>+3,5 b.</b>               | nepřítomna <b>+0 b.</b> |
| delirium                                                                                                                                                 |                                  | přítomno <b>+4 b.</b>                 | nepřítomno <b>+0 b.</b> |
| <b>Pravděpodobnost přežití:</b><br>> 6 b. méně než 3 týdny<br>> 4 b. méně než 6 týdnů<br>≤ 4 b. více než 6 týdnů<br>(sensitivita 80 %, specificita 85 %) |                                  |                                       |                         |

Tab. 7 Palliative Prognostic Score (PaP)

| Palliative Prognostic Score (PaP)           |                                                                                         |                                                                 |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| dušnost                                     | ne                                                                                      | 0                                                               |
|                                             | ano                                                                                     | 1                                                               |
| nechutenství                                | ne                                                                                      | 0                                                               |
|                                             | ano                                                                                     | 1                                                               |
| klinická předpověď přežití v týdnech        | >12                                                                                     | 0                                                               |
|                                             | 11–12                                                                                   | 2,0                                                             |
|                                             | 9–10                                                                                    | 2,5                                                             |
|                                             | 7–8                                                                                     | 2,5                                                             |
|                                             | 5–6                                                                                     | 4,5                                                             |
|                                             | 3–4                                                                                     | 6,0                                                             |
|                                             | 1–2                                                                                     | 8,5                                                             |
| Karnofsky Performance Scale (KPS)           | ≥ 50                                                                                    | 0                                                               |
|                                             | 30–40                                                                                   | 0                                                               |
|                                             | 10–20                                                                                   | 2,5                                                             |
| celkový počet leukocytů (tisíc/ $\mu$ L)    | 4,8–8,5                                                                                 | 0                                                               |
|                                             | 8,5–11,0                                                                                | 0,5                                                             |
|                                             | > 11,0                                                                                  | 1,5                                                             |
| % lymfocytů                                 | 20,0–40,0                                                                               | 0                                                               |
|                                             | 12,0–19,9                                                                               | 1,0                                                             |
|                                             | 0–11,9                                                                                  | 2,5                                                             |
| PaP skóre<br>0–5,5<br>5,6–11,0<br>11,1–17,5 | riziková skupina<br>A. nejlepší prognóza<br>B. střední prognóza<br>C. nejhorší prognóza | pravděpodobnost 30denního přežití<br>> 70 %<br>30–70 %<br>< 30% |

Tab. 8 Hodnocení sérové koncentrace celkové bílkoviny a albuminu

| Hodnocení sérové koncentrace celkové bílkoviny a albuminu |           |                    |
|-----------------------------------------------------------|-----------|--------------------|
| bílkovina                                                 | albumin   | hodnocení          |
| 60–65 g/l                                                 | 25–35 g/l | riziko             |
| 55–60 g/l                                                 | 20–25 g/l | selhání prospívání |
| <55 g/l                                                   | <20 g/l   | terminální stav    |

### Rozhodování o nerozšiřování a vysazení léčby

Nemocný trpící pokročilým, život ohrožujícím onemocněním, by měl být seznámen se svojí diagnózou, ale i prognózou, s čímž souvisí komunikace s ním o dalším pravděpodobném vývoji choroby, možnostech její další léčby a s ní souvisejících pacientových preferencí. Ty je vhodné zaznamenat jako tzv. **dříve vyslovené přání**, během hospitalizace je to možné zápisem do dokumentace s podpisem pacienta, lékaře a svědka. Aktuální vůle nemocného, pokud ji je schopen vyjádřit, je však dříve vyslovenému přání vždy nadřazena.

Rozhodování o **nerozšiřování (withholding)** či **vysazení – deeskalaci (withdrawing) marné léčby** je vhodné provádět v multidisciplinárním týmu lékařů, sester, ale i dalších pracovníků podílejících se na péči, též s ohledem na případné dříve vyslovené přání a názory pečující rodiny či blízkých. K těmto zásadním rozhodnutím je optimální běžná pracovní doba všedního dne namísto ústavní pohotovostní služby během nocí a víkendů. Před takovým krokem je třeba do zdravotnické dokumentace zaznamenat zdravotní stav nemocného a zdůvodnění rozhodnutí včetně jmen, které se na tom podílely, stanovit cíle a plán další péče. O tomto je též potřeba informovat rodinu nemocného, je-li to možné.

Je však nutné zdůraznit, že konečná zodpovědnost leží na ošetřujícím lékaři a není možné ji delegovat na nikoho jiného ve zdravotnickém týmu ani rodinu pacienta. Pokud chybí sepsané dříve vyslovené přání, měl by se pacientův zástupce či opatrovník pokusit jej rekonstruovat z jemu známých pacientových postojů, hodnot, přání nebo náboženského vyznání, pokud pacient již není schopen se sám na takovém rozhodování podílet. Pokud ani to není možné, má se postupovat podle nejlepšího zájmu pacienta. V případě, že v týmu dojde k neshodě ohledně aktivnější či rezervovanější varianty další léčby, je vhodné učinit tzv. **terapeutický pokus**, tj. poskytnout časově omezenou aktivnější variantu léčby. Jedná-li se o konflikt s rodinou pacienta neřešitelný přizváním dalšího odborníka či etické komise, je nutné obrátit se na soud.

Nezahájení i nepokračování v marné léčbě (včetně umělé výživy a hydratace) je medicínsky, eticky i forenzně správné. V žádném z těchto pohledů přitom není mezi nezahájením a nepokračováním v neúčinné léčbě rozdíl, současně na to nemůže být nahlíženo jako na selhání medicíny či dokonce eutanázii. Nelze za ni považovat ani podání vysoké dávky opioidů a sedativ u jinak nezvladatelných symptomů

Pro setrvání v režimu paliativní symptomové léčby, zejména při akutní dekompenzaci v domácím prostředí a náhlém kontaktu se záchrannou službou nebo nemocničním pracovištěm akutní medicíny, je třeba ihned dostupná podrobná dokumentace s jasným vyjádřením o pokročilosti onemocnění a rozsahu indikované léčby. Pokud toto nebo dokonce jakákoliv anamnéza chybí a jedná se o riziko nebezpečí z prodlení (např. dušení, náhlá zástava oběhu), výjezdová skupina zdravotnické záchranné služby či zdravotníci urgentního příjmu život zachraňující úkony poskytnou.

## **Závěr**

Akutní i paliativní medicína mají jedno společné, časovou tíseň. V intenzivní medicíně se v ní řeší život ohrožující stavy, v paliativní medicíně pak především případné nevyřešené problémy v oblasti sociální a spirituální. Bez nadsázky jde ale v intenzivní i paliativní medicíně o život, zbývající dny terminálně nemocného pro něj přitom mohou mít větší smysl než celý dosavadní život. Je proto nutné v obou případech postupovat profesionálně a pravidelně hodnotit stav nemocného, jeho kategorizaci, přiměřenost kurativní léčby a dostatečnost paliativní. Na samotný konec si však dovolíme odlehčení tématu v duchu výroku, že medicína je veselá věda o smutných věcech, parafrázováním známého lékařského vtipu: dejme si pozor, abychom neoperovali tak dlouho, až najednou zjistíme, že pitváme...

## **Literatura**

BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči. Praha: Most k domovu, Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2015. 140 s. ISBN 978-80-905867-0-3, 978-80-7471-071-1.

AMANO, K., MAEDA, I., MORITA T. et al. Clinical Implications of C-Reactive Protein as a Prognostic Marker in Advanced Cancer Patients in Palliative Care Settings. In: J Pain Symptom Manage. 2016 May;51(5):860-7.

JANG, R. W., CARAISCOS, V. B. et al. Simple Prognostic Model for Patients With Advanced Cancer Based on Performance Status. In: Journal of Oncology Practice, 2014, 10, 5:e335-e341."

FINLAY, E., CASARETT, D. Making Difficult Discussions Easier: Using Prognosis to Facilitate Transitions to Hospice. In: CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2009, 59: 250-26.

## **Kontakt**

doc. MUDr. Mgr. Jan Bydžovský, DiS., PhD.  
e-mail: bydzovsky@vszsp.cz

# Perforačná keratoplastika v liečbe ochorení rohovky

Furdová Alena<sup>1</sup>, Peško Konštantín<sup>1</sup>, Mozolík Pavol<sup>1</sup>, Justusová Pavlína<sup>1</sup>, Furda Robert<sup>2</sup>, Molnár Eugen<sup>2</sup>, Babál Pavel<sup>3</sup>, Kobzová Daniela<sup>3</sup>, Koller Ján<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Klinika oftalmológie LF UK a UN Ružinov, Bratislava

<sup>2</sup>Katedra informačných systémov, Fakulta managementu UK, Bratislava

<sup>3</sup>Ústav patologickej anatómie LF UK a UN, Bratislava

<sup>4</sup>Klinika popálenín a rekonštrukčnej chirurgie LFUK a UN a Centrálna tkanivová banka, Bratislava

Úvod: Perforačná keratoplastika v Slovenskej republike, tak ako aj vo svete, predstavuje najčastejšie vykonávanú transplantáciu solidného tkaniva u ľudí. Patrí k najčastejšie vykonávaným operáciám nielen v oftalmológii, ale samotnej humánnej medicíne vôbec.

Materiál a metódy: Retrospektívne hodnotenie výsledkov histologických vyšetrení od 1. januára 2014 do 7. januára 2016, ako indikácií k vykonaniu perforačnej keratoplastiky. Súbor pozostával zo 105 pacientov a predstavoval záznam výsledkov histologických vyšetrení, na ktoré sa odosielať materiál z Kliniky oftalmológie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Univerzitnej nemocnice Bratislava. Zaoberá sa zastúpením pohlaví, vekovým rozložením súboru, rozložením jednotlivých indikácií v súbore a zastúpením najčastejších patologických stavov v súbore so zreteľom na vek pacientov.

Výsledky: Vekové zloženie pacientov bolo od 13 do 91 rokov vrátane. Perforačnú keratoplastiku najčastejšie podstupovala veková kategória 60 – 69 ročných bez ohľadu na indikáciu. Nasleduje skupina 70 – 79 ročných a 50 – 59 ročných. Ostatné vekové kategórie ju absolvovali v rôznej frekvencii, najzriedkavejšie skupina 10 – 19 ročných a viac ako 90 ročných. Zastúpenie pohlaví bolo zhruba rovnaké s miernou prevahou žien. Najčastejšou indikáciou bola bulózna keratopatia, nasledoval keratokonus, ulkus rohovky a Fuchsova dystrofia rohovky.

Záver: Aj napriek značným pokrokom v oblasti mikročirurgie oka, rozvoju iných metód liečby rohovkových lézií, ako napríklad rôzne typy lamelárnych keratoplastík, vzostupe používania keratoprotéz, či čoraz širšiemu uplatneniu refrakčnej chirurgie si perforačná keratoplastika stále nájde svoje uplatnenie v oftalmológii.

**Kľúčová slova:** transplantácia rohovky, perforačná keratoplastika, kvalita života

•

## ÚVOD

Rohovka, ako prvá vrstva oka, ktorá je v kontakte s vonkajším prostredím, predstavuje v podstate bariéru voči jej neustále sa uplatňujúcim nepriaznivým vplyvom a činiteľom. Z toho a iných dôvodov, ako genetika, rodinná predispozícia, dedičnosť a správanie sa jedinca, je frekvencia postihnutia rohovky chorobami vysoká a tvorí výrazný podiel na chorobnosti populácie v oblasti postihnutia oka. Okrem toho je dominantnou súčasťou refrakčného systému očného aparátu. Z týchto príčin je práve postihnutie rohovky najčastejšou príčinou slepoty na celom svete, a preto treba venovať náležitú pozornosť prevencii, skorej diagnostike, efektívnej liečbe týchto ochorení, ktoré predstavujú širokú paletu patologických procesov. Samozrejme, svoje nezastupiteľné miesto má aj manažment pacienta po terapii, v rámci dispenzarizácie a pravidelných kontrol na príslušnej špecializovanej ambulancii. [7, 8, 10]

Perforačná, alebo v anglickej literatúre označovaná skôr pod pojmom penetrujúca keratoplastika predstavuje chirurgickú metódu liečby rohovkových ochorení, ktorá má svoju dlhodobú históriu. Pôvodný koncept chirurgie rohovky sa datuje až do obdobia starovekého Grécka kde s jej ideou prišiel ako prvý, tunajší lekár Galen. Aj keď výraznejšie lepšie výsledky chirurgických intervencií v oblasti rohovky, vrátane keratoprotéz sa začali dosahovať od 17. a 18. storočia, skutočné vedecké a chirurgické výsledky v tejto oblasti prišli až s nástupom 19. storočia. Súčasný úspech rohovkovej transplantácie je do značnej miery výsledkom vyvrcholenia kľúčových myšlienok, experimentovania a húževnatosti mnohých jednotlivcov za posledných viac ako 200 rokov. Spočiatku to boli experimenty na zvieratách, ktoré zahájil Franz Reissinger, čím sa položil základ termínu „keratoplastika“. Následne Wilhelmus Thorne vytvoril termín transplantácia rohovky. Krátko na to, avšak neúspešný, bol zaznamenaný prvý terapeutický xenotransplantát na človeka. Ďalší progres v tejto sfére bol výrazne sťažený obmedzenými znalosťami v anesteziológii, antiseptike, chirurgickej technike a najmä imunológii, nasledované

dlhým obdobím „ticha“, sprevádzaného debatami a experimentovaním o užitočnosti zvieracích v porovnaní s ľudskými rohovkami a porovnávaním lamelárnej s penetrujúcou keratoplastikou. Prvá úspešná transplantácia ľudskej rohovky sa podarila v roku 1905, ktorú vykonal Eduard Zirm v Olomouci. Od nej snaha nespočetných oftalmológov viedla k masívnemu rozmachu a zdokonaleniu na poli transplantácie rohovky, sprevádzané vývojom operačného mikroskopu, šetrných šijacích materiálov, zakladaním očných baniek a zavedením kortikosteroidov. Nedávny vývoj, vrátane uprednostňovania náhrady vybraných vrstiev rohovky pred keratoplastikou v celej jej hrúbke predstavuje veľkú víziu rohovkovej transplantácie do budúcnosti [4, 7, 8, 10].

Avšak, aj napriek výraznému pokroku iných, modernejších metód oftalmochirurgie, si aj v súčasnej dobe nájde svoje uplatnenie, pričom si drží poprednú pozíciu v množstve vykonaných transplantácií nielen vo svojom odbore, ba ale aj zo všetkých transplantčných zákrokov na celom svete. Ochorenia môžu postihovať rohovku v rôznej miere, od jednej vrstvy až po celú hrúbku, pričom penetrujúca keratoplastika sa indikuje najmä v tých prípadoch, keď je postihnutie rohovky nezvratné a také rozsiahle, že moderné lamelárne metódy nebudú mať želaný liečebný efekt. Medzi najčastejšie ochorenia, ktoré sú v konečnom dôsledku absolútnou indikáciou na vykonanie perforačnej keratoplastiky patrí keratokonus, rôzne dystrofie, predovšetkým však Fuchsova endoteliálna dystrofia, pseudofakická bulózna keratopatia a iné keratopatie, keratitídy, najmä vírusové (herpetické) a intersticiálne, vredy rohovky, traumy, a vo veľkej miere sa na jej vykonávaní podieľa retransplantácia. Perforačná keratoplastika má oproti lamelárnym metódam transplantácie vyššie riziko rejekcie a zlyhania štepu, s následnou potrebou opakovania zákroku. Vysoká početnosť zákrokov, a jej samotná úspešnosť je daná jedinečnými fyziologickými vlastnosťami rohovky, ktoré spočívajú v jej zvýhodnenom postavení v imunitnom systéme človeka a teda pomerne nízkym rizikom rejekcie. Indikácie k jej vykonaniu sú obmedzené jej kontraindikáciami, ktoré je potrebné rešpektovať u každého pacienta a posudzovať ich individuálne vzhľadom na potrebu zákroku. Taktiež je nevyhnutné brať do úvahy pomer riziko/benefit operácie. [9, 11, 12, 14]

Darcovské tkanivo sa získava z kadaverózných darcov, pričom ich odber má taktiež prísne stanovené pravidlá. Veľkým problémom je dopyt po darcovských rohovkách, pričom ich ponuka je zreteľne nižšia. Preto v modernej ére transplantácie rohovky sa čoraz viac začína uplatňovať myšlienka xenotransplantácií z ošípaných, pričom sa nedávne genetické experimenty s vytvorením geneticky modifikovaných prasiat javia ako veľká perspektíva do budúcnosti. Za vysoký úspech keratoplastík vďačíme aj veľkej snahe oftalmológov a iných špecialistov, ktorí zdokonalili chirurgickú techniku a používané materiály na takú úroveň ako ju poznáme dnes. Ďalší významný faktor predstavuje pooperačná starostlivosť o pacienta, ktorá momentálne predstavuje vrchol potransplantačného manažmentu a má výrazný podiel na vysokej úspešnosti. Veľký zlom nastal s príchodom glukokortikoidov a iných imunosupresív do humánnej medicíny. Najzávažnejšou komplikáciou je rejekcia a zlyhanie štepu, ktorej riziko je možné značne znížiť prísnym dodržiavaním vyššie spomínaných pravidiel a postupov. [15, 16, 18]

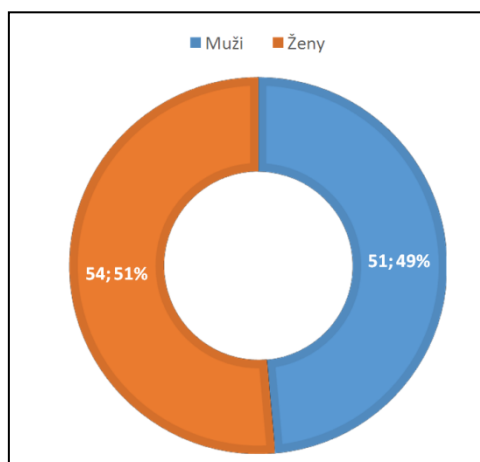
Perforačnú keratoplastiku postupne začínajú nahrádzať šetrnejšie, menej radikálnejšie možnosti liečby ochorení rohovky, ktoré majú svoje značné výhody. Nástup používania týchto alternatív je však pomalý. Ich použitie je obmedzené náročnejšou technikou zákroku, prísne definovanými indikáciami a nedostatočnou technickou vybavenosťou kliník, a teda aj nepostačujúcou zručnosťou a vzdelanosťou špecialistov v daných metódach. Z tohto dôvodu je nevyhnutné zabezpečiť dostatočnú a kvalitnú erudíciu odborníkov v najnovších postupoch, ako aj podporovať inštitúcie a jednotlivcov v snahe modernizovať pracoviská svojej pôsobnosti. Avšak aj napriek značnému pokroku v týchto metódach si perforačná keratoplastika udržiava svoje popredné miesto v postavení transplantácie rohovky, čo musíme brať ako podnet pre zabezpečenie a udržiavanie vysokej vzdelanosti našich odborníkov. [17, 18]

## **MATERIÁL A METÓDY**

Retrospektívne hodnotenie súboru pacientov indikovaných na perforačnú keratoplastiku v období od 1. januára 2014 do 7. januára 2016. Súbor pozostával zo 105 pacientov a predstavoval záznam výsledkov histologických vyšetrení, na ktoré sa odosielal materiál z Kliniky oftalmológie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Univerzitnej nemocnice Bratislava. Zaoberá sa zastúpením pohlaví, vekovým rozložením súboru, rozložením jednotlivých indikácií v súbore a zastúpením najčastejších patologických stavov v súbore so zreteľom na vek pacientov.

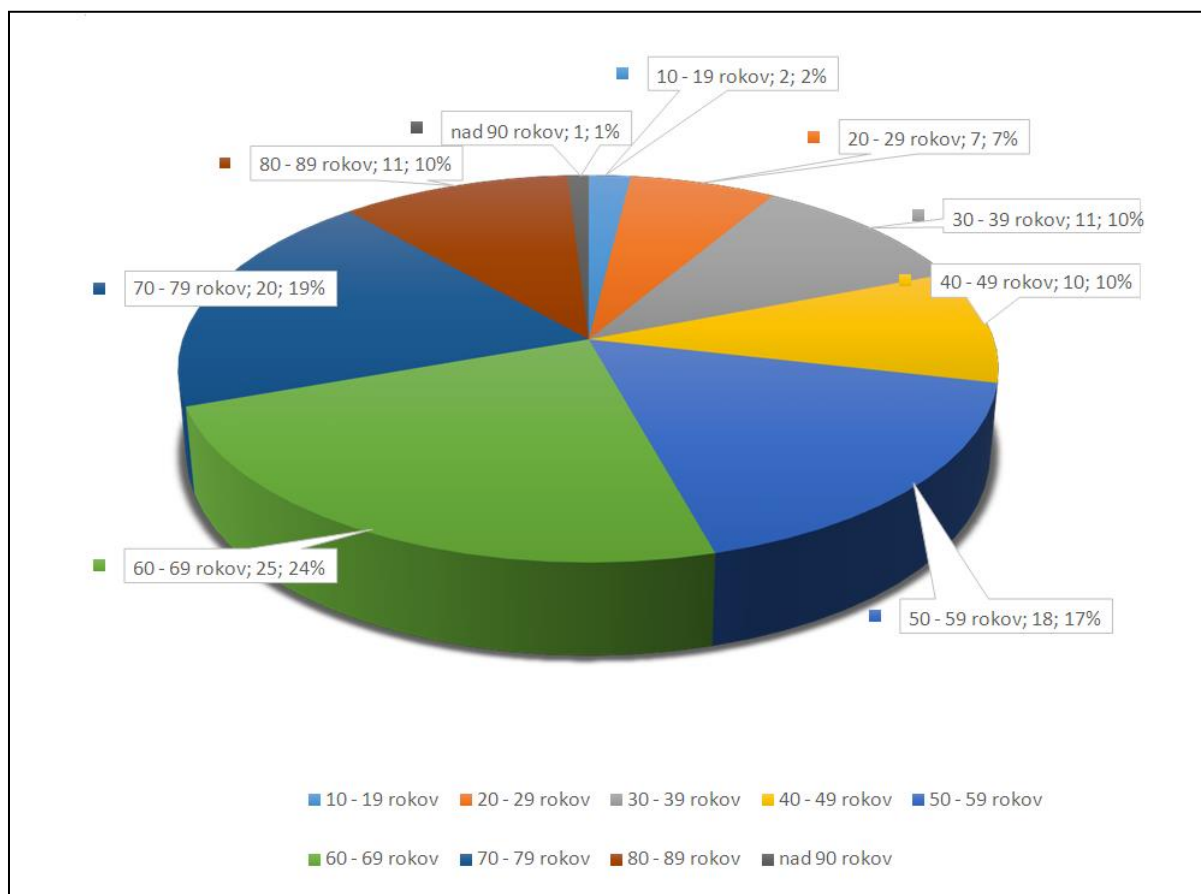
## VÝSLEDKY

Analyzujeme súbor 105 pacientov s vykonaným odberom rohovkového materiálu na histologické vyšetrenie počas obdobia od 1. januára 2014 do 7. januára 2016 pozostával z 54 (51%) žien a 51 (49%) mužov (Graf 1).



Graf 1 Percentuálne zastúpenie oboch pohlaví u pacientov indikovaných k vykonaniu histologického vyšetrenia rohovkového materiálu

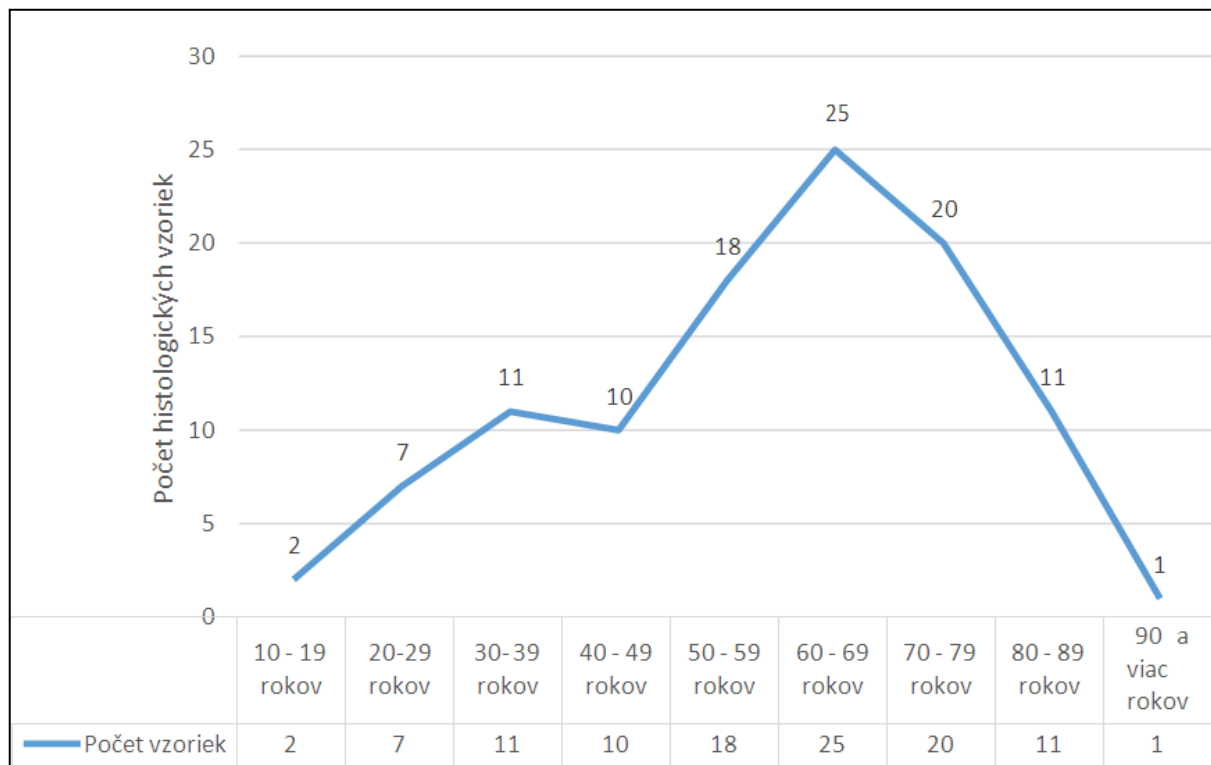
Vekové zloženie pacientov (Graf 2) bolo od 13 do 91 rokov vrátane, pričom priemerný vek bol 58 rokov. Zo súboru tvorili 10 – 19 roční 2 (2%) pacienti, 20 – 29 roční 7 (7%) pacienti, 30 – 39 roční 11 (10%) pacienti, 40 – 49 roční 10 (10%) pacienti, 50 – 59 roční 18 (17%) pacientov, 60 – 69 roční 25 (24%) pacientov, 70 – 79 roční 20 (19%) pacientov, 80 – 89 roční 11 (10%) pacientov a vo veku nad 90 rokov to bol 1 (1%) pacient. Celkovo bol pomer pohlaví približne rovnaký s miernou prevahou ženského pohlavia. Najčastejšou vekovou kategóriou boli 60 – 69 roční, čo predstavovalo 25 (24%) pacientov z celého súboru. Za ňou nasledovala skupina 70 – 79 ročných s počtom 20 (19%) pacientov a tesne za nimi 18 (17%) pacientov vo vekovej kategórii 50 – 59 rokov. Vekové kategórie 80 – 89 ročných (11) pacientov, 30 – 39 ročných (11) pacientov a 40 – 49 ročných (10) pacientov boli percentuálne zastúpené zhodne po 10%. Po nich nasledovala veková skupina 20 – 29 ročných v počte 7 pacientov (7%). Najmenej početnými skupinami boli 10 – 19 roční (2%) a nad 90 rokov (1%), s počtom pacientov 2 a 1.



Graf 2 Percentuálne zastúpenie jednotlivých vekových kategórií indikovaných k vykonaniu histologického vyšetrenia rohovkového materiálu

Z analýzy súboru vyplýva, že perforačnú keratoplastiku najčastejšie podstupujú jedinci vo vekovej kategórii 60 – 69 rokov bez ohľadu na indikáciu. Nasleduje skupina 70 – 79 ročných a 50 – 59 ročných. Ostatné vekové kategórie ju absolvujú vo variabilnom zastúpení, pričom najmenej často skupina 10 – 19 ročných a viac ako 90 ročných (Graf 3).

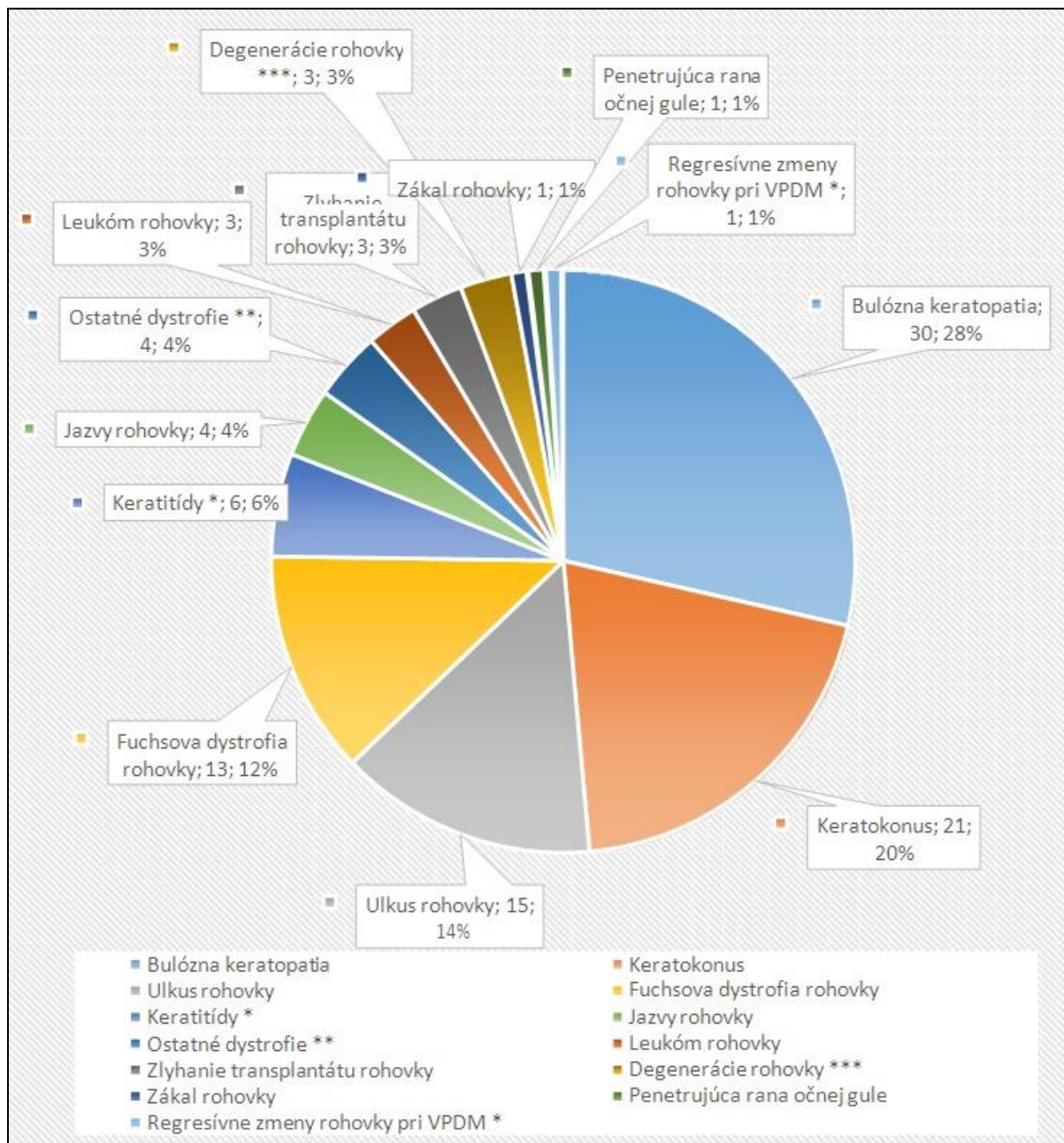




Graf 3 Vekové rozloženie pacientov indikovaných k vykonaniu histologického vyšetrenia rohovkového materiálu

Rozloženie jednotlivých patologických procesov rohovky zo súboru pacientov a určenie prevládajúcej indikácie u oboch pohlaví na základe výsledkov histologických vyšetrení rohovkového materiálu, ktoré viedli k perforačnej keratoplastike:

Z celkového počtu odobratých vzoriek (105) na základe histologických vyšetrení, predstavovala najčastejšiu patológiu bulózna keratopatia s počtom 30 vzoriek, čo predstavovalo 30%. Druhou najčastejšou patológiou bol keratokonus s počtom 21 (20%), za ním nasledoval ulkus rohovky v počte 15 vzoriek (14%), 13 vzoriek s výsledkom Fuchsova dystrofia rohovky (12%) a keratitídy v počte 6 vzoriek (6%). Jazvy rohovky a ostatné dystrofie sa vyskytovali identicky v počte po 4 vzorky (4%). Na rovnako vyšli výsledky aj pre leukóm rohovky, zlyhanie transplantátu rohovky a degenerácie rohovky s počtom po 3 vzorky (3%). Najmenšie zastúpenie z výsledkov histologických vyšetrení mali zákal rohovky, penetrujúca rana očnej gule a regresívne zmeny rohovky pri VPDM (vekom podmienená degenerácia makuly) identicky, každé s počtom po 1 (1%) vzorke (Graf 4). Prevládajúcou indikáciou u mužov bol keratokonus nasledovaný bulóznou keratopatiou, ďalej to bol ulkus rohovky a nakoniec Fuchsova dystrofia. U žien prevládala bulózna keratopatia, približne rovnako sa vyskytoval ulkus rohovky a Fuchsova dystrofia a nakoniec keratokonus.



Graf 4 Percentuálne zastúpenie jednotlivých patologických procesov rohovky na základe výsledkov z histologických vyšetrení

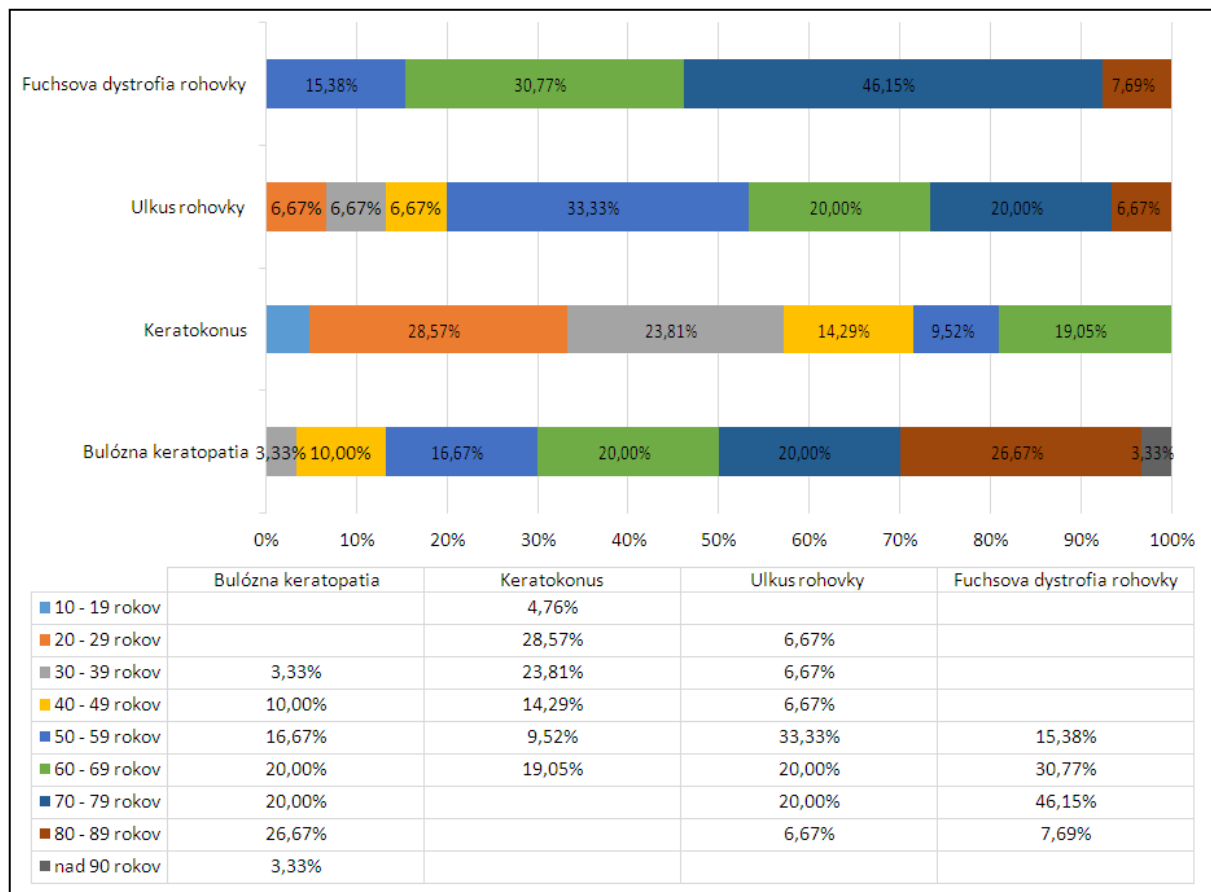
\* Keratitídy (6) – akútna ulcerózná keratitída (2), akútna hnisavá keratitída, mykotická keratitída, recidivujúca akantamébová keratitída, intersticiálna keratitída s atrofickou rohovkou a s ložiskami kalcifikácií

\*\* Ostatné dystrofie (4) – retikulárna dystrofia rohovky (2), granulárna dystrofia rohovky, hereditárna dystrofia rohovky

\*\*\* Degenerácie rohovky (3) – Salzmannova nodulárna degenerácia rohovky (2), iná bližšie neurčená degenerácia

Zastúpenie najčastejších typov patologických procesov vo vekových kategóriách a priemerný vek ich výskytu na základe výsledkov histologických vyšetrení rohovkového materiálu, ktoré viedli k perforačnej keratoplastike:

Na základe histologických výsledkov z celého súboru (105 vzoriek – 100%) vyšli ako najčastejšie patológie bulózna keratopatia s celkovým počtom 30 vzoriek (28%), keratokonus s 21 vzorkami (20%), ulkus rohovky s 15 vzorkami (14%) a Fuchsova dystrofia rohovky s 13 vzorkami (12%). Spolu to predstavovalo 79 vzoriek, čo tvorí 74% podiel z celého súboru. Priemerný vek diagnózy bulóznej keratopatie v našom súbore bol 67,33 rokov, pre keratokonus 39,19 rokov, ulkus rohovky 58,46 rokov a pre Fuchsovu dystrofiu 69 rokov.



Graf 5 Percentuálne zastúpenie najčastejších patologických procesov rohovky v jednotlivých vekových kategóriách na základe výsledkov z histologických vyšetrení

Z našej analýzy vyplýva, že najčastejšie ohrozenou vekovou skupinou v rámci bulóznej keratopatie je skupina 80 – 89 ročných s počtom 8 vzoriek (26,67%) s postupným klesaním k nižším vekovým kategóriám, až na úroveň skupiny 30 – 39 ročných zo zastúpením 1 vzorky (3,33%) z celkových 30 vzoriek s výsledkom histologického obrazu bulóznej keratopatie. Keratokonus postihol najčastejšie vekovú skupinu 20 – 29 ročných s počtom 6 vzoriek (28,57%) z celkového počtu 21 vzoriek. Druhou najčastejšie postihnutou skupinou boli 30 – 39 roční s počtom 5 vzoriek (23,81%), a treťou 60 – 69 roční so 4 vzorkami (19,05%), pričom rozloženie v ostatných vekových skupinách bolo variabilné. Ulkus rohovky zväčša postihoval 50 – 59 ročných v počte 5 vzoriek (33,33%) z celkového počtu 15. Vekové kategórie 60 – 69 ročných a 70 – 79 ročných mali zhodne po 3 vzorky (po 20%), pričom ostatné vekové kategórie mali po 1 vzorke (6,67%). Najviac postihnutou skupinou pri Fuchsovej dystrofii boli 70 – 79 roční s počtom 6 vzoriek (46,15%) z celkového množstva 13 vzoriek. Po nej to bola skupina 60 – 69 ročných s počtom 4 vzorky (30,77%), nasledovala skupina 50 – 59 ročných s počtom 2 vzorky (15,38%) a najmenej bolo vo vekovej kategórii 80 – 89 ročných s 1 (7,69%) vzorkou (Graf 5).

## DISKUSIA

Perforačná keratoplastika je metóda liečby ochorení rohovky, ktorá sa uplatňuje predovšetkým pri tých rohovkových patologických procesoch, ktoré postihujú rohovku v celej hrúbke, respektíve do takej miery, kde iné spôsoby chirurgickej liečby by boli neúčinné. Medzi takéto ochorenia patrí najmä keratokonus, Fuchsova endoteliálna dystrofia, pseudofakická bulózna keratopatia, vírusová keratitída, retransplantácie, ostatné dystrofie a ďalšie [1, 3, 4].

Jednou z najznámejších analýz je retrospektívna štúdia uskutočnená v Corneoplastic Unit and Eye Bank vo Veľkej Británii. Bola vykonaná v období od januára 1990 do decembra 1999 a zahrňuje všetkých 784 prípadov vykonanej PK v tejto inštitúcii. Získané informácie boli analyzované so súčasným zohľadnením na pohlavie, vek, transplantované oko a predoperačnú diagnózu pacienta. Indikácie boli nakoniec rozdelené do 7 diagnostických kategórií. Retransplantácie boli navyše preštudované ohľadom etiológie zlyhania predchádzajúcej transplantácie a pôvodnej diagnózy. Približne 91% vykonaných zákrokov bolo z optickej príčiny. 8,3% bolo z terapeutických príčin ako napríklad nereagujúca infekcia na

konzervatívnu liečbu, hroziaca perforácia a súčasná perforácia. 0,6% bolo z kozmetického dôvodu. Priemerný vek pacienta bol 54,21 roka. Pre retransplantáciu to bolo 54,4 roka, pre keratokonus 32,5 roka, herpesovú infekciu 55,5 roka, Fuchsovu endoteliálnu dystrofiu 70 rokov a pre pseudofakickú bulóznú keratopatiu 75 rokov. V distribúcii medzi pohlaviami prevyšujú muži nad ženami v pomere 54,7% mužov na 45,3% žien. U mužov bol prevládajúcou indikáciou keratokonus, no medzi ostatnými indikáciami nebol zistený štatisticky výrazný rozdiel v rozložení medzi pohlaviami. Trendy výskytu jednotlivých indikácií z obdobia, z ktorého sa vytvárala štatistika sa líšia. Zatiaľ čo vírusová keratitída, aj napriek tomu že bola najčastejšou príčinou k retransplantácii, mala počas celého obdobia výrazne klesajúci trend. Naproti tomu bol zaznamenaný výrazný vzostup výskytu pseudofakickej bulóznej keratopatie ako indikácie k PK. Fuchsova endoteliálna dystrofia a retransplantácie mali mierne stúpajúci a keratokonus zas mierne klesajúci vývoj, no nepredstavovali štatisticky významný trend. Môžeme očakávať, že retransplantácie aj naďalej zostanú vedúcou indikáciou k PK s postupne sa rozširujúcim súborom recipientov a endoteliálnej dystrofie ako hlavnej príčiny zlyhania štep. Avšak s narastajúcim záujmom o lamelárnu keratoplastiku je pravdepodobné, že postupom času množstvo retransplantácií klesne. Hoci keratokonus je vedúcou indikáciou pre PK vo Veľkej Británii vôbec(23,5%), v tomto štúdiu predstavoval druhú najčastejšiu. To isté platí aj prefakt, že bol takmer vždy častejší u mužov, aj keď už bola popísaná aj prevaha u žien. Keratokonus je a aj má trend byť vedúcou indikáciou pre PK kdekoľvek inde, avšak postupne sa zvyšujúci záujem o lamelárne techniky, ako aj o intrastromálne rohovkové prstence – ketaringy môže tento vývoj zmeniť. Fuchsova endoteliálna dystrofia bola treťou najčastejšou indikáciou s 9,3% zastúpením [2, 5, 6, 17].

## ZÁVER

So zmenami v chirurgickom a lekárskom vedení, prichádzajú súčasne aj zmeny v trendoch indikácií pre transplantáciu rohovky. Avšak treba podotknúť, že indikácie pre perforačnú keratoplastiku v referujúcej inštitúcii výrazným spôsobom nezmenili počas obdobia 30 rokov. Vedúcou indikáciou aj naďalej zostáva retransplantácia a aj napriek klesajúcemu trendu zostáva vírusová keratitída hlavnou primárnou diagnózou k PK. Ďalšie zmeny v lekárskom manažmente, príchod nových a lepších chirurgických, lamelárnych techník a iných nových postupov v zadnej lamelárnej a endoteliálnej transplantácii môže v budúcnosti viesť k značným zmenám vo vývoji indikácií perforačnej keratoplastiky.

## LITERATÚRA

- [1] ALIREZA BARADARAN-RAFII, FARID KARIMIAN, MOHAMMAD-ALI JAVADI, et al.: Corneal Graft Rejection: Incidence and Risk Factors. 2007. Shaheed Beheshti Medical University, Tehran, Iran. IRANIAN JOURNAL OF OPHTHALMIC RESEARCH. Vol. 2, No. 1. 8 s.
- [2] AL-YOUSUF N, MAVRIKAKIS I, MAVRIKAKIS E, DAYA SM. Penetrating keratoplasty: indications over a 10 year period. The British Journal of Ophthalmology. 2004;88(8):998-1001.
- [3] CASTROVIEJO R. Indications and Contraindications for Keratoplasty and Keratectomies. Transactions of the American Ophthalmological Society. 1945;43:324-330.
- [4] CRAWFORD AZ, PATEL DV, MCGHEE CN. A brief history of corneal transplantation: From ancient to modern. Oman Journal of Ophthalmology. 2013;6(Suppl 1):S12-S17. doi:10.4103/0974-620X.122289.
- [5] ČERNÁK A., VODRÁŽKOVÁ E., LÍŠKOVÁ P., TRNAVEC B., SISKÁ V., ZÁVODSKÁ O. Pokroky v liečbe v oftalmológii. Okt. 28, 2011
- [6] FURDOVÁ A., POPOV I.: Rohovka - 1.časť. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych odborov: Portál Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave [online] Dostupný z WWW: <https://portal.fmed.uniba.sk/clanky.php?aid=246>>. ISSN 1337-9577>.
- [7] FURDOVÁ A., PEŠKO K., POPOV I., OLÁH Z.: Rohovka - 3. časť - KERATOPLASTIKA - PERFORAČNÁ. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych odborov: Portál Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave Dostupný z WWW: <<https://portal.fmed.uniba.sk/clanky.php?aid=247>. ISSN 1337-9577>.
- [8] GERINEC A. Detská oftalmológia. Osveta. 2005. 592 s. ISBN 80-8063-181-6.

- [9] HARA H, COOPER DKC. Xenotransplantation – The future of corneal transplantation? Cornea. 2011; 30(4): 371-378
- [10] JACK J. KANSKI. Clinical ophtalmology. A systematic approach. Fifth edition. Butterworth-Heinemann, Philadelphia, PA. 2003. 733 s. ISBN 0-7506-5541-0.
- [11] JACK J. KANSKI, BRAD BOWLING. 2011. Clinical ophtalmology. A systematic approach. Seventh edition. Elsevier saunders. 2011. 920 s. ISBN 9780702040931.
- [12] KOLEKTÍV AUTOROV. Diagnostika a léčba očních chorob v praxi. The Wills eye manual. Tretie vydanie. Triton. 2004. 624 s. ISBN-10: 80-7254-536-1.
- [13] KOLÍN, JAN. Oční lékařství. 2. vydání. Praha : Karolinum, 2007. 110 s. ISBN 978-80-246-1325-3.
- [14] KRAUS H. A KOL. Kompendium očního lékařství. Prvé vydanie. Grada Publishing, Praha. 1997. 341s. ISBN 8071690791.
- [15] KUCHYNKA P. A KOL. Oční lékařství. Prvé vydanie. Grada Publishing, Praha. 2007. 812 s. ISBN 9788024711638.
- [16] LIMAIE M R, CHEBIL A, BABA A, BEN YOUSSEF N, MGHAIETH F, EL MATRI L. Pediatric penetrating keratoplasty: indications and outcomes. Transplant Proc. 2011 Mar;43(2):649-51.
- [17] POPOV I., OLÁH Z., FURDOVÁ A.: Rohovka - 2. časť - KERATOPLASTIKA - LAMELÁRNA. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych odborov :: Portál Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave Dostupný z WWW: <<https://portal.fmed.uniba.sk/clanky.php?aid=248>>. ISSN 1337-9577>.
- [18] VLKOVÁ E.; HLINOMAZOVÁ Z.: Riziková keratoplastika, 1.vyd., Brno: Masarykova univerzita, 1999, 76s., ISBN 802102108X

## Kontakt

doc. Mgr. MUDr. Furdová Alena, PhD., MPH, MSc.

Klinika oftalmológie LFUK a UNB

Nemocnica Ružinov

Pažitková 4

821 01 Bratislava

e-mail: [alikaufurdova@gmail.com](mailto:alikaufurdova@gmail.com)

# Amniová membrána a jej využitie v oftalmológii

Furdová Alena<sup>1</sup>, Peško Konštantín<sup>1</sup>, Kalužáková Adriána<sup>1</sup>, Justusová Pavlína<sup>1</sup>, Furda Robert<sup>2</sup>, Molnár Eugen<sup>2</sup>, Krčová Ivana<sup>1</sup>, Babál Pavel<sup>3</sup>, Kobzová Daniela<sup>3</sup>, Koller Ján<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Klinika oftalmológie LF UK a UN Ružinov, Bratislava

<sup>2</sup>Katedra informačných systémov, Fakulta managementu UK, Bratislava

<sup>3</sup>Ústav patologickej anatómie LF UK a UN, Bratislava

<sup>4</sup>Klinika popálenín a rekonštrukčnej chirurgie LFUK a UN a Centrálna tkanivová banka, Bratislava

Úvod: Amniová membrána je najvnútornejšou časťou fetálnych obalov a pre svoje výnimočné vlastnosti sa s obľubou využíva v liečbe mnohých očných patologických stavov. Amniová membrána zlepšila schopnosť liečiť ochorenia očnému povrchu

Materiál a metódy: Retrospektíva analýza súbou 50 pacientov, ktorí podstúpili transplantáciu amniovej membrány na Klinike oftalmológie LF UK a UN Bratislava v rokoch 2013 a 2014. Vyhodnotili sme indikácie transplantácie amniovej membrány, jej úspešnosť, počet zlyhaní transplantácie a počet retransplantácií membrány. Hodnotili sme základné demografické charakteristiky súboru.

Výsledky: Ženy tvorili miernu prevahu nad mužmi v počte pacientov a o niečo väčšiu prevahu v počte zákrokov - 26 žien (52%) s 39 zákrokmi (59%) a 24 mužov (48%) s 27 zákrokmi (41%). V lateralizácii výskytu očnej patológie nebol výrazný rozdiel. Vľavo bolo vykonaných 32 zákrokov (48,48%) u 24 pacientov, vpravo 34 zákrokov (51,52%) u 26 pacientov. Najčastejšou príčinou aplikácie, v 22,73% u 13 pacientov, bol ulcus corneae neznámej príčiny nasledovaný symptomatickou bulóznou keratopatiou v 19,7% u 8 pacientov a ulkusi pri herpetickej keratitíde v 10,6% u 6 pacientov. Úraz alebo vulnus penetrans, ulkusy spôsobené parézou n. facialis a sicca syndrómom boli dôvodom transplantácie vždy v 7,57% u 4, 3 a 2 pacientov v danom poradí; hereditárna dystrofia a iná keratitída v 6,06% u 3 a 4 pacientov; ulkusy po excízii bazaliómu a pri postradiačnej keratitíde v 3,03% u 2 a 1 pacienta.

Záver: Amniová membrána je vhodnou liečbou pri množstve ochorení očnému povrchu, keď konzervatívne spôsoby terapie zlyhávajú a môže zabrániť vykonaniu agresívnejšieho zákroku ako je keratoplastika, prípadne umožní upokojiť zápal a keratoplastika sa nevykoná ako emergentná, ale elektívna.

**Kľúčové slova:** amniová membrána, očné ochorenia, kvalita života

•

## ÚVOD

Transplantácia ľudskej amniovej membrány sa klinicky využíva najmä na rekonštrukciu korneálneho a konjunktiválneho povrchu, kde podporuje hojenie epitelu, zmierňuje zápalovú reakciu a tvorbu jaziev. Podobnosť amniovej membrány s limbálnymi výbežkami naznačila jej využitie aj ako substrátu pre ex vivo expanziu limbálnych kmeňových buniek a ich následnú transplantáciu spolu s membránou. Táto metóda sa dnes využíva v širokej praxi. Ďalej sa membrána využíva pri glaukómových operáciách a okuloplastických zákrokoch. Medzi početné klinické indikácie využitia amniovej membrány možno zaradiť korneálne ulkusy, pterygia, chemické a termické popáleniny, operácie glaukómu, symblefaron a ďalšie [10, 11].

V očnej chirurgii bolo opísaných niekoľko vlastností a mechanizmov účinku amniovej membrány, ktoré ju robia vhodným substrátom pre transplantáciu v tomto odvetví chirurgie. Mechanizmy účinku sú odvodené najmä zo zloženia membrány a nie všetky môžeme aplikovať na čerstvú aj uchovávanú membránu. Uchovávané membrány sú považované za inertné a neobsahujú teda žiadne viabilné bunky. Schopnosť takejto membrány ovplyvniť hojenie rany zmenou spektra rastových faktorov a cytokínov je obmedzené [4]. Amniová membrána slúži ako podkladová membrána, ktorá uľahčuje migráciu epitelových buniek, posilňuje adhézie epitelových buniek, podporuje epitelovú diferenciáciu a predchádza apoptóze epitelu. Neznámym mechanizmom taktiež zlepšuje citlivosť rohovky a stabilitu slz [1, 2, 4].

Produkujú rôzne rastové faktory, ktoré stimulujú epitelizáciu a niektrí autori sa tiež domnievajú, že podporuje expanziu a predlžuje životnosť progenitorových epitelových buniek in vivo [6].

Epitelové bunky membrány produkujú mozgový natriuretický peptid (BNP) a hormón uvoľňujúci kortikotropín (CRH), ktoré pomáhajú zvyšovať bunkovú proliferáciu a hrajú úlohu i v kalciovom metabolizme [2]. Bolo zistené, že kryokonzervovaná amniová membrána exprimuje mRNA pre epidermový rastový faktor (EGF), hepatocytový rastový faktor (HGF), keratocytový rastový faktor (KGF) ako aj receptory pre tieto faktory [5].

Proteoglykány v matrici membrány sú dôležité pre bunkovú proliferáciu a diferenciáciu a tým, že viažu rastové faktory, plnia dôležitú úlohu v remodelačných procesoch [9].

Amniová membrána môže týmito mechanizmami urýchliť hojenie epitelu. Jej bazálna membrána slúži ako podklad pre rast epitelových buniek. Izoformy laminínu, ktoré sa nachádzajú v bazálnej membráne uľahčujú adhéziu a expanziu korneálnych epitelových buniek. Táto schopnosť sa uplatňuje taktiež v liečbe čiastočného deficitu limbálnych kmeňových buniek.

Amniová membrána môže byť využitá aj ako krycia kontaktná šošovka, ktorá umožňuje epitelizáciu pod jej povrchom. Má dobrú permeabilitu a tým poskytuje dostatočnú oxygenáciu pre epitelové bunky v porovnaní so syntetickými materiálmi [2].

Prakticky neobmedzená dostupnosť a nízke náklady na získanie a spracovanie robia z amniovej membrány dôležitý biomateriál v medicíne. Cesta od získania donorskej placenty po transplantáciu amniovej membrány je komplexná. Pred klinickou aplikáciou musí prejsť skríningom na rôzne ochorenia a schváleným spôsobom spracovania, ktorý zahŕňa deepitelizáciu, sterilizáciu a konzerváciu.

Existuje viacero metód týchto postupov spracovania a každý spôsob prípravy má odlišný efekt na fyzikálne a biologické vlastnosti amniovej membrány. Preto je ťažké určiť štandardizovaný spôsob prípravy membrány.

Pri každej operácii, pri ktorej dochádza k transplantácii orgánov alebo tkanív je určité riziko prenosu ochorenia. Preto bezpečnostné opatrenia a protokoly používané pri transplantácii orgánov sa vzťahujú aj na transplantácie amniovej membrány v očnej chirurgii [3].

Amniová membrána je často pri vaginálnom pôrode kontaminovaná normálnou flórou pošvy a preto sa membrána získava za sterilných podmienok od dárkyň rodiacich elektívnym cisárskym rezom.

Potenciálna dárkyňa musí prejsť skríningom na ochorenia a sociálne rizikové faktory, ktoré by znamenali riziko pre prenos infekcie. V anamnéze sa pýtame na rizikové sexuálne správanie, transfúzie krvi, intravenózne abúzy drog a tetovania. Po získaní informovaného súhlasu je čo najbližšie k termínu pôrodu krv dárkyne vyšetrená na HIV-1, 2, hepatitídu B, C (HBsAg, anti-HCV), ľudský T- bunkový lymfotropný vírus (HTLV), syfilis, cytomegalovírus (CMV), Toxoplasma gondii a tuberkulózu (TBC).

V Centrálnej tkanivovej banke v Bratislave pripravujú kryokonzervovanú amnióvu membránu skladovanú pri -70°C v kryoprotekčnom médiu, ktoré obsahuje 10 % dimetylsulfoxid (DMSO). Pred použitím membránu vždy preplachujú trikrát vo vhodnom médiu, aby odstránili zvyšky kryoprotekčného roztoku.

## **MATERIÁL A METÓDY**

Analýzu pacientov, ktorí podstúpili na Klinike oftalmológie LF UK a UN Bratislava transplantáciu amniovej membrány v rokoch 2013 a 2014. Vyhodnotili sme indikácie transplantácie amniovej membrány, jej úspešnosť, počet zlyhaní transplantácie a počet retransplantácií membrány. Hodnotili sme základné demografické charakteristiky súboru.

## **VÝSLEDKY**

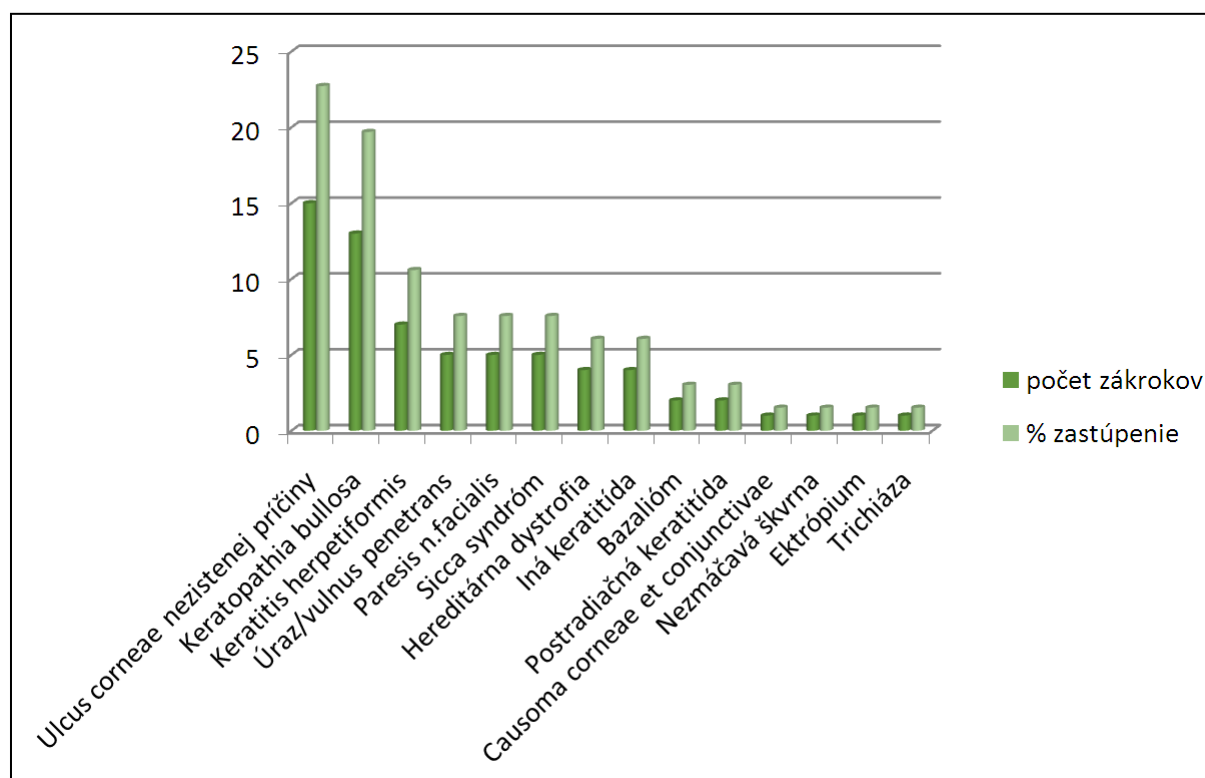
V súbore 50 pacientov bol priemerný vek 63,7 rokov pričom najmladší pacient mal 22 rokov a najstarší pacient zo súboru podstúpil operáciu ako 87-ročný. Medián súboru, teda stredný vek bol 64 rokov a modus, teda najčastejšie sa vyskytujúci vek bol 70, 71 a 73 rokov. Ženy tvorili miernu prevahu nad mužmi v počte pacientov a o niečo väčšiu prevahu v počte zákrokov - 26 žien (52 %) s 39 zákrokmi (59 %) a 24 mužov (48 %) s 27 zákrokmi (41 %). V lateralizácii výskytu očnej patológie nebol výrazný rozdiel. Vľavo bolo vykonaných 32 zákrokov (48,48 %) u 24 pacientov, vpravo 34 zákrokov (51,52 %) u 26 pacientov. Najčastejšou príčinou aplikácie, v 22,73 % u 13 pacientov, bol ulcus corneae neznámej príčiny nasledovaný symptomatickou bulóznou keratopatiou v 19,7 % u 8 pacientov a ulkusmi pri herpetickej keratitíde v 10,6 % u 6 pacientov. Úraz alebo vulnus penetrans, ulkusy spôsobené parézou n. facialis a sicca syndrómom boli dôvodom

transplantácie vždy v 7,57 % u 4, 3 a 2 pacientov v danom poradí; hereditárna dystrofia a iná keratitída v 6,06 % u 3 a 4 pacientov; ulkusy po excízii bazaliómu a pri postradiačnej keratitíde v 3,03 % u 2 a 1 pacienta.

Graf 1 uvádza rôzne príčiny ktoré viedli k patológii rohovky či spojovky a boli indikáciou k aplikácii mniovej membrány. Sú zoradené zostupne podľa početnosti výskytu v pozorovanom súbore.

Najpočetnejšou príčinou bola skupina ulkusov rohovky, ktorých príčina nebola známa alebo sa nám ju nepodarilo zistiť. V tejto indikácii bola transplantácia prevedená 15-krát, čo predstavuje 22,73 % všetkých prípadov.

Druhou najčastejšou príčinou transplantácie membrány bola keratopathia bullosa s tvorbou vredov alebo iných povrchových defektov rohovky, kde bola našitá membrána v 13 prípadoch, čo predstavuje 19,7 % všetkých prípadov.



Graf 1 Počet zákrokov a ich percentuálne zastúpenie

Priemerná centrálna ostrosť zraku (COZ) 33 pacientov bola po operácii 0,153, u 7 pacientov bola COZ udaná ako pohyb ruky, u 1 pacienta svetlocit s lokalizáciou a u 1 bez svetlocitu. U 8 pacientov sa nám COZ nepodarilo zistiť.

Z celkového počtu pacientov bolo amniovou membránou úspešne liečených 37 pacientov (74 %). K zlyhaniu liečby došlo u 7 pacientov (14 %), ak za kritérium zlyhania boli považované pretrvávajúce defekty rohovky a/alebo nutnosť keratoplastiky či eviscerácia. Nehodnotiteľných bolo 6 pacientov (12 %), pretože 2 pacienti sa nedostavili na kontrolu a u 4 pacientov nebolo možné zistiť výsledok zo záznamov.

K zlyhaniu liečby došlo pri ulkusoch neznámej príčiny celkom u 3 pacientov (42,8 %), pri keratitís herpetica u 2 pacientov (28,6 %), a v jednom prípade pri hereditárnej dystrofii (14,3 %) a pri liečbe nezmáčavej škvrny (14,3 %).

## DISKUSIA

Letko et al. z Harvard Medical School v Bostone porovnávali efektívnosť liečby amniovou membránou u 30 pacientov s epitelovými defektami spôsobenými sicca syndrómom, infekčnými ulkusi, radiačnou keratopatiou, jazviacim pemfigoidom, bulóznou keratopatiou, chemickým popálením, herpetickou keratitídou, atopickou keratokonjunktivitídou a ďalšími. Pacienti mali priemerne 55,3 rokov. Priemerná COZ pacientov po operácii bola 0,05 [8].



Po prvej aplikácii membrány sa zhojilo 21 očí (70 %) a v 9 prípadoch (30 %) defekt po prvej aplikácii membrány pretrvával. Rekurencia bola zaznamenaná v 6 prípadoch (29 %) z 21. Priemerný čas prvej rekurencie defektu bol 5,2 týždňa (36,7 dní). Počas sledovania bola transplantácia amniovej membrány opakovaná u 5 pacientov. U 16 pacientov bola súčasne pri prvej transplantácii spravená aj tarsorafie, u 12 (75 %) došlo k zhojeniu defektu, z toho u 4 (33 %) došlo k rekurencii. Podobné výsledky zaznamenali aj u pacientov bez tarsorafie, kde sa úspešne zhojil defekt u 9 pacientov (64 %) zo 14 a u 2 pacientov (22 %) z 9 došlo k rekurencii [7].

Tento súbor pacientov mal podobné zloženie ako pacienti v pozorovanom súbore počas 2 rokov na klinike LF UK a UN Bratislava a tak je vhodný na porovnanie výsledkov.

U nami pozorovaných pacientov bol priemerný vek 63,72 rokov s prevahou žien a priemerná COZ pacientov po operácii bola 0,153, u 7 pacientov bola COZ udaná ako pohyb ruky, u 1 pacienta svetlocit s lokalizáciou, u 1 bez svetlocitu a u 8 pacientov sa nám COZ nepodarilo zistiť.

Z celkového počtu pacientov bolo amniovou membránou úspešne liečených 37 pacientov (74 %). K zlyhaniu liečby došlo u 7 pacientov (14 %), ak za kritérium zlyhania boli považované pretrvávajúce defekty rohovky a nutnosť keratoplastiky či eviscerácia. 6 pacientov (12 %) bolo nehodnotiteľných, pretože 2 pacienti sa nedostavili na kontrolu a u 4 pacientov nebolo možné zistiť výsledok zo záznamov. Ak vylúčime týchto pacientov, úspešnosť liečby membránou bola 84,1 % a k zlyhaniu došlo u 15,9 %.

Rekurencia bola zaznamenaná u pacientov s opätovne transplantovanou membránou, ktorú malo aplikovanú 10 pacientov (7 žien a 3 muži), čo predstavuje 15,15 % všetkých pacientov. Títo pacienti podstúpili spolu 16 retransplantácií (24,24 % zákrokov). Priemerná doba medzi retransplantáciami bola u nich 94,94 dní. Ak zhodnotíme iba prvú prvú retransplantáciu u pacientov, priemerná doba bola 116,7 dní. Najčastejšie za sledované obdobie bola transplantovaná membrána u pacientky s bulóznou keratopatiou, a to 5-krát.

## ZÁVER

Úloha amniovej membrány v liečbe ochorení očného povrchu je nespochybniteľná. Medzi hlavné výhody amniovej membrány patrí: stimulácia reepitelizácie očného povrchu, prevencia jazvenia, neovaskularizácie, tlmenie zápalovej reakcie, nespúšťa imunologické reakcie, umožňuje migráciu buniek po jej povrchu a ich diferenciáciu, tvorí mechanickú bariéru pre baktérie a ochraňuje postihnuté tkanivo, umožňuje dorastanie nervových zakončení v spojovke a tým obnovuje jej senzitivitu.

## LITERATÚRA

- [1] ARORA R, MEHTA D, JAIN V. Amniotic membrane transplantation in acute chemical burns. Nature Publishing Group. Eye 2005; 19:273-278.
- [2] BARADARAN-RAFII A, AGHAYAN H, ARJMAND B, JAVADI MA, Amniotic Membrane Transplantation, Iran J Ophtalmic Res 2007; 2(1): 58-75.
- [3] DUA HS, AZURA-BLANCO A. Amniotic membrane Transplantation, Br J Ophtalmol 1999; 83:748- 752.
- [4] DUA HS, GOMES JAP, KING AJ, MAHARAJAN VS. The Amniotic Membrane in Ophthalmology. Survey of Ophtalmology 2004; 49 (1):51- 77.
- [5] GRIS O, CAMPO Z, WOLLEY-DOD CH, GÜELL JL, BRUIX A, CALATAYUD M, ADÁN A. Amniotic Membrane Implantation as a Therapeutic Contact Lens for the Treatment of Epithelial Disorders. Cornea 2002; 21(1):22-27.
- [6] GRUETERICH M, TSENG SC. Human limbal progenitor cellsexpanded on human amniotic membrane ex vivo. Arch Ophthalmol 2002;120:783-790.
- [7] LEE SH, TSENG SC. Amniotic membrane transplantation for persistent epithelial defects with ulceration. Am J Ophthalmol 1997; 123:303–12.

- [8] LETKO E, STECHSCHULTE SU, KENYON K.R. et al. Amniotic Membrane Inlay and Overlay Grafting for Corneal Epithelial Defects and Stromal Ulcers. Arch Ophthalmol 2001; 119:659-663.
- [9] MAMEDE AC, BOTELHO MF. Amniotic membrane, Origin, Characterization and Medical Applications, Springer; 1st ed. 2015 edition, 254p, ISBN 978-94-017-9975-1.
- [10] NAKAMURA T, YOSHITANI M, RIGBY H. et al. Sterilized, freeze-dried amniotic membrane: a useful substrate for ocular surface reconstruction. Invest Ophthalmol Vis Sci 2004; 45:93–99.
- [11] NIKNEJAD H, PEIROVI H, JORJANI M, AHMADIANI A, GHANAVI J, SEIFALIAN AM. Properties of the amniotic membrane for potential use in tissue engineering. European Cells and Materials 2008 15:88-99. ISSN 1473-2262.

## **Kontakt**

doc. Mgr. MUDr. Furdová Alena, PhD., MPH, MSc.

Klinika oftalmológie LFUK a UNB

Nemocnica Ružinov

Pažítková 4

821 01 Bratislava

e-mail: [alikafurdova@gmail.com](mailto:alikafurdova@gmail.com)

# Zdravotné uvedomenie sestier o prevencii nádorového ochorenia prsníka

Raková Jana

*Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach, Ústav ošetrovateľstva*

Úvod: Podpora zdravia, jeho ochrana a rozvoj patria k ústredným úlohám sestry v kontexte zdravotno-výchovného pôsobenia. Ak má sestra pri výkone svojej profesie uskutočňovať podporu zdravia a účinnú prevenciu mala by byť sama v tejto oblasti vzorom. Realizácia prevencie je úzko spojená s vlastným zdravotným uvedomením sestier.

Cieľ: Cieľom nášho prieskumu bolo zhodnotiť vedomosti sestier a posúdiť vykonávanie prevencie v súvislosti s nádorovým ochorením prsníkov.

Metódy: V roku 2015 sme distribuovali neštandardizovaný dotazník a pre spoluprácu sme oslovili 132 sestier z onkologických a chirurgických pracovísk v Košiciach. Výsledky boli spracované s využitím metód deskriptívnej štatistiky.

Výsledky: Pri kategorizácii sestier podľa klinického pracoviska, sestry na onkologických pracoviskách dosahovali v priemere o 20% lepšie výsledky v oblasti prevencie nádorového ochorenia prsníkov, ako sestry na chirurgických pracoviskách. Potvrdilo sa nám, že polovica sestier v našom prieskume v rámci oboch aplikovaných odborov vykonáva samovyšetrovanie prsníkov nepravidelne. Vysokoškolsky vzdelané sestry dosahovali lepšie výsledky o problematike prevencie nádorových ochorení prsníkov v porovnaní so skupinou sestier so stredoškolským a vyšším odborným vzdelaním.

Záver: V odporúčaníach chceme poukázať na potrebu zvyšovania zdravotného uvedomenia v skúmanej oblasti tak zo strany laickej ako aj odbornej verejnosti v prospech ich pozitívneho postoja k vlastnému zdraviu.

**Kľúčová slova:** Zdravotné uvedomenie. Sestra. Prevencia. Nádorové ochorenie prsníka.

**Literatura:** KÁLLAYOVÁ, A., BELLA, V. 2012. Mamografický skrining rakoviny prsníka: zníženie mortality o 30 %. In: Onkológia (Bratisl.), 2012; roč. 7(2): 98–100.

PALKOVÁ, Ľ., BERČ, A. a kol. 2010. Onkologické ošetrovateľstvo II. ZZ design studio – Ing. Zvonimír ZÁVIŠ, 2010. 164 s. ISBN 978-80-969605-5-2.

URBANOVÁ, E. 2010. Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy. Martin: Osveta, 2010. 256 s. ISBN 978-80-8063-343-1.

•

## Úvod

Starostlivosť o svoje zdravie je jednou z prioritných úloh, ktoré stoja v priebehu života pred každým človekom. Chápanie pojmu zdravia ako všeobecne uznávanej hodnoty závisí od spoločnosti, jej kultúry a od stupňa jej rozvoja (Zamboriová, Simočková, 2014). Skutočnú hodnotu zdravia si mnohokrát človek uvedomí až vtedy, keď ho stratí. Najobávanejšie ochorenie tak pre laickú ako aj pre odbornú verejnosť predstavuje onkologické ochorenie. Zhubné nádory sa stali celospoločenským problémom, ktorý sa týka každého z nás (Kalátová, 2012). Podľa WHO onkologické ochorenia sú často krát spôsobené nielen pretrvávajúcimi prehrškami v zdravom životnom štýle, ale aj zanedbávaním preventívnych prehliadok, pri ktorých sa dajú odhaliť včasné a veľmi dobre liečiteľné štádiá ochorení (Rakovina sa týka..., 2015). Karcinóm prsníka postihuje ženy častejšie ako akýkoľvek iný druh nádoru a v súčasnosti je najčastejším sa vyskytujúcim zhubným nádorom u žien ako to potvrdzujú viaceré publikované štúdie (Hlava a kol., 2010, Ondrušová a kol., 2011, Pšenková a kol., 2013, Taranikanti et al., 2014, Ondrušová a kol., 2015, Ochaba, Jakubková, 2016). Informovanosť je prvým krokom v boji proti rakovine prsníka (Awareness..., 2012). Rovnako dôležité je spomenúť, že prevencia v onkológii má veľmi významné miesto a je najúčinnjším spôsobom boja proti ochoreniu. Úlohou primárnej prevencie je v prvom rade posilnenie zdravia a tiež zvýšenie odolnosti jedinca proti ochoreniam. Jej smerovaním v onkológii je znižovanie až eliminácia rizikových faktorov, ktoré majú preukázateľný a priamy vplyv na vznik nádorových ochorení. Sekundárna prevencia je zameraná na zisťovanie ranných, bezpríznakových štádií onkologických ochorení, pri ktorých možno očakávať nielen lepšie terapeutické výsledky, ale i úplné vyliečenie. Dôkladná anamnéza zameraná na exogénne a endogénne rizikové faktory spolu so skriningovými metódami veľmi napomáhajú k včasnému odhaleniu nádorov. Terciárna prevencia zahŕňa opatrenia, ktoré vzniknú po prekonaní ochorenia a v podstate je zhodná so zásadami sekundárnej prevencie. Jej

úlohou je obnoviť zdravie a zabezpečiť optimálne fungovanie organizmu v rámci možností daných ochorením. Niektorá literatúra popisuje aj kvartérnu prevenciu, ktorej súčasťou sú opatrenia k predchádzaniu možných komplikácií (Žaloudík, 2008, Palková, Berč a kol., 2010, Pleško, 2010).

Prevencia rakoviny prsníka patrí medzi priority zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Základom pre účinnú prevenciu v onkológii je zlepšenie povedomia celej spoločnosti o nádorových ochoreniach. Dôraz na prevenciu a včasnú diagnostiku onkologických ochorení sa premietol do Národného onkologického programu. V SR existuje preventívny mamografický program. Žiaľ systematický skrining karcinómu prsníka sa na Slovensku nerealizuje. Preventívna mamografia je hradená zo zdrojov verejného zdravotného poistenia po dosiahnutí 40. roku veku v dvojročných intervaloch do 69 rokov života ženy. Indikuje ju gynekológ alebo všeobecný lekár, ak pri preventívnej prehliadke zistí, že žena v posledných 2 rokoch takto vyšetrená nebola (Bendová, Kaňuch, 2011, Odborné usmernenie MZ SR pre vykonávanie preventívnych mamografických vyšetrení, 2005). V ČR prebieha od roku 2002 „Národní program screeningu karcinomu prsu.“ Program je od začiatku plne organizovaný, s jasne definovanými pravidlami a sieťou kontrolovaných akreditovaných centier, ktorých je v súčasnosti 68 po celom území ČR. Neoddeliteľnou súčasťou programu je jeho informačná podpora, ktorá umožňuje hodnotenie celého skriningového procesu a jeho dopad na cieľovú populáciu. V januári 2014 bolo zahájené adresné pozývanie žien do skriningového programu (Daneš, Bartoňková, Skovajsová, 2015). Podľa aktuálne platnej legislatívy v ČR je podmienkou pre úhradu skriningovej mamografie z prostriedkov verejného zdravotného poistenia u žien bez príznakov ochorenia jej prevedenie v skriningovom centre, indikácia k vyšetreniu registrovaným gynekológom alebo všeobecným praktickým lekárom a vek ženy nad 45 rokov v dvojročnom intervale (Doporučený standard..., 2010).

V súvislosti s preventívnymi aktivitami v kontexte karcinómu prsníka pokladáme za dôležité spomenúť aj organizáciu s názvom EUROPA DONNA - je to európska koalícia pre kontrolu rakoviny prsníka. Pôsobí ako nezávislá nezisková organizácia, ktorá má pridružené národné organizácie v rámci celej Európy. Táto koalícia si kladie za úlohu povzniesť povedomie žien o prevencii rakoviny prsníka a mobilizovať európske ženy v zmysle naliehania na zlepšenie prevencie a informovanosti o rakovine prsníka, podpory zázemia pre uskutočňovanie vhodného skriningu rakoviny prsníka, taktiež vhodnú liečbu a starostlivosť, ako aj podporu financovania výskumu. Europa Donna Slovensko vznikla dňa 16. 9. 2013 vstupom Ružová stužka, n.f. do európskej koalície pre kontrolu rakoviny prsníka s názvom Europa Donna International (Europa Donna, 2016). Pod záštitou tejto organizácie sa v mnohých krajinách organizuje kampaň pod názvom „Breast Health Day“, konaná dňa 15. októbra. Tento deň je zvlášť venovaný prevencii onkologických ochorení prsníka a vyzýva ženy, aby sa špeciálne venovali zdraviu prsníkov. Rovnako aj Česká republika je členskou krajinou Europa Donna International prostredníctvom organizácie „Aliance žen s rakovinou prsu.“

Cieľom nášho príspevku bolo zistiť, či má vplyv zaradenie sestier podľa klinického pracoviska a ich vzdelanie na ich zdravotné uvedomenie o prevencii nádorového ochorenia prsníkov a na ich realizáciu preventívnych opatrení v skúmanej oblasti.

## Súbor

Súbor tvorilo 132 oslovených sestier, ktoré sme kategorizovali na základe ich pracovného zaradenia na klinickom pracovisku a ďalšou z premenných bolo najvyššie dosiahnuté vzdelanie. Bližšie rozdelenie prezentujeme v tab. 1.

Tab. 1 Rozdelenie sestier podľa pracoviska a vzdelania

| Klinické pracovisko            |     |     |
|--------------------------------|-----|-----|
|                                | N   | %   |
| Chirurgické pracovisko         | 62  | 47  |
| Onkologické pracovisko         | 70  | 53  |
| Spolu                          | 132 | 100 |
| Najvyššie dosiahnuté vzdelanie |     |     |
|                                | N   | %   |
| SZŠ, VOV                       | 56  | 42  |
| VŠ                             | 76  | 58  |
| Spolu                          | 132 | 100 |

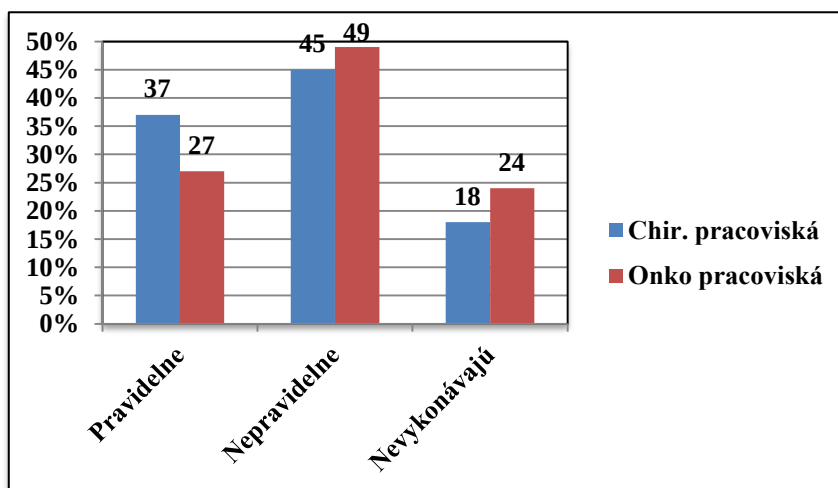
## Metodika

Prieskum prebiehal v období 01-02/2015 na onkologických (skr. onko) a chirurgických (skr. chir.) pracoviskách v Košiciach (podľa Martinková, 2015). Účasť sestier v prieskume bola dobrovoľná a anonymná, mohli sa ho zúčastniť sestry z oslovených pracovísk bez ohľadu na vek, dĺžku odbornej praxe alebo najvyššie dosiahnuté vzdelanie. Na zhodnotenie zdravotného uvedomenia sestier o prevencii nádorového ochorenia prsníka a následnej realizácii vlastných intervencií sme použili neštandardizovaný dotazník, ktorý obsahoval 18 otázok. V otvorených otázkach mali sestry vymenovať príznaky alebo rizikové faktory vzniku nádorového ochorenia prsníkov, v uzavretých otázkach sme hodnotili samovyšetrovanie prsníkov - techniku a frekvenciu realizácie, zamerali sme sa aj na skriningové metódy.

V prieskume bolo distribuovaných 140 dotazníkov s návratnosťou 94%. Pri spracovaní výsledkov sme použili deskriptívne štatistické metódy.

## Výsledky a diskusia

Pri kategorizácii sestier podľa klinického pracoviska sme skúmali, či realizujú samovyšetrovanie prsníkov, ktoré je dôležitou súčasťou detekcie zmien na prsníkoch. Z grafu 2 je zrejme, že aj napriek erudovanosti sestier v súbore prevládala skôr nepravidelný interval samovyšetrovania prsníkov a pravidelne tento úkon vykonáva menej ako polovica sestier. Kým nedávne štúdie ukazujú, že samovyšetrovanie prsníka neznižuje počet úmrtí na rakovinu prsníka, EUROPA DONNA povzbudzuje ženy, aby vyhľadali lekársku pomoc, vždy ak zistia akékoľvek neobvyklé zmeny (Stručný príručník..., 2013).



Graf 1 Realizácia samovyšetrovania prsníkov u sestier

Ďalšou dôležitejšou znalosťou zo strany sestier bolo pre nás poznanie správnej techniky samovyšetrovania prsníkov (tab. 2). Sestry mali tento postup jasne popísať, no bolo to zrejme len pre 28 (45%) sestier z chirurgických pracovísk a 40 sestier (57%) z onkologických pracovísk. Zaujímavou a zároveň užitočnou radou pre hmatové samovyšetrovanie prsníkov je nová metóda MammaCare (Skovajsová, 2016). Mamografické vyšetrenie prsníkov je jednou z najspoľahlivejších metód včasného rozpoznania rakoviny prsníka, jeho senzitivita je 85-90% (Bendová, Kaňuch, 2011 podľa Banks, Reeves, Beral a kol., 2004). Preventívne mamografické vyšetrenie je súčasťou preventívnej gynekologickej prehliadky u žien v SR po 40. roku veku. S týmto faktom boli viac uzrozmene sestry z onkologického pracoviska, správne odpovedalo 40 sestier (81%).

Tab. 2 Znalosť sestier o technike samovyšetovania a mamografickom vyšetrení

| Správna technika samovyšetovania prsníkov                 |                  |     |                    |     |
|-----------------------------------------------------------|------------------|-----|--------------------|-----|
|                                                           | SPRÁVNE odpovede |     | NESPRÁVNE odpovede |     |
| Chir. pracoviská (N=62)                                   | 28               | 45% | 34                 | 55% |
| Onko pracoviská (N=70)                                    | 40               | 57% | 30                 | 43% |
| Začiatok preventívneho mamografického vyšetrenia prsníkov |                  |     |                    |     |
|                                                           | SPRÁVNE odpovede |     | NESPRÁVNE odpovede |     |
| Chir. pracoviská (N=62)                                   | 42               | 68% | 20                 | 32% |
| Onko pracoviská (N=70)                                    | 57               | 81% | 13                 | 19% |

So vznikom chronických neinfekčných ochorení, ku ktorým patria aj onkologické ochorenia sa spája mnoho podmieňujúcich príčin a faktorov. Jedným z nich je nesprávny životný štýl (nezdravá výživa, fajčenie a konzumácia alkoholu, nedostatočná pohybová aktivita...), ktorý je podľa Kožuchovej, Baškovej (2015) všeobecne považovaný za významný faktor vo vzťahu k zdravotnému stavu jednotlivca. V našom záujme bolo zistiť aký je názor sestier na túto problematiku (tab. 3). 50 sestier (81%) na chirurgických pracoviskách a 52 sestier (74%) na onkologických pracoviskách zastáva názor, že životný štýl má vplyv na vznik nádorového ochorenia. Výživa je významný faktor životného štýlu, ktorý zohráva dôležitú úlohu v udržiavaní optimálneho zdravia a výkonnosti (Dimunová, Mechírová, 2013). V súvislosti s karcinómom prsníka na základe výsledkov štúdie Tirpáková (2012) intervenuje, že je potrebné zvyšovať nutričné uvedomenie populácie, apelovať na vplyv stravovania na vznik a rozvoj onkologických ochorení, aby zmeny viedli k dodržiavaniu nutričných odporúčaní v dennom príjme potravy a obmedzeniu konzumácie alkoholu a tým k zlepšovaniu zdravotného stavu populácie.

Tab. 3 Názor sestier na vplyv životného štýlu na vznik nádorového ochorenia

|                         | ÁNO |     | NIE |     |
|-------------------------|-----|-----|-----|-----|
| Chir. pracovisko (N=62) | 50  | 81% | 12  | 19% |
| Onko pracovisko (N=70)  | 52  | 74% | 18  | 26% |

Pri kategorizácii sestier z hľadiska vzdelania nás zaujímalo, či majú sestry znalosti o príznakoch a rizikových faktoroch vzniku nádorového ochorenia prsníkov. Chceli sme tiež vedieť ako sestry definujú pojem skrining (tab. 4). Sestry s vysokoškolským vzdelaním mali lepšiu znalosť v oblasti príznakov a rizikových faktorov a náš predpoklad v tomto kontexte sa naplnil, pojem skrining vedelo jednoznačne definovať približne 30% sestier v oboch skupinách. Táto oblasť sa nám ukázala ako deficitná a zaslúži si väčšiu pozornosť tak zo strany sestier ako aj zo strany laickej verejnosti.

Tab. 4 Znalosť príznakov a rizikových faktorov karcinómu prsníka a pojmu skrining

| Príznaky nádorového ochorenia prsníkov                |                  |     |                    |     |
|-------------------------------------------------------|------------------|-----|--------------------|-----|
|                                                       | SPRÁVNE odpovede |     | NESPRÁVNE odpovede |     |
| SZŠ, VOV (N=56)                                       | 33               | 59% | 23                 | 41% |
| VŠ (N=76)                                             | 69               | 91% | 7                  | 9%  |
| Rizikové faktory vzniku nádorového ochorenia prsníkov |                  |     |                    |     |
|                                                       | SPRÁVNE odpovede |     | NESPRÁVNE odpovede |     |
| SZŠ, VOV (N=56)                                       | 32               | 57% | 24                 | 43% |

|                                                 |                  |     |                    |     |
|-------------------------------------------------|------------------|-----|--------------------|-----|
| <b>VŠ (N=76)</b>                                | 60               | 79% | 16                 | 21% |
| <b>Definovanie pojmu skríningové vyšetrenie</b> |                  |     |                    |     |
|                                                 | SPRÁVNE odpovede |     | NESPRAVNE odpovede |     |
| <b>SZŠ, VOV (N=56)</b>                          | 18               | 32% | 38                 | 68% |
| <b>VŠ (N=76)</b>                                | 26               | 34% | 50                 | 66% |

Významnou súčasťou prevencie rakoviny prsníka je poskytovanie informácií a zvyšovanie vedomostnej úrovne žien tak, aby úspešne zvládli jednotlivé postupy prevencie v celej šírke (Kopáčiková, Stančiak, 2011). S uvedeným súvisí aj naša otázka o edukácii zameranej na prevenciu, ktorú realizujú/nerealizujú sestry medzi pacientkami na vlastných pracoviskách (tab. 5). Zistenia boli pre nás prekvapivé, keďže v našom súbore 23 sestier (30%) s VŠ vzdelaním občas edukuje o prevencii nádorového ochorenia prsníkov, no nikdy sa tejto téme pri edukácii nevenuje 16 sestier (29%) so SZŠ a VOV vzdelaním a 15 sestier z VŠ vzdelaním. Zastávame názor, že edukačná rola sestry má v súčasnej ošetrovateľskej praxi určité obmedzenia vzhľadom na mnohé determinanty (časový faktor, preťaženosť sestier, priestor na edukáciu...), no súhlasne s Bydžovským, Kabátom a kol. (2015) intervenujeme, že celý multidisciplinárny tím by mal neustále zjednocovať informácie tak, aby zo všetkých zdrojov ku klientovi/pacientovi a jeho okoliu odchádzali informácie jasné, zrozumiteľné a v pravý čas.

Tab. 5 Edukácia pacientok o prevencii nádorového ochorenia prsníkov sestrami

|                 | <b>SZŠ, VOV<br/>(N=56)</b> | <b>%</b> | <b>VŠ<br/>(N=76)</b> | <b>%</b> |
|-----------------|----------------------------|----------|----------------------|----------|
| <b>Vždy</b>     | 3                          | 5%       | 14                   | 18%      |
| <b>Občas</b>    | 15                         | 27%      | 23                   | 30%      |
| <b>Niekedy</b>  | 14                         | 25%      | 14                   | 18%      |
| <b>Málokedy</b> | 8                          | 14%      | 10                   | 13%      |
| <b>Nikdy</b>    | 16                         | 29%      | 15                   | 20%      |

## Záver

Karcinóm prsníka je najčastejšie diagnostikované nádorové ochorenie žien na Slovensku, ktoré spôsobuje významnú záťaž nielen pre ženy, postihnuté týmto ochorením, ale má významný sociálno-ekonomický dopad na celý zdravotný systém a spoločnosť (Pšenková a kol., 2013). Posledná doba priniesla do oblasti zdravotníctva nielen zmenu poskytovania zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti, ale v prvom rade aj zmenu postoja pacientov k svojmu zdraviu, ktorý už nie je pasívnym prijímateľom starostlivosti, ale jej aktívnym účastníkom, čo malo za následok prevzatie zodpovednosti za vlastné zdravie (Vatehová, Kilíková, 2015). Sestry by mali byť príkladom pre verejnosť v starostlivosti o vlastné zdravie, konkretizujú Dimunová, Nagyová, Ivan (2016), keďže denne prichádzajú do styku s pacientmi, ktorí si vlastným nezodpovedným správaním spôsobujú ochorenia.

Zo zistení nášho prieskumu je zrejmé, že ani profesia sestry ako zdravotníckeho profesionála nezaručuje, že sestry majú dostatočné vedomosti o prevencii nádorového ochorenia prsníkov a žijú zdravo. Záverom si dovoľíme poďakovať všetkým sestrám za účasť v prieskume a navrhujeme niekoľko odporúčaní ako zlepšiť prístup sestier k prevencii nádorového ochorenia prsníkov prípadne ako u sestier poznamky o tejto problematike doplniť.

Sestram odporúčame:

zúčastňovať sa vzdelávacích aktivít zameraných na prevenciu nádorového ochorenia prsníkov ako aj iných onkologických ochorení, s možnosťou implementácie poznatkov v prospech zdravia žien/pacientok na chirurgických a onkologických pracoviskách,

aktívne realizovať edukáciu o prevencii nádorového ochorenia prsníkov u žien ambulantne aj v ústavnom zdravotníckom zariadení,

zapájať sa do skríningových programov na vyhľadávanie potenciálne ohrozených žien vznikom nádorového ochorenia prsníkov,

spolupracovať s podpornými skupinami a patientskymi organizáciami pre možnosť zlepšenia onkologickej prevencie,

byť pacientkam príkladom v starostlivosti o vlastné zdravie.

## Použitá literatúra

Awareness is the first step in battle against breast cancer. In: *Bull World Health Organ* 2012; 90:164-165, doi:10.2471/BLT.12.030312.

BELLA V., KÁLLAYOVÁ A. 2011. Národný skríningový program rakoviny prsníka Slovenskej republiky. [online]. Komplexný návrh. 3.4.2011. [cit. 2016-05-10]. Dostupné na: <<http://www.ruzovastuzka.sk/files/skrining.doc>>.

BENDO VÁ, J., KAŇUCH, J. 2011. *Všeobecné preventívne a vyhľadávacie postupy pri nádorových ochoreniach v primárnej starostlivosti*. Odporúčený diagnostický postup pre všeobecných praktických lekárov. [online]. [cit. 2016-05-10]. Dostupné na: <[http://www.vpl.sk/files/file/conferences\\_files/Onkoprevencia\\_s\\_obalkou\\_do\\_tlace.pdf](http://www.vpl.sk/files/file/conferences_files/Onkoprevencia_s_obalkou_do_tlace.pdf)>.

BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. 2015. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*. VŠZaSP sv. Alžbety, Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna. 2015. 140 s. ISBN 978-80-905973-2-7.

DANEŠ, J. BARTOŇKOVÁ, H., SKOVAJSOVÁ, M. 2015. *Oficiální výsledky Národního programu mamografického screeningu v roce 2014*. [online]. [cit. 2016-05-10]. Dostupné na: <<http://www.mamo.cz/res/file/vysledky/vysledky-2015-11.pdf>>.

DIMUNOVA, L., NAGYOVÁ, I., IVAN, O. 2016. Práca na zmeny a životný štýl sestier po 50. roku života. In: *Zdravotnícke listy*, 2016, roč. 4, č. 1., ISSN 1339-3022.

DIMUNOVÁ L., MECHÍROVÁ V. 2013. Specific life style factors among nurses and midwives. *Ošetrovatelství a Porodní Asistence*. 2013; 4(4): 700-707.

*Doporučený standard pro poskytování screeningu karcinomu prsu a provádění diagnostické mamografie v České republice*. [online]. Vestník MZ ČR, 2010. 26.3.2010. č. 4.

*Europa Donna*. 2016. [online]. [cit. 2016-05-10]. Dostupné na: <[http://www.europadonna.sk/#465\\_\\_O\\_nas](http://www.europadonna.sk/#465__O_nas)>.

HLAVA, P. a kol. 2010. Zhubné nádory v SR - vybrané epidemiologické ukazovatele. [online]. NCZI, 2010. [cit.2016-05-10]. Dostupné na: <[http://data.nczisk.sk/publikacie/analyticke/zhubne\\_nadory\\_sr.pdf](http://data.nczisk.sk/publikacie/analyticke/zhubne_nadory_sr.pdf)>.

KALÁTOVÁ, D. 2012. Prvky rehabilitačného ošetrovatelství v onkologii. In: Beňo, P., Andrejiová, L., Šrámková, M. (eds.) *Spolupráca pomáhajúcich profesií – determinant kvality života populácie*. Prešov: ÚSVaZ bl. P. P. Gojdiča, 2012. s. 193. ISBN 978-80-89464-10-4.

KOPÁČIKOVÁ, M. STANČIAK, J. 2011. Edukácia žien v prevencii rakoviny prsníka. In: Pospíšilová, A., Juřeniková, P. (eds.) *VI. Mezinárodní konference všeobecných sester a pracovníků vzdělávajících nelékařská zdravotnická povolání*. Brno: Katedra ošetrovatelství LF MU, 2011. s. 128-134. ISBN 978-80-7399-196-8.

KOŽUCHOVÁ, M., BAŠKOVÁ, M. 2015. Selected factors of lifestyle in relation to overweight in population of school-aged youth. *Kontakt*, September 2015; 17(3): 142-146.

MARTINKOVÁ P. 2015. *Zdravotné uvedomenie sestier o význame prevencie pri nádorovom ochorení prsníka*. Košice: LF UPJŠ, 2015. Bakalárska práca. 39 s.

*Odborné usmernenie MZ SR pre vykonávanie preventívnych mamografických vyšetrení*. Vestník MZ SR, 2005. Osobitné vydanie. 24.11.2005. roč. 53.

OCHABA, R., JAKUBKOVÁ, V. 2016. Súčasný stav nádorových ochorení u žien v SR. *SJHS*, 2016; 7(1): 116-129.

ONDRUŠOVÁ, M. a kol. 2011. Epidemiologické ukazovatele a situácia v skríningu karcinómu prsníka na Slovensku. *Via pract.*, 2011; 8(5): 206–209.



- ONDRUŠOVÁ, M. a kol. 2015. Vybrané ukazovatele epidemiológie karcinómu prsníka na Slovensku. *Onkologia* (Bratisl.), 2015; 10(4): 210–213.
- PALKOVÁ L., BERČ A., a kol. 2010. *Onkologické ošetrovateľstvo* II.. ZZ design studio, 2010. 164 s. ISBN 978-80-969605-5-2.
- PLEŠKO, I. Aktuálne problémy štruktúry a orientácie komplexných národných programov boja proti zhubným nádorom. *Klin Onkol* 2010; 23(6): 408–415.
- PŠENKOVÁ a kol. 2013. Vývoj nepriamych ukazovateľov prežívania na nádory prsníka na Slovensku vo vzťahu k využívaniu zdravotnej starostlivosti. *Farmakoekonomika a lieková politika*, 2013; 9(3): 7-10.
- Rakovina sa týka nás všetkých. 2015. *Lekárnické listy* roč. XVII., február 2015. s. 20-21.
- SKOVAJSOVÁ, M. 2016. *Rakovina prsu: Preventivní samovyšetření prsu*. [online]. [cit. 2016-05-10]. Dostupné na: <<http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-verejnost--rakovina-prsu--samovysetreni-prsu>>.
- Stručný průvodce evropskými obecnými zásadami pro zajištění kvality screeningu a diagnózy zhoubných nádorů prsu*. 2013. [online]. EUROPA DONNA. Český překlad. 2013. [cit. 2016-05-10]. Dostupné na: <<http://www.europadonna.org/wp-content/uploads/shortguide-EG-Czech.pdf>>.
- TARANIKANTI, M. et al. 2014. Knowledge of nurses about breast cancer risk factors, general awareness and screening procedures in South India. In: *J Med Sci Public Health* 2014;3:1372-1375.
- TIRPÁKOVÁ, M. 2012. Výživa v etiológii onkologických ochorení. In: Beňo, P., Andrejiová, L., Šrámková, M. (eds.) *Spolupráca pomáhajúcich profesií – determinant kvality života populácie*. Prešov: ÚSVaZ bl. P. P. Gojdiča, 2012. s. 38-51. ISBN 978-80-89464-10-4.
- VATEHOVÁ, D. KILÍKOVÁ, M. 2015. Etické aspekty v komunitnom ošetrovateľstve. In: Kožuchová, M. (ed.) *Teória a prax domácej ošetrovateľskej starostlivosti*. Kežmarok: AADOS, 2015. s. 156-164. ISBN 978-80-971969-0-5.
- ZAMBORIOVÁ M, SIMOČKOVÁ V. 2014. Zdravie ako súčasť metaparadigmy v ošetrovateľstve. In: Kožuchová, M. (ed.) *20 rokov agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku, zborník odborných a vedeckých prác*. Kežmarok: AADOS, 2014. s. 308. ISBN 978-80-971586-5-1.
- ŽALOUDEK, J. 2008. *Vyhnete se rakovině*. Praha: Grada Publishing, 2008. 192 s. ISBN 978-80-247-2307-5.

# Metastáza - náhoda alebo predprogramovaná nádorová diseminácia?

Biró Csaba

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. Bratislava*  
*Ústav patológie, Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava*

Úvod: Nádor definujeme ako klonálny prírastok buniek tkaniva. Produkuje samostatné rastové signály, nereaguje na rast inhibujúce signály, inhibuje apoptózu, má neobmedzený rastový potenciál, indukuje tvorbu vlastných ciev, má schopnosť invazívneho rastu do okolitého tkaniva a schopnosť vytvoriť v iných miestach v organizme alebo v orgánoch metastázy na základe dopredu určeného tkanivového alebo orgánového tropizmu.

Jadro: Nádorový rozsev môže nastať do viacerých orgánov, ale metastatické ložisko bude rásť len v jednom orgáne. Sú dôkazy aj o tom, že bunky primárneho nádoru sú dlhodobo nemé a prejavia sa najskôr metastázou, ešte pred diagnózou primárneho nádoru. V dnešnej dobe sa predpokladá opakovaný nádorový rozsev primárneho nádoru. V rámci metastazovania nádorová bunka privlastňuje vlastnosti nádorového mikroprostredia na každom kroku metastatickej kaskády: na úrovni primárneho tumoru, v cirkulácii, v cieľovom orgáne resp. na sekundárnom mieste. Veľmi zaujímavým fenoménom je štádium mikrometastázy, pre ktoré je typické tzv. angiogénne obdobie pokoja – rovnováha proliferácie a apoptózy, ktoré neprogreduje ďalej a je klinicky nemé. Kľúčovú úlohu pri metastazovaní hrajú tumorom asociované makrofágy (TAM), od myeloidných buniek odvodené supresorové bunky (myeloid – derived supressor cells – MDSCs), karcinómom asociované fibroblasty (CAF), exozómy, proteázy, spojivové bunky v oblasti čela tumor, trombocyty.

Záver: Metastazovanie nádoru nie je náhodné. Odhaduje sa, že z primárneho ložiska každý deň do krvi môžu byť uvoľnené aj desiatky tisíc nádorových buniek, ale z nich len menej ako 0,01% prežije so schopnosťou tvoriť metastázy.

**Kľúčová slova:** nádor, metastáza, makrofágy, proteázy, exozómy

•

## Úvod

Nádor makroskopicky môžeme charakterizovať ako miestne ohraničené zväčšenie objemu tkanivových štruktúr s rastom mimo hraníc tkaniva, v ktorom vznikol, so schopnosťou šírenia sa do priľahlých štruktúr. Z genetického hľadiska takýto prírastok buniek tkaniva má klonálny charakter. Rast novovytvoreného tkaniva nie je v harmonickom súlade s rastom okolitých tkanív a rovnovážnym stavom organizmu. Produkuje samostatné rastové signály, nereaguje na rast inhibujúce signály, inhibuje apoptózu, má neobmedzený rastový potenciál, indukuje tvorbu vlastných ciev, má schopnosť invazívneho rastu do okolitého tkaniva a schopnosť vytvoriť v iných miestach v organizme alebo v orgánoch metastázy na základe dopredu určeného tkanivového alebo orgánového tropizmu. Nádorová proliferácia pretrváva aj po odstránení základného etiologického momentu. Všetky tieto charakteristiky nie sú pri všetkých tumoroch rovnako vyznačené. Najvýraznejšie sú vyznačené pri malígnych tumoroch, ktoré takmer vždy pochádzajú z premalígnych lézií, infiltrujú okolie a metastazujú a z genetického hľadiska majú vysoko nestabilný karyotyp. Dnešnej dobe je dokázané, že všetky bunky jedného tumoru pochádzajú z jednej kmeňovej nádorovej bunky, ktoré majú jeden taký istý znak a rôzne iné polyklonálne znaky, ktoré vznikajú v rámci epigenetických procesov. Rýchlosť rastu malígnych tumorov a ich metastatický potenciál sa dá len veľmi ťažko odhadnúť. Nenapomáhajú k tomu ani morfológické kritériá, ani rádiologicky stanovené dvojnásobné zväčšenie tumoru (Bubendorf, 2011), a ani hodnotenie generačného času tumoru, hoci v dnešnej dobe typ tumoru, veľkosť tumoru a jeho odhadovaný stupeň rastu a stupeň invazivity (tzv. grade) sú hlavnými určujúcimi faktormi odhadu vzniku metastáz, s ktorým súvisí aj zvýšená nádorová génová expresia onkoproteínov. Túto diskrepanciu vysvetľuje:

1. Počty bunkových strát – závisí od génov, ktoré regulujú apoptózu. Medzi in situ karcinómom a invazívnym karcinómom je rozdiel ten, že ešte v in situ karcinóme medzi apoptózou a proliferáciou je rovnováha vyrovnaná.
2. Počet deliácií sa nádorových buniek: prietokovou cytometriou v S – fáze buniek tumoru a imunocytochemicky s dôkazom Ki67 bolo zistené, že nie všetky bunky tumoru sa delia.
3. Auto – a parakrinná rastová stimulácia: bolo dokázané, že rôzne tumory vo svojom vývoji vytvárajú subklony, ktoré sú schopné vytvárať rastové faktory, ktoré autokrinne alebo parakrinne stimulujú tumorózny rast.

4. Sťah tumor – organizmus: či nádorové bunky sa vôbec budú vyvíjať a deliť závisí od imunitného systému, či ich imúnny systém rozpozna alebo nerozpozna ako cudzie (Bubendorf, 2011).

Čím heterogénnejší (dediferencovanejší) je tumor, o to väčšia pravdepodobnosť, že takéto bunky tumoru imunitný systém nerozpozna ako cudzie a preto ich neeliminuje bunkami typu prirodzených zabýjačov (Natural Killer, NK) alebo makrofágmi. Genetické a epigenetické zmeny zodpovedajú za progresiu onkogenézy, vznikajú mnohopočetné zmeny, na základe ktorých sa genóm ďalej destabilizuje. Genetická instabilita zahŕňa mikrosatelitnú instabilitu, chromozómovú instabilitu a zmeny telomérov, ktoré majú za následok, že dochádza k progresii tumoru s delením nádorovej bunky až dovtedy, dokedy sa nespotrebnú teloméry chromozómov, so vznikom tetraploidnej bunky, ktorá sa môže len amitoticky ďalej deliť. Počas tohto delenia vznikajú aneuploidné (peridiploidné) bunky s numerickými chromozomálnymi aberáciami, ktoré znovu produkujú telomerázy a znovu vystavujú teloméry a tým znovu stupujú do mitózy. Proces sa opakuje, vznikajú bunky s mnohopočetnými numerickými chromozomálnymi aberáciami, s fúziou a rekombináciou chromozómov so zvyšovaním chromozomálnej instability. Takto vzniknuté ďalšie nádorové bunky znovu majú schopnosť produkcie telomerázy a vystavať nové teloméry a znovu stúpiť do nekontrolovanej mitózy resp. tzv. „mitotickej katastrofy“ (Bubendorf, 2011). Tento proces sa nekonečne opakuje. V dnešnej dobe sa proces delenia nádorovej bunky sa nazýva ako „neóza“. Takto poškodené bunky dostávajú nové vlastnosti, funkčne a fenotypicky sa čoraz viac budú odlišovať od materského tkaniva. Táto polymorfia a polyklonalita buniek tumoru sa len zväčšuje, a tak v dnešnej dobe sa pohľad na populáciu buniek tumoru ako na polyklonálny zmes buniek.

Pri primárnom raste tumoru tkanivová homeostáza ako taká je zničená, čo má za následok aberantnú imunitnú odpoveď organizmu, alterovanú homeostázu spojivového mikroprostredia v karcinóme. Na to, aby takáto geneticky defektná populácia buniek mohla vôbec ďalej existovať, infiltrovať okolie, diseminovať, metastazovať rozhoduje interakcia s okolitým non – malígnym mikroprostredím, tvorený non – malígnymi bunkami a extracelulárnym hypoxickým prostredím. Z hľadiska fyziologickej supresie tumor genézy je najdôležitejšie udržanie homeostázy normálneho tkaniva - kontrolovaná rovnováha medzi proliferáciou a smrťou buniek (apoptózou), ktoré je dosiahnuté a udržiavané medzibunkovou komunikáciou, ktoré zabezpečuje extracelulárny matrix (ECM), normálna – fyziologická tkanivová štruktúra, ktoré zabezpečujú hlavne proteíny pevného spojenia (tight junction), adhezívne molekuly ako integrin ( $\beta 1$  integrin), epiteliálny cadherin (E-Cadherin). Prevažovanie ECM nad epitelovými bunkami je veľmi dôležitá, lebo zabráňuje vzniku nádorového rastu a potláča incipientnú nádorovú proliferáciu resp. re - programuje agresívne nádorové bunky na nádorové bunky menej agresívnym fenotypom (Joyce, 2009).

## Jadro

Ochranný účinok ECM resp. mikroprostredia je vážne porušený a zmenený len čo k progresii tumoru sa zúčastňujú zápalové elementy (tumor infiltrujúce lymfocyty, TIL) a stromálne bunky tumoru ako endoteliálne bunky, pericyty, fibroblasty, rôzne bunky pochádzajúce z kostnej drene (bon marrow derived cells BMDCs - makrofágy, neutrofil, tkanivové bazofily – mastocyty), od myeloidných buniek odvodené supresorové bunky (MDSCs), spojivové kmeňové bunky (MSCs), ktoré podporujú rast nádoru. Táto patologická interakcia nie je statická, vyvíja sa spolu s nádorom. Primárne nádory a metastázy mobilizujú BMDCs do vlastného tkaniva, s ktorými podporujú tumor genézu, rast v primárnom prostredí, prežívanie, inváziu, intravazáciu, extravazáciu a rast nádorových buniek na sekundárnom mieste. Medzi najdôležitejšie stupne metastatického procesu patria: uvoľnenie nádorových buniek z primárneho nádoru s intravazáciou, prežitie nádorových buniek v cirkulácii – v krvi, uchytenie sa v sekundárnom cieľovom orgáne alebo v tkanive, extravazácia do parenchýmu cieľového orgánu so zachovaním trvalého rastu a samotný vývoj metastázy. Samostatne každý krok resp. stupeň šírenia je neefektívne a niektoré z nich majú aj časové obmedzenie, majú svoje limity, ktoré sú ovplyvnené fyziologickými (non - malígnymi) spojivovými bunkami, ktoré sa nachádzajú v mikroprostredí nádoru (Quail, 2013).

Mikroprostredie primárneho tumoru zahŕňa endotelové bunky krvných a lymfatických ciev, fibroblasty, bunky pochádzajúce z kostnej drene (bon marrow derived cells BMDCs), makrofágy, myeloid derived supressor cells (MDSCs), TIE2 exprimujúce monocyty (TEM), mezenchymálne kmeňové bunky (MSCs), makrofágy asociované tumorom (TAM), karcinómom asociované fibroblasty (CAF). Nádorové mikroprostredie na začiatku má inhibičný vplyv na agresívne malígne bunky. Neskôr nastáva porucha mikroprostredia, dochádza k reaktivácii nádorových buniek. V rámci progresie, nádorové bunky inhibičné signály obídu s využitím práve buniek mikroprostredia resp. okolitých spojivových buniek, s využitím ich schopností, vlastností pre svoj vlastný rast, inváziu a schopnosť metastazovania. Malígne bunky primárneho nádoru

využívajú spojivové bunky mikroprostredia na získanie nových vlastností, ktoré im umožnia prežiť v novom prostredí sekundárneho miesta (Joyce, 2009).

Rast primárneho tumoru vyvolá hypoxiu tumoru, ktorý pôsobí na bunky tumoru následnými genomickými a proteomickými zmenami, s tvorbou hypoxiou indukovaného faktoru 1 (HIF-1), ktoré vedie angiogenéze, anaeróbnej glykolýze, prežívaniu tumoru – k adaptácii buniek tumoru na hypoxiu, so vznikom nových agresívnych monoklonálnych bunkových klonov. Prevažne ide o kyslík ( $O_2$ ) dependentnú transkripčnú reguláciu cez nukleárny faktor kappa  $\beta$  (NF- $\kappa$ B), ktorý je aktivátor proteinu 1 (AP-1). Inou efektívnou cestou hypoxickej aktivácie je HIF-1 nezávislá cesta cez NF- $\kappa$ B transkripčný faktor, na ktorý pôsobí hypoxia, aktiváciou ktorého vznikajú protizápalové cytokíny a hlavne cyklooxygenáza 2 (COX-2). Novo vytvorené cievy nádoru sú iné ako normálne cievy, morfológicky sú dilatované, nekompletné s chýbajúcou endotelovou výstelkou a bazálnou membránou, plexiformnou – tortuóznou architektúrou, A-V skratmi, slepými zakončeniami, bez prítomnosti svaloviny, bez fyziologických receptorov. Vzniká nepravidelné krvné zásobenie so zníženým prívodom  $O_2$  a živín následnou hypoxiou až anoxiou buniek tumoru s následnou reakciou buniek tumoru a to proliferáciou buniek tumoru a progresiou tumoru so vznikom agresívnejších klonov so zmenenou genetickou expresiou, inaktiváciou supresorických génov, aktiváciou onkogénov, genomickou instabilitou, klonálnou selekciou. Pri tejto hypoxii parciálny tlak kyslíka sa znižuje pod 7 mmHg, následkom čoho na jednej strane je zhoršený rast alebo smrť (nekróza) buniek tumoru, zastavenie bunkového cyklu resp. zastavenie diferenciácie buniek tumoru, naštartovanie apoptózy a na druhej strane naštartuje adaptívne zmeny medzi ktoré patria prežitie resp. uniknutie buniek tumoru pred imunitnými mechanizmami organizmu, hypoxiou stimulovaná angiogenéza, anaeróbna glykolýza, inhibícia apoptózy, zvýšená syntéza rastových doštičkových faktorov (PDGF- $\beta$ ), transformujúcich rastových faktorov (TRF- $\beta$ ), insulin like rastového faktoru-2 (IGF-2), epidermálneho rastového faktoru (EGF), urokinázového plasminogénového aktivátora, k zníženej syntéze adhezívnych molekúl (E-Cadherin) a k zvýšenej disociácii nádorových buniek (Vaupel, 2004).

### **Tumor asociované makrofágy (TAM)**

TAM sú prototypom BMDCs. Z hľadiska supresie alebo progresie makrofágy rozdeľujeme na tumor supresorické makrofágy a tumorom asociované makrofágy podporujúce progresiu tumoru. Medzi tumor supresorickými a tumor podporujúcimi makrofágmi je rovnováha. Bolo zistené, že v rámci karcinogenézy dochádza k zmene tejto rovnováhy prospech TAM, pravdepodobne so zmenou polarizácie makrofágov. Na základe tohto rozoznávame M1 makrofágy a M2 makrofágy. M1 makrofágy produkujú I. typ prozápalového cytokínu, ktoré aktivuje antigén prezentujúce bunky (APC). M1 makrofágy majú jednoznačný anti – tumorózny účinok. Hypoxiou tumoru M1 makrofágy so zmenou polarizácie sa menia na M2 makrofágy, ktorý tvoria II. typ cytokínov, ktoré majú anti – zápalový účinok a pro – tumorózne funkcie. TAM hrajú dôležitú úlohu na tumor/stromálnom rozhraní, kde podporujú inváziu buniek tumoru a angiogenézu, sú znakom invazívneho fenotypu proliferácie (Quail, 2013).

### **Od myeloidných buniek odvodené supresorové bunky (myeloid – derived supressor cells – MDSCs)**

MDSCc sú heterogénnou skupinou nezrelých myeloidných buniek v rôznom stupni vývoja. MDSCc sú zvýšené v kostnej dreni, slezine ľudí s nádorom. Mechanizmus tohto nie je presne známy, predpokladá sa, že spúšťačom sú tumor infiltrujúce lymfocyty (TIL). V rámci karcinogenézy dochádza k aberantnej myelopoéze s tvorbou MDSCs, ktoré sú hlavnými bunkami potláčajúce imunitu organizmu a zodpovedné za imunitný únik nádorových buniek. MDSCc sú mobilizované v rámci tumor genézy a tumor infiltrujúcimi lymfocytmi, ktoré potom umožňujú vaskularizáciu tumoru a inhibujú imunitné zabíjanie nádorových buniek s poškodením antigén prezentujúcich buniek (APC), hlavne dendritických buniek (DC), aktiváciou T - buniek, zmenou polarizácie M1 makrofágov na M2 makrofágy a inhibíciou cytotoxického účinku NK buniek.  $CD_4^+$  Treg v rámci tumor genézy potláčajú prezentáciu tumor asociovaných antigénov (Quail, 2013).

### **Karcinómom asociované fibroblasty (CAF) a ich vynútená pro – tumorgenetická funkcia**

Zvýšený výskyt CAF v mikroprostredí tumoru súvisí vždy tumorgenézou, pravdepodobne vznikajú z endoteliálnych buniek. CAF pravdepodobne pochádzajú z endoteliálneho – mezenchymálneho prechodu, pričom tumor asociované endoteliálne bunky pochádzajú z krvných ciev, ktoré sú generované mezenchymálnymi bunkami (ECM) s multipotentným diferenciačným potenciálom. TME so zvýšenou tvorbou cytokínov, rastových faktorov vedie k zvýšenej aktivácii CAF s produkciou vaskulárneho endotelového rastového faktora (VEGF), ktorá vedie k zvýšenej angiogenéze (Quail, 2013).

## Modulácia tumorgenézy cez exozómy

Exozómy sú membránové vezikuly veľkosti 30-100 nm, sú nositeľmi rôznych foriem RNA miRNA, mRNA, non coding RNA, DNA, extra – chromozomálna DNA, s ktorými sa zapájajú do tumor genézy a tumor progresie. V primárnom tumore vytvorené exozómy priamo ovplyvňujú bunky mikroprostredia tumoru s pro – tumorgénnou aktivitou a BMDCs, ktoré sú zodpovedné za metastatické šírenie nádorového procesu. Exozómy sú schopné vytvárať aj rôzne iné stromálne bunky ako fibroblasty, NK bunky, dendritické bunky, ktoré sú zodpovedné pre neovaskularizáciu tumoru resp. mikrometastáz, ktoré sú avaskulárne a ktoré sa takto menia na makrometastázy, ktoré sú jednoznačne vaskularizované. V podstate ide o vzťah medzi mikroprostredím tumoru (TME) a samotnými bunkami tumoru cez parakrinné signálne slúčky cytokínov, rastových faktorov a ich receptorov, ktoré podporujú invazivitu nádorového procesu resp. o intercelulárnu komunikáciu exozómami medzi TME a bunkami tumoru prevažne cez tyrozín – kinázové receptory, ktoré sa nachádzajú na mezenchýmovom – epitelovom rozhraní (MET) v rámci metastáz (Quail, 2013).

## Proteázy v invázii a metastáze

Periférne bunky primárneho tumoru vo zvýšenej miere produkujú proteázy, ale hlavne BMDCs mikroprostredia a to najmä makrofágy. Tieto proteázy obsahujú metaloproteíny, cysteín - katepsíny, serínové proteázy, ktoré sú schopné proteolyticky degradovať bunkové adhezívne molekuly (E-Cadherin) medzi bunkami tumoru a proteolyticky degradovať spojivové tkanivo, extracelulárny matrix (ECM), bazálne membrány, následkom ktorého dochádza k fyzickej invázii s migráciou individuálnych buniek tumoru alebo skupín buniek tumoru do spojivového tkaniva a ciev. Samotné bunky tumoru a makrofágy s aktiváciou cytokínov a rastových faktorov tento proces ešte násobujú. Makrofágy (TAM) v progresii tumoru hrajú azda najdôležitejšiu úlohu a to expresiou makrofágové kolóny stimulujúcim faktorom 1 (CSF1). Ďalej TAM produkujú epidermálny rastový faktor (epidermal grow factor, EGF) a EGF receptor (EGFR), ktoré vedú k posilneniu invázie nádorových buniek a k metastazovaniu. Základom migrácie (invázie) buniek tumoru v spojivovom tkanive je v makrofágoch a v ich recipročnej EGF a CSF1 signalizácii s bunkami tumoru (bunky tumoru produkujú CSF1, ktoré sú chemotaktické s CSF-R1 produkované TAM), ktoré zabezpečí pohyb buniek tumoru k makrofágom. K tomuto sa pridáva aj prídavná parakrinná slúčka medzi bunkami tumoru a spojivovými bunkami – pericytmi, fibroblastmi, ktoré pomocou tvorby a vylučovania od stromálnych buniek odvodeného faktor 1 (stromal cell-derived factor 1, SDF 1, CXCL12) zvyšujú tvorbu CSF1 s nádorovými bunkami a týmto prispievajú k invázii nádorových buniek. Makrofágy a bunky tumoru využívajú kolagénne fibrily na pohyb v stróme. Kolagénne fibrily sú pripútané a priori architektúrou spojivového tkaniva ku krvným cievam a preto bunky tumoru sa hromadia okolo ciev. Hustota práve týchto kolagénnych vlákien je regulovaná makrofágmi. V invazívnych zhlukoch v spojivovom tkanive sa predpokladá, že existuje určitá parakrinná slúčka: invazívne zhľuky primárneho tumoru v spojivovom tkanive spolu s makrofágmi, endotelovými bunkami s parakrinnými signálmi vedú k intravazácii a diseminácii nádorových buniek. Na základe toho môžeme konštatovať, že tumorózne mikroprostredie metastazovania – TMEM tvoria makrofágy (TAM), endotelové bunky, bunky tumoru. TAM priamo zvyšujú intravazáciu buniek tumoru do krvnej cirkulácie (Quail, 2013).

## Vplyv strómy na fenotypickú zmenu

Primárny nádor na periférii resp. v oblasti tumor frontu je schopný premeny nádorových buniek resp. tzv. epitelová – mezenchýmová premena (epitel – mezenchýmové rozhranie, EMT), kedy dochádza k strate epitelových markerov nádorových buniek so získaním mezenchymálnych vlastností mikroprostredia a sú charakterizované vlastnosťami kmeňových mezenchymálnych buniek a migračným fenotypom, čo zabezpečí bunkám tumoru inváziu do spojivového tkaniva. Nádorové bunky na základe zloženia spojiva mikroprostredia tumoru (TME) sa menia v rámci epitelovej – mezenchymálnej premeny; v podstate je to odpoveď na zloženie TME, ktoré je ovplyvnené napríklad s aktiváciou alebo inhibíciou transformujúceho rastového faktora  $\beta$  (TGF- $\beta$ ), ktorého najviac produkujú tumor asociované makrofágy v oblasti tumor frontu, kde dochádza potom k zvýšenej epitelovej – mezenchymálnej premeny. TGF- $\beta$  môže byť aktivovaná aj interakciou medzi bunkami tumoru a trombocyty, ktoré podobne tvoria TGF- $\beta$ . Dôležité je zistenie, že stromálne bunky sú na vrchole invazívneho frontu a vedú inváziu. Rozhranie tumor/strómy, kde sa najviac prejavuje TME, sa nachádzajú okrem toho hlavne nezrelé myeloidné bunky, makrofágy, CAF. Nezrelé myeloidné bunky zabraňujú k diferenciácii antigén prezentujúcich dendritických buniek, čo má za následok únik buniek tumoru pred imunitnými mechanizmami organizmu. Makrofágy pôsobia na tumor chemotakticky s EGF, s tvorbou fibrilárneho kolagénu, proteolytickou remodeláciou extracelulárneho matrixu (EMC). CAF vylučujú proinvazívne faktory pre bunky tumoru.

Mikroprostredie invazívneho frontu tumoru je iné ako v centre tumoru. Na periférii tumoru je dostatočné množstvo kyslíka, v jadre tumoru prevláda hypoxia, kvôli tomu v týchto oblastiach dochádza k aktivácii stromálnych buniek s prechodom do tumoru v týchto oblastiach ale aj na iné miesta ako hypoxické. Invazivitu proliferácie podporujú najviac makrofágy a hypoxické podmienky (ischémia nádorových buniek) naštartovaním angiogenézy (Quail, 2013).

### **Indukcia angiogenézy**

Zúčastňujú sa na ňom BMDCc, makrofágy, TIE2 (angioprotein) exprimujúce monocyty (TEM), neutrofily, bazofily (mastocyty). Produkujú rastové faktory ako cytokíny, proteázy, vaskulárny endoteliálny rastový faktor A (VEGFA), PROK2 (BV8) a spojivové metaloproteíny (MMPs), ktoré vedú k tvorbe ciev. Základom iniciácie angiogenézy je hypoxia tumoru ( $\downarrow O_2$ ). Nastáva spolupráca rôznych buniek TME a to hlavne vaskulárnych endotelových buniek, pericytov, BMDCs. K týmto spojivovým bunkám, ktoré vytvárajú cievy sa pridávajú ešte aj prídavné bunky ako makrofágy asociované tumorom (TAM), mezenchymálne kmeňové bunky, CAF, ktoré prispievajú vaskularizácii tumoru alebo uvoľňujú proangiogenetické signály do mikroprostredia tumoru (Quail, 2013).

### **Intravazácia**

Metastatická kaskáda ako taká sa začína intravazáciou nádorových buniek do cirkulácie. V oblasti tumor frontu dochádza k vzájomnému pôsobeniu nádorových buniek, makrofágov a endotelových buniek, ktoré vedie k tomu, že nádorové bunky prekonajú cievnu stenu a dostanú sa do krvnej cirkulácie. Mechanizmus samotnej intravazácie je viazaná na tvorbu proteáz s bunkami tumoru, perivaskulárnymi makrofágmi (TAM) alebo obidvoma. Bunky tumoru / perivaskulárne makrofágy vo zvýšenej miere tvoria proteázy, ktoré vedú k disrupcii, poškodeniu endotelu a degradácii vaskulárnej bazálnej membrány, cez ktorú nastáva intravazácia nádorových buniek (Quail, 2013).

### **Diseminácia nádorových buniek**

V krvi, ktoré je všeobecne toxické pre bunky, bunky tumoru prežívajú. Vieme, že z primárneho ložiska každý deň do krvi môžu byť uvoľnené aj desiatky tisíc nádorových buniek, ale z nich len menej ako 0,01% prežije so schopnosťou tvoriť metastázy. Nádorové bunky po intravazácii ako ochranný štít používajú trombocyty. Bunky tumoru exprimujú tkanivový faktor, ktorý je receptorom pre plazmatické koagulačné faktory VII a X, na základe ktorého sa naštartuje koagulácia, ďalej vedie – resp. aktivuje trombínom sprostredkovanú proteolýzu a tvorbu mikrotrombov z buniek tumoru. Pri nádorovom ochorení sa zvyšuje počet trombínových agregátov – resp. nádorových buniek obalených trombocytmí. Takto obalené nádorové bunky s trombotickým štítom prežívajú cytotoxickú lýzu spôsobenú NK - bunkami a aj lýzu nezávislej na signálnej sústavy spojené cirkulujúcim protrombínom. Fibrínová zrazenina redukuje trecie sily, ktoré môžu poškodiť alebo zničiť individuálne bunky tumoru a napomáhajú k spomaleniu a adhézii bunkám tumoru k stene cievy, čím sa zvyšuje schopnosť extravazácie nádorovej bunky na druhú stranu cievy. Empiricky je známe, že ľudia trombocytózou majú znížené prežívanie pri karcinóme prsníka, hrubého čreva, pľúc. Experimentálne sa osvedčili anitkoagulanciá (Quail, 2013).

### **Prežívanie v krvi a docestovanie do sekundárnych orgánov**

Keď takto nádorové bunky dorazia do sekundárnych orgánov na premetastatické miesta, prilepia sa na stenu ciev na endotel v tejto oblasti – v podstate nastáva mikroembolizácia. Na povrchu trombocytov sa exprimujú integríny, ktoré reagujú s kolagénom na poškodených resp. odhalených častiach cievy, kde chýbajúce endotelové bunky a následkom ktorého dochádza k aktivácii trombocytov. Nastáva spätný pohyb endotelových buniek na základe mikroembolov alebo leukocytov asociovaných bunkami tumoru, ktoré určujú kde nádorové bunky vystúpia z cirkulácie. Trombocyty ako také podporujú extravazáciu nádorových buniek cez ATP dependentnú aktiváciu receptora  $P2Y_2$  endotelových buniek, dôsledkom ktorého sa otvorí cievna bariéra a umožňuje metastatický rozsev tumorózneho procesu. Metastazovanie nie je náhodné. Primárne bunky tumoru v sekundárnych orgánoch sú schopné aktivácie miestnych fibroblastov s expresiou fibronektínu, ktoré v podstate slúžia ako záchytné miesta pre hematogénne progenitorové bunky (HPC) s receptorom vaskulárneho endoteliálneho rastového faktora (VEGFR1) a pre sekundárne bunky tumoru (z cirkulácie) (Quail, 2013).

## **Metastatická kolonizácia a orgánový tropizmus – vznik sekundárneho ložiska**

Nádorové bunky majú tropizmus k určitým sekundárnym miestam (metastazovanie napr. karcinómu prsníka do pľúc, pečene, kosti, CNS; melanómu do pečene, CNS, kože; karcinóm pankreasu perineurálne; ovariálne karcinómy do peritonea). Bolo zistené, že v oblasti budúcich metastáz z primárneho zdroja sa hromadia rôzne chemokíny, chemotaktické látky a ich receptory, chemokínové receptory. Metastatická kolonizácia sekundárneho orgánu alebo miesta nie je náhodná, ale prebieha pod určitým algoritmom a vykazuje orgánový tropizmus (premetastatický výklenok). V podstate primárny nádor určuje ložisko budúcej metastázy s mechanizmom chemotaxie resp. hromadením BMDCs v sekundárnom orgáne alebo v mieste s aktiváciou fibroblastov, expresiou onkoproteínov, cytokínov. BMDCs v sekundárnom orgáne alebo v mieste ešte predtým, ako sem dorazí nádorová bunka – kolonizujú a aktivujú spojivé bunky s tvorbou receptora vaskulárneho endoteliálneho rastového faktora (VEGFR1) alebo lyzyl oxidázy (pri karcinómoch prsníka v pľúcach), alebo pomocou hypoxiu indukovaného faktora 1 (HIF-1). Základom tohto je primárna hypoxia tumoru a následná aktivácia BMDCs a inhibícia NK buniek (Quail, 2013).

### **Pre – metastatické miesta - Cytokíny, rastové faktory a metastáza**

Bunky tumoru sekrutujú okrem iného hlavne VEGFA, TGF $\beta$ , TNF- $\alpha$  následkom ktorých dochádza k aktivácii endotelových buniek, myeloidných buniek, ktoré začnú tvoriť chemotaktické látky ako S100A8, S100A9, ktoré zvyšujú adhezivitu a invazívnosť cirkulujúcich nádorových buniek a v oblasti pre - metastatických výklenkov, zvyšujú celulizáciu interstícia s myeloidnými bunkami v týchto oblastiach.

### **Adhézia, extravazácia, invázia MTS**

Z primárneho nádorového ložiska po invázii a intravazácii nastáva hematogénny metastatický rozsev buniek nádoru. V oblasti v podstate dopredu určeného pre- metastatického miesta nastáva aktívna adhézia na endoteliálny povrch ciev a následná extravazácia nádorových buniek s premenením na vaskularizovanú makrometastázu s invazívnym fenotypom a perzistentným rastom. Bunky karcinómu na svojom povrchu exprimujú integríny, s ktorými po extravazácii sa prichytia do extracelulárneho matrixu s tým, že sa viažu na laminin, fibronektin – alebo fibronektínové depozity produkované BMDCc (tzv. pre - metastatické výklenky) (Quail, 2013).

### **Mikroprostredie na strane metastázy**

V podstate po extravazácii nádorových buniek v sekundárnom mieste môže nastať apoptóza nádorových buniek, premenenie sa na spacie nádorové bunky neaktivovanými stromálnymi bunkami alebo premena na avaskulárnu mikrometastázu s aktivovanými stromálnymi bunkami (spacie nádorové bunky neaktivovanými stromálnymi bunkami sa môžu premeniť na avaskulárnu mikrometastázu s aktivovanými stromálnymi bunkami pôsobením stromálnych buniek). Samotná mikrometastáza na základe stromálnych vplyvov a hlavne účinku nezrelých BMDCs sa mení na klinicky diagnostikovateľnú makrometastázu alebo bez vplyvu nezrelých BMDCs sa dostáva do štádia angiogénneho pokoja, v ktorom môže pretrvávať rozlične dlhé obdobie a po znovu aktivácii s nezrelými BMDCs sa mení na klinicky diagnostikovateľnú makrometastázu. Prevažná väčšina nádorových buniek po extravazácii sa dostáva do pokojového – kľudového štádia mikrometastázy (tzv. angiogénne obdobie pokoja) a len málo sa z nich neskôr reaktivuje a rozvinie sa do makroskopického sekundárneho ložiska.

### **Perzistentný rast metastázy**

V rámci rastu metastáz dochádza k produkcii angiogénnych rastových faktorov (VEGF-A) s endotelovými bunkami a pericytmi. Endoteliálna progenitorová bunka (EPC) sú z kostnej drene odvodené bunky (BMD endothelial cell precursor), majú VEGF – R2 receptor pre VEGF-A. Tieto sa nachádzajú v makrometastáze v endoteliálnej výstelke. V mikrometastáze sa tieto nenachádzajú, lebo a priori mikrometastázy sú avaskulárne a preto mikrometastázy (nemé metastázy) nedostatočne rastú a sú charakterizované tzv. angiogénnym kľudom. Keď dôjde onkogénnej mutácii alebo poškodeniu mikroprostredia následne dochádza k aktivácii angiogenézy resp. metastázy – hlavne sa to týka tumorom asociovaných EPC. Tumorom asociované EPC exprimujú inhibitor diferenciácie (EPC ID1<sup>+</sup>) transkripčného faktora a tým zvyšujú angiogenézu. Experimentálna farmakologická supresia ID1(EPC ID1<sup>+</sup>) vedie k obmedzeniu angiogenézy (Quail, 2013).

## Záver

Nádorová bunková proliferácia je výrazne heterológna, v rámci začatia onkoterapie značne polyklonálna, geneticky nestabilná a preto v dnešnej dobe prestáva byť priamym cieľom anti - tumorovej terapie. Naproti tomu spojivové bunky mikroprostredia tumoru (TME) s porovnaním nádorovými bunkami sú geneticky stabilné a tým pádom lepšie terapeuticky ovplyvniteľné. Ako sme uviedli, TME sú vysoko plastickými zložkami tumoru, ktoré môžu podporiť ale aj utlmiť nádorový rast. V dnešnej dobe je známe, že terapie zamerané na blokovanie stromálnych spojivových buniek v rámci použitia rôznych angiogénnych inhibítorov mali len obmedzené prínosy. V dnešnej dobe stratégia onkologickej terapie sa mení, skôr sa uberá k imunoterapii s možnosťou preprogramovania nádorových buniek. Úspešne sa využívajú lieky zamerané na cievy tumoru (Bevazizumab s anti-VEGF-A aktivitou, Sunitinib s inhibíciou receptora tyrozinkynázy). Ďalej imúnna aktivácia s indukciou T – buniek (Ipilimumab, ktorý ovplyvňuje antigén 4 asociovaný cytotoxickými T – lymfocytmi (CTLA-4), ktoré aktivuje T bunky a podporuje protinádorovú imunitu). Lieky účinkom repolarizácie makrofágov, aktiváciou imúnnych buniek, selektívnou depléciou monocytov a/alebo makrofágov, inhibíciou metastatického rozsevu nádorových buniek (Quail, 2013).

## Literatúra

- [1] QUAIL, D.F., JOHANNA A JOYCE, J.A. 2013. Microenvironmental regulation of tumor progression and metastasis. In Nat Med. ISSN 1078-8956, 2013 Nov;19(11):1423-37. doi: 10.1038/nm.3394.
- [2] BUBENDORF, L. ET AL. 2011. Zytopathologie. 3. vydanie. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. 2011. s. 673. ISBN 978-3-642-04561-5
- [3] JOYCE, J.A., JEFFREY W. POLLARD, J.W. 2009. Microenvironmental regulation of metastasis. In Nat Rev Cancer. ISSN 1474-175X, 2009 April ; 9(4): 239–252. doi:10.1038/nrc2618.
- [4] VAUPEL, P. 2004. The Role of Hypoxia-Induced Factors in Tumor Progression. In The Oncologist. ISSN 1083-7159, 2004(suppl 5):10-17



# Role sestry v problematice pohlavně přenosných chorob u homosexuálně orientovaných mužů

Fatková Vendula, Dančová Gabriela, Baranová Lenka

*Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jana N. Neumanna*

Úvod: Příspěvek je věnován roli sestry v problematice pohlavně přenosných chorob u homosexuálně orientovaných mužů, kde zachycujeme faktory rizikového chování těchto mužů. Sledujeme pohled sestry a samotného aktéra problému.

Metody a výsledky: Využitelnou metodou pro průzkumnou část byla zvolena metoda nestandardizovaného anonymního dotazníku a metoda standardizovaného rozhovoru. Průzkum poukazuje, že sestry informační materiály poskytují homosexuálně orientovaným mužům nejčastěji až při pozitivním nálezu pohlavně přenosné nemoci respondentů nebo je poskytují na žádost klienta pouze při první návštěvě. Z výsledků rozhovoru s homosexuálně orientovanými muži jsme zjistili, že přístup sestry ve venerologické ambulanci je nesmírně důležitý a dokáže ovlivnit četnost návštěv respondentů ve venerologické ambulanci.

Závěr: Můžeme konstatovat, že vidíme narůstající tendenci pohlavních nemocí, a to bohužel i u jedinců, kteří jsou HIV pozitivní, proto role sestry v této problematice je nepostradatelná.

**Klíčová slova:** Pohlavně přenosná choroba. Homosexuálně orientovaný muž. Role. Sestra.

•

## Úvod

Pojem homosexualita je v dnešní době všem již dobře znám. Do odborného jazyka ho zavedl maďarský psychiatr Karoly Benkert roku 1869 a pochází z řeckého slova homos – stejný a z latinského sexus – pohlaví. Homosexuální orientace se vyskytuje u mužů i žen, více se však s ní pravděpodobně setkáme u mužů (Zvěřina, 2003). Podle Brzka a Pondělíčkové – Mašlové (1992, s. 19) „homosexualitou rozumíme sexuální orientaci na osoby stejného pohlaví. Je to celoživotní, neměnný a nositelem nezapříčiněný a nezvolený, tedy nezaviněný stav, jenž je charakterizován tím, že nositel tohoto stavu je pohlavně přitahován a vzrušován osobami stejného pohlaví“.

Statistické údaje počtu homosexuálně orientovaných jedinců se velmi různí. Nejčastěji se setkáváme s čísly 4 – 10 % u mužů, u žen 1% a více. V České republice byl proveden poslední průzkum osob identifikujících sami sebe jako homosexuální roku 1994 doktorem Weisssem. Výsledek byl velmi rozdílný s čísly ve světě, mužů se přihlásilo pouze 0,4% a žen 0,3%, další 1,4% mužů a 2,0% žen si nebylo jisto (Janošová, 2000). Tak malé číslo si vysvětlujeme tím, že v době kdy průzkum probíhal, byla velmi malá osvěta a lidé vnímali homosexualitu jako něco patologického. Často si nepřiznali svou odlišnou sexuální orientaci ani sami sobě.

Pohlavní identita a sexuální orientace je uložena v hypotalamu. Hypotalamo-hypofyzární komplex řídí naše pocity a regulaci našich hormonů. Homosexualitu můžeme tedy chápat jak jednu z vývojových variant hypotalamu. Samotný výzkum a zjištěné zkušenosti vyvolávají řadu ideologických a etických diskusí. Určení sexuální orientace jedince probíhá mezi druhým a třetím měsícem prenatalního vývoje. Předpokládá se, že k ovlivnění pohlaví dochází pouze během jednoho týdne vývoje plodu, za kritický se považuje osmý až devátý týden těhotenství (Kaňka, 2000). Nadějí v tomto bádání jsou výzkumy na úrovni chromozomální. Již v devadesátých letech byl objeven určitý gen na dlouhém ramínku X chromozomu, který byl pojmenován Xq28 a jenž je podle vědců zodpovědný, alespoň za nějaké případy homosexuality u mužů. Souvislost tohoto genu se sexuální orientací, byla prokázána u šedesáti čtyř procent zkoumaných mužů. Přenos se tedy podle tohoto objevu děje z matky na syna, přes X chromozom (Weiss, 2010). Do začátku devadesátých let byla homosexualita považována za nemoc a byla léčena. V roce 1992 ji Světová zdravotnická organizace vyřadila z klasifikace nemocí (Zvěřina, 2003).

Od 1. července 2006 mohou osoby stejného pohlaví vstoupit do sezdáných svazků, které jim poskytuje některá práva, jako mají páry manželské. Při sčítání lidu, domů a bytů v roce 2011, byla poprvé také položena otázka na registrované partnerství a na vztah, který nebyl institucionalizován, v tomto případě takový vztah nazýváme faktické partnerství. Podle

výsledku sčítání bylo 1264 registrovaných partnerství a 8112 faktických partnerství. Častěji svazek s osobou stejného pohlaví uzavírají muži, na které připadalo 73% z registrovaných partnerství. U faktických partnerství, pak rozdíl není tak výrazný zde tvořili muži pouze 54%.

Nejčastější pohlavně přenosné choroby, se kterými se pravidelně setkáváme ve venerologických ambulancích u homosexuálně orientovaných mužů, jsou condylomata acuminata, kapavka, syfilis, chlamýdie trachomatis, HIV a v poslední době již zapomenutý lymfogranulom venerum.

Pohlavně přenosné nemoci jsou statisticky sledované již od roku 1959 Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR). Jako zdroj informací je povinné hlášení pohlavní nemoci, do něhož spadají vybrané pohlavní nemoci, reinfekce, úmrtí na pohlavní nemoc a podezření z nákazy nebo onemocnění na území České republiky. Povinnému hlášení podléhají, Syfilis vrozená, časná, pozdní, jiná a nespecifická. Dále pak kapavka, lymfogranulom venereum a měkký vřed.

Každé zdravotnické pracoviště, nejčastěji dermatovenerologie, které tato onemocnění diagnostikovalo, je zpravodajskou jednotkou těchto informací. Jednotlivá hlášení jsou prostřednictvím Krajských hygienických stanic zaznamenávána do Registru pohlavně přenosných nemocí. Tento registr spravuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky a prostřednictvím orgánů ochrany veřejného zdraví dohlíží na plnění zákona o ochraně veřejného zdraví. Tato data pak zpracovává Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy. Centrální pracoviště ÚZIS ČR pak přijímá anonymizovaná data ke konečnému zpracování. Poté vydává statistickou publikaci o všech pohlavních nemocech na území České republiky, včetně případů cizinců diagnostikovaných na našem území na pohlavně přenosnou nemoc. Ostatní infekce přenášené pohlavním stykem, které nespadají do hlášení registru pohlavních nemocí, jsou sledovány jinými informačními systémy.

Registr pohlavních nemocí za rok 2012 evidoval celkem 1856 hlášení. Z celkového počtu pak 1151 kapavky a 696 onemocnění syfilis. Dále bylo zjištěno 9 případů lymfogranulom venereum, který se už řadu let v České republice nevyskytoval, všichni pozitivní pacienti byli naši občané. V roce 2013 výskyt pohlavně přenosných nemocí vzrostl na celkový počet 2139 hlášených. Z toho kapavek bylo 1421, syfilis 710 případů a lymfogranulom venereum 8 nakažených. Závažnost této problematiky spatřujeme v nárůstu všech pohlavních nemocí. V roce 2012 i v roce 2013 je výskyt těchto nemocí více diagnostikován u mužů. Kapavkou onemocnělo v roce 2013 jen 379 žen, ale 1042 mužů, syfilis 246 žen a 464 mužů.

Věková skupina pozitivních pacientů se stále snižuje a její průměr je 20 – 24 let. Nejčastěji jsou pohlavně přenosné nemoci zachyceny pro své typické příznaky a depistáž (ÚZIS, 2013). Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS v roce 2013 zaznamenala 235 nových infekcí HIV, což je o 23 případů více než v roce 2012. Z toho je 211 mužů a 24 žen. Zastoupení počtu žen od roku 2004 klesá. Od roku 2002 má výskyt infekce HIV v České republice výraznou stoupající tendenci. Přenos sexuální cestou je stále hlavní cesta přenosu infekce HIV, z toho v roce 2013 bylo 180 nových případů infekce u mužů homosexuálních. Vysoké procento zastoupení homosexuálních mužů u positivity HIV je dlouhodobým problémem. HIV pozitivní matky v roce 2013 porodily celkem 16 dětí. 11 matek o své pozitivitě vědělo a 5 z nich bylo diagnostikováno při povinném testování v graviditě. Počet HIV pozitivních je v České republice ke dni 31.10.2014 celkem 2330 (SZÚ, 2014).

Významnou rolí sestry v péči o venerického pacienta je jistě role edukátorky. Zaměřuje své úsilí na utváření uvědomělého a zodpovědného chování, ať už jednotlivce, tak i skupin. Podporuje a obnovuje jeho zdraví. Tuto činnost realizuje formou nových informací, přesvědčováním a měněním postoje pacientů. Tato role je velmi důležitá v předcházení šíření pohlavně přenosných nemocí.

Sestra ve venerologické ambulanci poskytuje plnou ošetrovatelskou péči. Hájí zájmy svých pacientů, zavádí nové poznatky do péče o pacienty (Farkašová, 2006), zúčastňuje se vzdělávacích akcí v tomto oboru. Nedílnou součástí sestry ve venerologické ambulanci je komunikace.

Pacient často přichází stydlivý a plný předsudků. První, s kým na tomto pracovišti komunikuje, je právě sestra. Ta by měla vzbudit v pacientovi pocit jistoty, bezpečí a zachovat intimitu. Komunikační umění představuje nedílnou součást výkonu ne jenom ve venerologických ambulancích, ale ve všech zdravotnických profesích.

## Cíle průzkumu

Cílem práce bylo zjistit, jakou úlohu sehraává sestra v problematice pohlavně přenosných chorob u homosexuálně orientovaných mužů, zda svou rolí je schopna pozitivně ovlivnit tuto problematiku. Rovněž jsme si za cíl kladli zjistit, jakou roli má sestra v primární prevenci pohlavně přenosných chorob u homosexuálně orientovaných mužů. Zajímali nás také fakt, jak homosexuálně orientovaní muži vidí ze svého pohledu roli sestry. Dále jsme si položili otázku, jaké jsou faktory rizikového chování, kde sestry spatřují problém vzestupu těchto infekcí.

## Metodika průzkumu

Využitelnou metodou pro průzkumnou část byla zvolena metoda nestandardizovaného anonymního dotazníku a metoda standardizovaného rozhovoru. Výběr respondentů byl proveden záměrně a systematicky. Zaměření respondentů bylo přesně definováno na sestry pracující na dermatovenerologických pracovištích a homosexuálně orientované muže. Průzkumu se tedy zúčastnili sestry pracující v ambulantním provozu na dermatovenerologii a homosexuálně orientovaní muži, tuto ambulanci navštěvující.

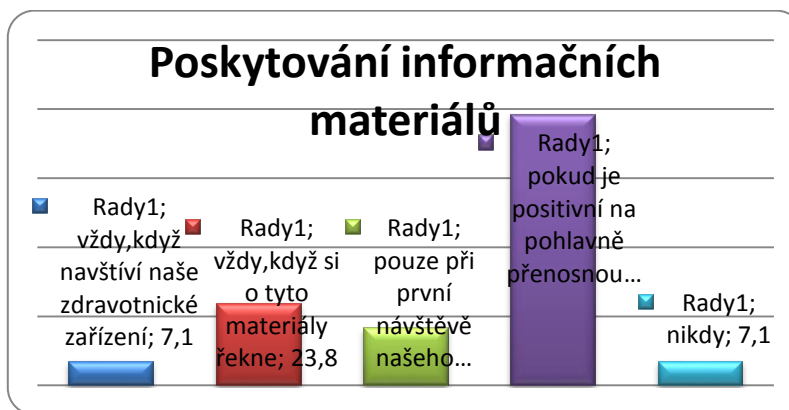
V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s účelem sběru dat a poučeni o možnostech vyplňování. Dotazník byl nabídnut 67 respondentům a vyplnilo ho 54 respondentů (100,00%), což byla výchozí hodnota pro vyhodnocení získaných dat a návratnost dotazníku bylo 80,6%. Průměrná doba vyplnění byla 5-10 minut. Dotazník obsahoval celkem 14 položek. Otázky v dotazníku byly uzavřené a polootevřené, tak aby nám přinesli odpovědi na jednotlivé otázky a pomohly vyhodnotit náš průzkum. Na konci dotazníku jsme pak položili kategorizační otázky, ve kterých jsme blíže specifikovaly pohlaví, věk a vzdělání respondentů. Šíření dotazníků proběhlo pomocí odkazu na internetovou stránku Survio.cz., kde byly odpovědi zaznamenávány a archivovány. Tento odkaz byl rozeslán pomocí emailových adres a výsledky byly pak zpracovány v počítačovém programu MS Excel. Před samotným zahájením průzkumu byl proveden pilotní průzkum, kdy byly rozdány 4 dotazníky. Cílem tohoto pilotního šetření bylo si ověřit srozumitelnost a jasnost otázek v dotazníku a některé otázky následně upraveny. Samotný průzkum proběhl v měsících leden - březen 2015.

Rozhovor s homosexuálně orientovanými muži, jsme prováděli ve venerologické ambulanci Medicentrum s.r.o. Lidická 30 Praha 5 se souhlasem vedoucího lékaře MUDr. Procházky Přemysla. Výběr respondentů byl prováděn z řad homosexuálně orientovaných mužů, výběr byl náhodný se souhlasem klienta a doba rozhovoru byla průměrně 15 minut. Celkový počet respondentů byl 10 (100,00 %). Rozhovor obsahoval 9 položek. V rozhovoru jsme pak použily přesně formulované otázky, které byly předem připravené a oslovily jsme 10 respondentů navštěvujících venerologickou ambulanci. I u rozhovoru bylo provedeno nejdříve pilotní šetření, otázky poupraveny a následně respondentům nabídnuty.

Stanovili jsme si tyto cíle:

V cíli 1, jsme chtěli zjistit roli sestry v primární prevenci pohlavně přenosných chorob u homosexuálně orientovaných mužů.

Položka 1 Při jaké příležitosti, poskytujete homosexuálně orientovaným mužům tyto informační materiály? Označte prosím, všechny možné odpovědi. Na tuto otázku odpovídejte jen v případě, že na otázku č. 1 jste odpověděli ano.

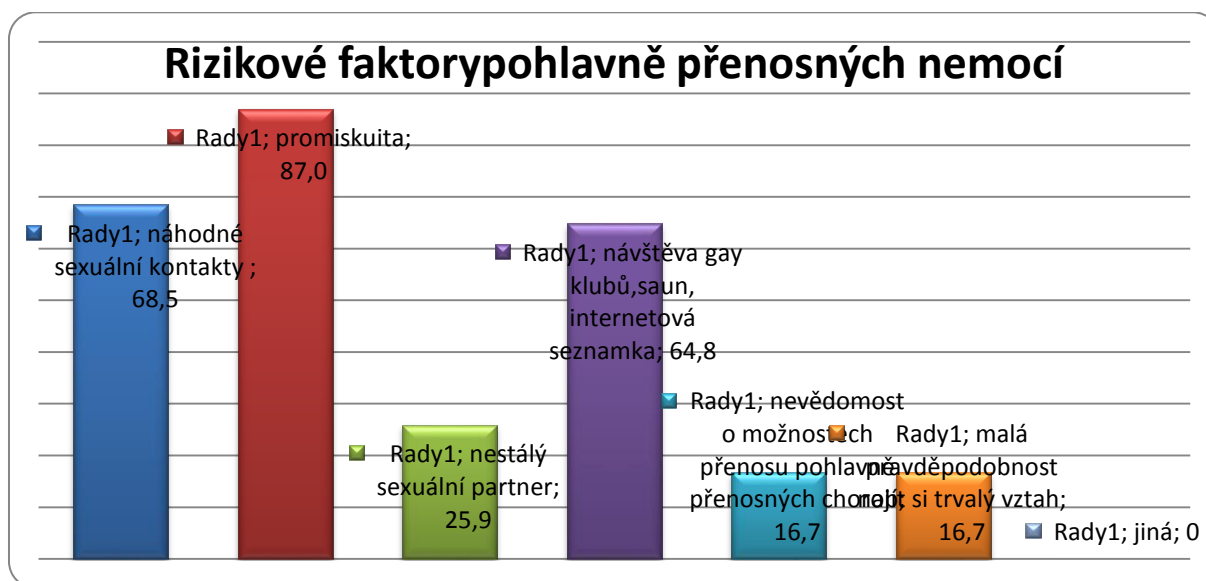


Graf 1 Poskytování informačních materiálů (zdroj: autor)

V předchozí otázce jsme zjistili, že 42 respondentů z 54 validních dotazníků, má k dispozici na svém pracovišti informační materiály pro homosexuálně orientované muže. Z průzkumu vyplývá, že sestry tyto informační materiály poskytují homosexuálně orientovaným mužům nejčastěji až při pozitivním nálezu pohlavně přenosné nemoci 33 (78,6%) respondentů. 10 (23,8%) respondentů je poskytuje na žádost klienta a 7 (16,7%) pouze při první návštěvě. Shodný výsledek, nacházíme u odpovědi „vždy, když navštíví naše zdravotnické zařízení“ a nikdy, takto odpověděli 3 (7,1%) respondenti. Označit bylo možné více možných odpovědí.

V cíli 2 jsme potřebovali zmapovat faktory rizikového chování u homosexuálně orientovaných mužů z pohledu sestry.

Položka 2 Jaké jsou podle Vás rizikové faktory pohlavně přenosných nemocí u homosexuálně orientovaných mužů? Vyberte prosím maximálně 3 odpovědi.

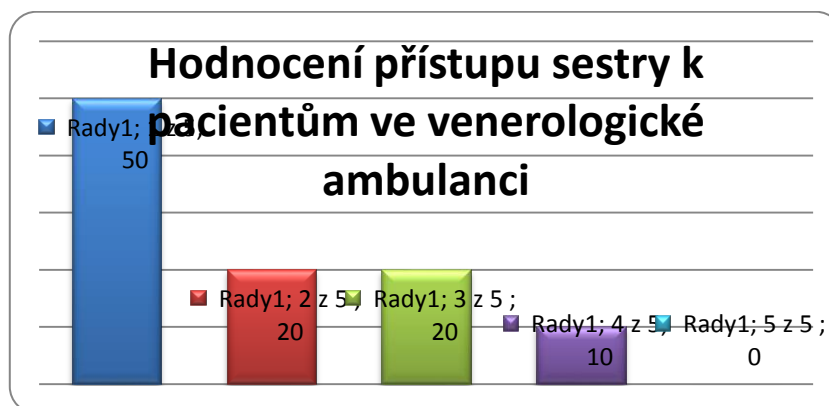


Graf 2 Rizikové faktory pohlavně přenosných nemocí (zdroj: autor)

Při analýze výsledků, jaké faktory pohlavně přenosných nemocí u homosexuálně orientovaných mužů respondenti spatřují, jsme zjistili, že náhodné sexuální kontakty uvedlo 37 (68,5%) respondentů, promiskuitu 47 (87,0%) dotázaných, možnost nestálý partner označilo 14 (25,9%) respondentů, návštěva gay klubů, gay saun a internetové seznamky 35 (64,8%) respondentů. Nevědomost o možnostech přenosu pohlavně přenosných chorob 9 (16,7%) respondentů a stejný počet 9 (16,7%) dotázaných, uvedlo možnost „malá pravděpodobnost najít si trvalý vztah“. Možnost „jiná“ nezaškrtl žádný z dotazovaných. Respondenti měli možnost vyznačit maximálně 3 pro ně vhodné odpovědi.

V cíli 3 jsme mapovali roli sestry z pohledu homosexuálně orientovaných mužů.

Položka 3 Jakou máte zkušenost s přístupem sestry ve venerologické ambulanci? Ohodnoťte na stupnici od 1 do 5. 1 – nejlepší, 5 – nejhorší.



Graf 3 Přístup sestry k homosexuálně orientovaným mužům ve venerologické ambulanci (zdroj: autor)

V další položce jsme se dotazovali, jakou mají homosexuálně orientovaní muži zkušenost s přístupem sestry ve venerologické ambulanci. Tuto zkušenost měli ohodnotit na stupnici od 1 do 5. 1 nejlepší a 5 nejhorší zkušenost. 5 (50,0%) respondentů ohodnotili přístup sestry na stupnici známkou výborná, 2 (20,0%) muži označili možnost chvalitebný, 3 (30,0%) respondenti známku dobrý a 1 (10,0%) respondent označil možnost dostatečný. Nejhorší zkušenost neměl žádný respondent. Aritmetický průměr je 1,9.

Hlavním cílem naší práce bylo zmapovat, jaká je role sestry v problematice pohlavně přenosných chorob u homosexuálně orientovaných mužů. V diskuzi porovnáme výsledky našeho průzkumu s výsledky prací s podobnou problematikou.

## Diskuze

V průzkumném šetření, jsme stanovili tři cíle průzkumu. Jedním z cílů bylo zjistit roli sestry v primární prevenci u homosexuálně orientovaných mužů. Pro náš průzkum jsme oslovili sestry, které mají zkušenosti z dermatovenerologických pracovišť, proto jsme se snažili zaměřit spíše na tyto respondenty. Naši respondenti jsou seznámeni s problematikou pohlavně přenosných nemocí u homosexuálně orientovaných mužů a tento fakt jsme si ověřili otázkou, zda se vzdělávají v této problematice. Značný počet sester odpovědělo kladně, avšak sestry se domnívají, že vzdělávacích akcí o problematice pohlavně přenosných nemocí je nedostatek. Zajisté musíme souhlasit, protože z praxe víme, že toto téma je zanedbávané a je třeba stále bojovat s těmito onemocněními primární prevencí.

Primární prevence má za úkol ochránit a posílit zdraví, ale také zabránit vzniku nemocí. Její opatření jsou komplexní, sociální a zdravotní. Zdravotníci zde mají důležitou úlohu a to především preventivním opatřením a činnostmi na úseku ochrany veřejného zdraví a výchovou ke zdraví (Čeledová – Čevela, 2010). Primární prevence v problematice pohlavně přenosných nemocí je jedna z nejdůležitějších, jejím dodržováním jsme schopni předcházet těmto onemocněním a z toho jsme také vycházeli v naší práci. Položili jsme otázku: „ Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení k dispozici informační materiály pro homosexuálně orientované muže o pohlavně přenosných nemocech?“ Odpovědi nás velmi mile překvapili, protože velká část respondentů tyto materiály má běžně ve své praxi k dispozici. Myslíme si, že právě informace o pohlavně přenosných nemocech mohou velmi zásadně snížit výskyt těchto chorob. Jak říká jedno staré přísloví „opakování je matka moudrosti“. Bohužel, z analýzy výsledků bylo zjištěno, že respondenti informační materiály o pohlavně přenosných nemocech poskytují nejčastěji homosexuálně orientovaným mužům, až když jsou pozitivní na některou z přenosných nemocí. Zde musíme poukázat na problém, protože primární prevence je v této problematice důležitá a každé připomenutí a zdůraznění je cestou k předcházení těchto nemocí. Problematické situace při poskytování primární prevence, tedy i poskytování informací, jak už písemně nebo ústně spatřují respondenti v nedostatku času na klienta a z nezájmu ze strany klientů. Velmi podobný výsledek jsme z analýzy průzkumu získali při otázce, zda sestry informují homosexuálně orientované muže o možnostech primární prevence. Zde se respondenti shodli v odpovědi „ne, pro nezám klientů“ a „jen pokud je klient pozitivní na některou pohlavně přenosnou nemoc“. Z průzkumu vyplývá, že sestry informují homosexuálně orientované muže o možnostech primární prevence ve velmi malém procentu, z časových důvodů a pro nezám ze strany klientů. Toto je podle našeho názoru velmi nedostačující. Pokud, tak činí, ve většině případů až když provádí dispenzární a depistážní činnost při pozitivním výsledku na některou z pohlavně přenosných nemocí. Zajímá nás také názor respondentů, jaké možnosti primární prevence jsou dle jejich názoru nejdůležitější. Zde, se

respondenti nejvíce shodli v odpovědi „nemít nechráněný sexuální kontakt, používat bariérovou ochranu“ a také polovina se domnívá, že je důležitý výchovný moment již ve školách a v rodině. Zde je důležité upozornit na možnost přenosu pohlavně přenosných nemocí i orálním stykem, který často klienti nepovažují za rizikový, jak na to již upozorňuje Procházka ve svém článku „Sexuologie a pohlavní nemoci“, který ve svém článku popisuje rizikové sexuální praktiky a říká, že *“mezi hlavní faktory ovlivňující pravděpodobnost nákazy patří sexuálně rizikové chování a sexuální orientace. Orální genitální sexuální kontakt a různé formy análního sexu, stejně jako používání erotických pomůcek, patří mezi rizikové faktory přenosu pohlavně přenosných onemocnění zejména při praktikování s rizikovou skupinou populace”* (Procházka, 2013, s. 41). Toto i my z praxe vidíme jako problém, klienti nepovažují orální styk za rizikový a je na nás, zdravotníků tento omyl vyvrátit. Primární prevence pohlavně přenosných chorob by měla mít základ již v rodině a školách, jak ve své práci „Pohlavní choroba – Nová hrozba?“ uvádí Veselá (2012), která konstatuje, že zahájení sexuálního života je ve velmi nízké věkové kategorii a informace o pohlavně přenosných chorobách získal pouze jeden respondent ve škole. Sex a pohlavní nemoci je téma intimní a choulostivé, ale je na rodičích, aby své děti seznámily s touto problematikou a tím snížili rizikovitost jejich chování a zabezpečili tím i jejich bezpečí. Ve své praxi, se setkáváme s adolescenty, kteří se nakazí pohlavně přenosnou nemocí a rodiče reagují velmi rozhořčeně, a často se diví, jak se jejich potomek mohl nakazit, takovou chorobou. Ve většině případů sami rodiče, nemají žádné informace a myslí si, že tyto choroby se již nevyskytují. Vždy si v takovém to případě říkáme, kde se stala chyba.

Jedním z dalších cílů naší práce bylo zmapovat faktory rizikového chování u homosexuálně orientovaných mužů z pohledu sestry. Na otázku „jaké jsou podle Vás rizikové faktory pohlavně přenosných nemocí u homosexuálně orientovaných mužů“ nejvíce respondentů odpovědělo „promiskuita“. Machovcová ve své práci „Problematika pohlavně přenosných chorob a homosexuálně orientovaných mužů“ uvádí „*u homosexuálních mužů dochází k častému střídání partnerů, které bývá označováno jako promiskuita. Promiskuita je společně s homosexualitou zařazena k rizikovým faktorům podílejících se na vzniku pohlavních chorob*“ (Machovcová, 2013, s. 85). Další nejčastější odpověď byla „návštěva gay klubů, gay saun a internetové seznamky“. Toto zjištění potvrzuje i průzkum Machovcové (2013), která ve své práci uvádí srovnatelné výsledky, tedy že homosexuálně orientovaní muži, navazují nejčastěji sexuální kontakty přes internet, v gay klubech a barech. Zajímavé je naše porovnání práce Veselé (2012) a Machovcové (2013), kde můžeme pozorovat sexuální kontakty u heterosexuálně orientovaných osob a homosexuálně orientovaných mužů. Heterosexuálové uvádí maximálně 5 sexuálních partnerů a homosexuálové nejčastěji volí možnost 11-20 partnerů, dokonce 4 z nich uvedli možnost 200 – 300 partnerů. Jako další dvě otázky jsme položili, zda je mezi klienty více homosexuálně nebo heterosexuálně orientovaných mužů a která skupina tvoří více pozitivních klientů. Podle četnosti odpovědí tvoří klientelu dermatovenerologických pracovišť více heterosexuálních mužů, ovšem pozitivních je více homosexuálně orientovaných. K návštěvě zdravotnického zařízení vede nejčastěji klienty rizikové chování, klinické projevy nemoci nebo jsou pozváni na vyšetření v rámci depistážního šetření. Stále častěji, ale přibývá nemocí bez klinických projevů, které se odhalí náhodou při vyšetření nebo právě depistáží. My jsme se snažili zjistit, jaké znalosti mají homosexuálně orientovaní muži o pohlavně přenosných nemocech z pohledu sestry. Znalosti homosexuálů, hodnotí sestry jako průměrné. Tento výsledek můžeme porovnat s prací „Problematika pohlavně přenosných chorob u homosexuálně orientovaných mužů“ Machovcové (2013), která zjišťovala vědomosti přímo od homosexuálně orientovaných mužů. Zde bohužel byli znalosti pohlavně přenosných chorob nedostačující. Více než 5 chyb měla většina mužů již zmíněného průzkumu. Toto se shoduje s naší analýzou výsledku, kde jsme se dotazovali, jak hodnotí naši respondenti osvětu pohlavních nemocí. Sestry spatřují osvětu průměrně a myslíme si, že je celkově nedostatečná. Jedna z dalších otázek zjišťovala, zda mají homosexuálně orientovaní muži obavu z pohlavně přenosných nemocí z pohledu sestry, výsledek byl „nemají obavu“. Pro porovnání výsledků můžeme použít výsledek z průzkumného šetření Hromířové (2012), která porovnávala žáky 9. tříd žijící ve městě a na venkově, jejich primární prevenci sexuality a pohlavně přenosných chorob. Zde ze získaných odpovědí vyplynulo, že respondenti mají obavu z přenosných nemocí více na venkově, avšak i více než polovina respondentů žijících ve městě má obavu z pohlavně přenosných nemocí. Podle našeho názoru strach z pohlavně přenosných nemocí mezi lidmi klesá, tento fakt si můžeme potvrdit stoupajícím nárůstem těchto onemocnění.

Posledním cílem jsme chtěli zmapovat roli sestry z pohledu homosexuálně orientovaných mužů. K určení tohoto cíle jsme použili jako průzkumnou metodu rozhovor. Jako první jsme se dotazovali, jak často muži dochází na testování pohlavně přenosných chorob. Většina mužů se testuje pravidelně v různých časových intervalech. Tato otázka nás vedla k dotazu, zda tak činí vždy pouze v jednom zdravotnickém zařízení, což může dokázat spokojenost a pocit jistoty, který je důležitý pro pacienta. Můžeme konstatovat, že i zde naši respondenti ve většině případů navštěvují jedno zdravotnické zařízení.

Další otázka našeho rozhovoru zjišťovala výskyt pohlavně přenosné nemoci v minulosti. Podle práce Machovcové (2013), kde osobní zkušenost s chorobou nemá více než polovina respondentů, v naší práci se vyskytla tato choroba u většiny z nich. Tento rozdíl si můžeme vyložit stále narůstajícím počtem pozitivních pacientů. Velmi nás zajímal názor homosexuálů na sestry, proto jsme položili otázku: „vyjádřete spokojenost s podávanými informacemi sestrou“ a nechali muže vyjádřit svůj názor známkou na stupnici podobné té školní. Nejčastější známkování bylo 2, 3 a aritmetický průměr jsme vypočítali 2,5. Kvalitu sdělovaných informací sestrou hodnotila ve své práci „Role sestry edukátorky na infekčním oddělení“ také Přitasilová (2008). Její výsledky průzkumu jsou podobné s těmi našimi, nejvíce respondentů označilo informace za dostačující a je třeba mít stále na paměti, že pacient při návštěvě zdravotnického zařízení, může být ve stresu nebo strachu z prostředí a informace, které mu sdělujeme, dostatečně nevnímá. Jedna z našich dalších otázek, které ukazují názor na sestry, zněla: „jakou máte zkušenost s přístupem sestry ve venerologické ambulanci“ Zde musíme konstatovat, že muži vidí sestry velmi pozitivně, polovina respondentů by sestram dala 1, aritmetický průměr jsme spočítali 1,9. Je potěšující, že celkově se homosexuálové na sestry dívají kladně. Nejvíce nás překvapila odpověď respondentů na otázku „co nejvíce vadí homosexuálně orientovaným mužům na návštěvě venerologické ambulance“. Zde ve většině případů zaznělo „prostředí čekárny“ nebo „čekací doba“. Dnešní doba je velmi uspěchaná, proto čekací dobu na vyšetření, chápeme. Prostředí čekárny nás vede k zamyšlení. Zde je stále ještě jakési stigma nad pohlavními nemocemi, sexuální orientací a proto se muži mohou obávat jakéhosi odhalení. Když jsme tuto otázku pokládali, tak jsme předpokládali, že nejčastější odpověď bude strach z výsledku, takto ale odpověděl jen jeden s respondentů. Homosexuálové podle analýzy našich výsledků strach z pohlavně přenosných nemocí mají. Ve své práci to potvrzuje i Machovcová (2013) a Veselá (2012), kde jejich respondenti mají největší obavu z nákazy AIDS a Syfilis. Poslední otázkou jsme zjišťovali, kde homosexuálové získávají informace o pohlavně přenosných nemocech, nejvíce respondentů určilo internet. Srovnáme-li náš výsledek s výsledkem Machovcové (2013) je opět shodný, nejvíce homosexuálně orientovaní muži získávají informace na internetu. Musíme však zmínit, že právě informace na internetu, nejsou vždy ověřené a přesné. Celkově musíme konstatovat, že se nám naše cíle podařilo splnit. Zjistili jsme, že role edukátorky je v problematice pohlavně přenosných chorob nedílnou součástí v boji proti těmto chorobám. Zmapovali jsme faktory rizikového chování homosexuálů a konstatovali, že sestry v této problematice orientují. Z pohledu mužů, pak zmapovali roli sestry.

## Literatura

- BRZEK, A. – PONDĚLÍČKOVÁ - MAŠLOVÁ, J. 1992. *Třetí pohlaví?* Praha: Scientia Medica, spol.s.r.o., 1992. 124 s. ISBN 80-85526-03-4.
- ČELEDOVÁ, L. – ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. s. 128. ISBN 978-80-247-3213-8.
- FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, spol. s.r.o., 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
- HROMÍŘOVÁ, A. 2012. *Primární prevence sexuality a pohlavně přenosných chorob v regionu Příbramska*: bakalářská práce [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012. 77 s. [citované 2015-04-05]. Dostupné na internetu: <https://theses.cz/id/1bhg8m/>
- JANOŠOVÁ, P., 2000. *Homosexualita v názorech současné společnosti*. Praha: Karolinum, 2000. 218 s. ISBN 80-7184-954-5.
- KAŇKA, P. 2000. Abeceda homosexuality [online] 2000, [citované 2015-04-05]. Dostupné na internetu: [www.004.cz/storage/abeceda\\_homosexuality.pdf](http://www.004.cz/storage/abeceda_homosexuality.pdf).
- MACHOVCOVÁ, M. 2013. *Problematika pohlavních chorob u homosexuálně orientovaných mužů*: bakalářská práce [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 127 s. [citované 2015-04-05]. Dostupné na internetu: [http://is.muni.cz/th/381558/lf\\_b/Problematika\\_pohlavnich\\_chorob\\_u\\_homosexuálně\\_orientovanych\\_mužu.pdf](http://is.muni.cz/th/381558/lf_b/Problematika_pohlavnich_chorob_u_homosexuálně_orientovanych_mužu.pdf)
- PROCHÁZKA, P., 2013. *Sexuologie a pohlavní choroby. Referátový výběr dermatovenerologie*. ISSN 1213-9106, 2013, roč. 55, č. 2, s. 34-38.
- PŘITASILOVÁ, V. 2008. *Role sestry edukátorky na infekčním oddělení*: bakalářská práce [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008. 74 s. [cit. 2015-04-05]. Dostupné na internetu: <https://theses.cz/id/s8rjo5/?lang=en>

SZU. 2014. *Szu* [online]. Praha: SZU. 2015. vyd. 2014 [citované 2015-04-05]. Dostupné na internetu: <http://www.szu.cz/narodni-referencni-laborator-pro-aids>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍH A STATISTIKY. *Pohlavní nemoci 2012*. Praha 2, Palackého nám. 4: ÚZIS ČR. 2013, 40 s. ISBN 978-80-7472-085-7.

VESELÁ, P. 2012. *POHLAVNÍ CHOROBY – NOVÁ HROZBA?*: Bakalářská práce [online]. Plzeň: Západočeská univerzita. 2012. 88 s. [citované 2015-04-05]. Dostupné na internetu: <https://otik.uk.zcu.cz/handle/11025/3871>.

WEISS, P., 2010. *Sloupky o sexu*. Praha: Mladá fronta, a.s., 2010. 142 s. ISBN 978-80-204-2188-3.

ZVĚŘINA, J., 2003. *Sexuologie nejen pro lékaře*. Brno: CERM, 2003. 287 s. ISBN 80-7204-264.

## **Kontakt**

[vendulafatkova@seznam.cz](mailto:vendulafatkova@seznam.cz)

[dagabriela@email.cz](mailto:dagabriela@email.cz)

[lenka.baranova75@gmail.com](mailto:lenka.baranova75@gmail.com)



# Súčasný a vývojové trendencie metód a foriem vzdelávania seniorov

Petronela Lauková

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna,  
FiFUK, Bratislava, Katedra andragogiky*

Významným determinantom kvality edukačného procesu a facilitátorom nadobúdania poznatkov a vedomostí je vhodné využívanie metód a foriem vzdelávania seniorov.

Primárnym cieľom štúdie je identifikácia súčasných foriem a metód vzdelávania seniorov s akcentom na monitoring ich frekvencie využívania vo vybraných vzdelávacích inštitúciách pre seniorov s následným vyhodnotením a formulovaním odporúčaní zameraných na inovačné trendy pre predmetnú prax.

V metodickom postupe bola použitá analýza a syntéza poznatkov z odborných literárnych zdrojov a ich komparácia, v empirickom kvantitatívnom výskume dotazník a pozorovanie.

**Kľúčová slova:** Senior. Vzdelávanie. Metódy. Formy. Vzdelávateľ dospelých.

•

## Úvod

Starnutie obyvateľstva je v súčasnosti významným ukazovateľom demografického vývoja a predstavuje naliehavý ekonomický a sociálny problém. Predmetný fenomén (nie len na Slovensku, ale aj vo svete) je prepojený s nutnosťou zmeny politik pre lepšie fungovanie spoločnosti v budúcnosti, ktoré musia na jednej strane reflektovať potrebu seniorov ako jednotlivcov, ktorí by mali zostať samostatní, nezávislí, spokojní a zdraví a na druhej strane zacieliť pozornosť na spoločnosť ako celok - na oblasti zdravotnej starostlivosti, sociálneho zabezpečenia a pracovného trhu. Riešením by mala byť tzv. aktivizácia seniorov. Podľa portálu Europa.eu (2012) aktívne starnúť znamená zachovať si aj vo vyššom veku dobré zdravie a postavenie plnohodnotného člena spoločnosti, cítiť sa spokojne vo svojej práci, nezávisle v každodennom živote a byť zainteresovaný v občianskych záležitostiach. Ako konštatuje Hegyi (2001), „Súhrnne sa dá povedať, že kým problémom 19. storočia bolo žiť do staroby, problémom 20. storočia bolo starobu zabezpečiť a problémom 21. storočia je naplniť ju obsahom“.

Podpora aktívneho starnutia je v Slovenskej Republike vnímaná ako jedna z veľmi dôležitých priorít. Zameraná je najmä na vytváranie príležitostí pre seniorov na trhu práce, na boj proti chudobe a sociálnej exklúzii, nevynímajúc ani ďalšie zdokonaľovanie systému celoživotného vzdelávania a sociálneho zabezpečenia.

Vzdelávanie seniorov patrí medzi významný nástroj ich participácie a mobilizácie vlastného potenciálu. V krajinách Európy je myšlienka vzdelávania seniorov známa už viac ako 40 rokov. Objavuje sa v 70. rokoch minulého storočia ako nový fenomén edukačnej praxe. Vzniká, ako uvádza Čornaničová (2007) v období prvých rozpakov nad „odvrátenou tvárou“ prežívania dôchodkového veku ako času „zaslúženého odpočinku“ človeka po aktívnom období života, čím sa dôchodcovia vylučovali nepriamo z mnohých oblastí života spoločnosti. Pre spoločnosť, ktorá projektovala domovy pre dôchodcov, ako vhodné prostredie prežívania staroby, častokrát bez medzigeneračného kontaktu, s následnou odkázanosťou na opateru, sa s rastom počtu starých ľudí tento typ starostlivosti stáva ekonomicky neúnosný a neprináša želané výsledky.

## Vzdelávanie seniorov

Vzdelávanie je jednou z možností motivovať seniorov k aktívnemu spôsobu života. Vedecké štúdie (Golecká, 2007) poukazujú na skutočnosť, že zdraví a aktívni ľudia, ktorí pokračujú vo svojich intelektuálnych záujmoch aj v období staroby majú tendenciu rozvíjať svoje kognitívne funkcie.

Groombridge (1982) uvádza päť hlavných dôvodov významnosti „neskorého“ celoživotného vzdelávania:

- vzdelanie môže prispieť k samostatnosti a nezávislosti seniorov,

- vzdelanie je hlavným faktorom umožňujúcim starším ľuďom vyrovnáť sa s mnohými praktickými a psychickými problémami v meniacom sa svete,
- vzdelávanie starších ľudí posilňuje ich prínos pre spoločnosť,
- uvedomenie si seba spojené s vlastným výkladom a komunikovaním svojich skúseností s ostatnými generáciami podporuje rovnováhu perspektívu a porozumenie, ktoré sú cenné v rýchlo sa meniacom svete konfliktu,
- vzdelanie je dôležité pre starších ľudí, ktorí sa usilujú o sebavyjadrenie a učenie sa ([http://www.u3a.org.au/u3a\\_movement](http://www.u3a.org.au/u3a_movement)).

Podľa Haškovcovej (2010, s. 129) má vzdelávanie seniorov preventívnu funkciu, ktorá má za cieľ predchádzať chorobám a stratám spôsobeným starnutím, rehabilitačnú funkciu, ktorá zachováva alebo zdokonaľuje psychiku seniora, posilňovaciu funkciu, ktorá sa zameriava na aktívne trávenie voľného času seniora a komunikačnú funkciu, ktorá rozvíja sociálny život seniora.

Seniorov nemôžeme vnímať ako homogénnu skupinu. Vekový rozsah sénia je široký a seniori majú rôzne požiadavky a potreby v jednotlivých životných fázach sénia. Riešením je vnímať seniorov ako heterogénnu skupinu a koncipovať cieľovú skupinu „...na základe rovnakých vzdelávacích potrieb“ (Prusáková, 2001, s. 185), ktoré môžu byť predikované vekom seniorov. Petrová (2013, s. 120) upozorňuje, že pri vzdelávaní seniorov je potrebné dbať na vekové kategórie: „príprava na dôchodok, začínajúci dôchodok, starší ľudia, starí ľudia“.

Pri vzdelávaní seniorov je vhodné akceptovať určité pravidlá, najmä rešpektovať identitu seniora, jeho dôstojnosť, vyhýbať sa detinskému prístupu k seniorovi, nevystavovať seniora zbytočnému časovému stresu, zameriavať sa na častejšie opakovanie preberaných informácií, podporovať pozitívnu komunikáciu, vyjadrovať sa zreteľne a zrozumiteľne.

## Formy vzdelávania seniorov

V období sénia sa jedinci musia vyrovnáť s biologickými obmedzeniami. Z tohto pohľadu je vhodným miestom výučby klasická učebňa, pričom je podstatné dbať na dostatočné ozvučenie miestnosti a viditeľnosť. Pri vzdelávaní seniorov v priestoroch mimo klasickej učebne (laboratóriá, špecializované pracoviská) je potrebné zabezpečiť bezbariérový prístup. Problémy s bezbariérovým prístupom môžu vzniknúť aj v prednáškových sálach, ktoré sú vybavené schodmi. Exkurzie predstavujú ďalší okruh problémov pre seniorských účastníkov vzdelávania. Doprava, absencia bezbariérového prístupu, dĺžka exkurzie, ktorá spôsobuje fyzickú únavu seniorov môžu byť odrádzajúce od účasti na exkurziách. Na druhej strane prináša takáto forma vzdelávania nové podnety a poznatky pre seniorov a preto by nemala byť vynechávaná zo vzdelávania. Exkurzie sú odporúčanou formou vzdelávania v sociálnych zariadeniach.

Vzdelávateľ by mal mať na pamäti rýchlejšiu psychickú únavu starších ľudí, preto je podstatné určenie dĺžky základnej vzdelávacej jednotky. Dôležité je dbať na prestávky, aby sa rýchlo neznížila pozornosť seniorov pri výučbe. Pri určení celkovej dĺžky trvania vzdelávacej aktivity (krátkodobé, strednodobé, dlhodobé) a periodicity (jednorazové, cyklické, kontinuálne, etapovitú) sa špeciálne nepristupuje z pohľadu seniorov

Pri priamej interakcii sa vzdelávateľ priamo kontaktuje so vzdelávanými. Pri nepriamej interakcii nedochádza k priamemu styku vzdelávateľa so vzdelávaným, preto musí byť senior schopný nadviazať nepriamy kontakt so vzdelávateľom. V súčasnosti sa najčastejšie využíva médium internet. Podmienkou je prístup k informačno-komunikačným technológiám a k internetu. Príkladom vhodným nasledovania sú online univerzity tretieho veku v Austrálii. U3A Online je prvou svetovou virtuálnou univerzitou tretieho veku prevádzkovanou výlučne online. Ponúka krátke kurzy pre starších ľudí, ktorí majú záujem sa vzdelávať, avšak uprednostňujú slobodu vo výbere času a miesta vzdelávania. Kurzy sú otvorené pre všetkých starších ľudí na celom svete. (<http://u3aonline.org.au/content/about-u3a-online>).

Frontálne organizačné formy sú vhodným spôsobom vzdelávania seniorov, ale predstavujú menšiu angažovanosť vzdelávaných. Pri skupinových organizačných formách sa vyžaduje väčšia aktivita účastníkov vzdelávania, lebo musia riešiť úlohy a nie sú len pasívnymi účastníkmi procesu vzdelávania. Individuálna organizačná forma je prostriedkom na riešenie problémov a situácií, ktoré potrebujú seniori konzultovať osobne so vzdelávateľom. Zároveň sa táto forma využíva pri samoštúdiu seniorov.

Organizačná forma prezenčného štúdia zvyčajne predstavuje model segregáčného vzdelávania seniorov, ktorí sú oddelení od študentov nižšieho veku, ako je to na univerzitách a akadémiách tretieho veku (Hrapková, 2010, s. 48).

Segregačné vzdelávanie sa zameriava na záujmové vzdelávanie. Pri integračnom vzdelávaní dochádza k vzájomnému ovplyvňovaniu a prepojeniu mladšej a staršej generácie a je to buď kvalifikačné vzdelávanie alebo záujmové vzdelávanie (Hrapková, 2004). Dobrým spôsobom realizácie integračného modelu je medzigeneračné vzdelávanie – prepojenie mladých študentov so seniormi. Korešpondenčné a dištančné vzdelávanie môže byť atraktívne pre tých seniorov, ktorí majú pohybové problémy, ale napriek tomu sa chcú vzdelávať a rozvíjať sa. Negatívom je nedostatok sociálnych vzťahov, ktoré sú pre seniorov dôležité. Pri korešpondenčnom a dištančnom vzdelávaní je potrebné zo strany seniora splniť dôležitú podmienku – vedieť používať určené komunikačné kanály.

Pre seniorov umiestnených v sociálnych zariadeniach Határ (2008, s. 74) odporúča nasledovné organizačné formy: *„exkurzie do galérií a múzeí, vychádzky do prírody a chránených prírodných oblastí, výlety a zájazdy do archeologických lokalít a pútnických miest, záujmové sústreďenia, tematické večierky, kurzy spoločenského tanca, cudzích jazykov, sebaobrany, informačnej techniky, ale aj externé formy štúdia na univerzitách a akadémiách tretieho veku...“*.

## Metódy vzdelávania seniorov

Výber metódy, ktorá je primeraná pre seniorov, je ovplyvnený cieľmi, obsahom, aktivitou lektora, formou vzdelávania, didaktickými princípmi a prostriedkami. Seniori môžu mať problém s motiváciou a to najmä z hľadiska podhodnocovania svojich možností a schopností vzdelávať sa, prípadne sa obávajú neúspechu pri vzdelávaní. Preto je potrebné identifikovať a použiť také metódy, ktoré podporia motiváciu seniorov vzdelávať sa. Ďalšími významnými prvkami efektívneho vzdelávania seniorov je zabezpečenie ich aktívnej účasti, rešpektovanie špecifických prístupov k učeniu sa u seniorov, zaistenie spätnej väzby, použitie osvojených vedomostí v živote (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 70). Dôležitou súčasťou výberu metódy vyhovujúcej seniorom je ich naviazanosť na predchádzajúce životné skúsenosti, osvojené vedomosti a zručnosti. Podstatné je aj častejšie opakovanie, pre horšiu krátkodobú pamäť seniorov.

Határ (2008, s. 73-74) odporúča nasledujúce metódy:

- z hľadiska logických postupov je vhodná analytická a syntetická, induktívna a deduktívna, genetická a dogmatická metóda,
- z hľadiska pôsobenia na zložky osobnosti sú vhodné metódy pôsobiace na intelekt, metódy pôsobiace na emócie, metódy pôsobiace na vegetatívno-reflexnú zložku osobnosti,
- z hľadiska stupňa inovácie je v prvom stupni inovácie vhodná prednáška, v druhom stupni situačné, problémové a inscenačné metódy a v treťom stupni metóda cielených otázok, Gordonova metóda, Brainstorming, Philips 66 a pod.
- z hľadiska etáp výchovného a vzdelávacieho procesu sú vhodné najmä motivačné metódy, fixačné metódy, expozičné metódy, metódy programového učenia, aktívne situačné metódy, konfliktné metódy a metódy digresie.

Balogová (2009a, s. 96) preferuje v edukácii seniorov výkladovo ilustratívne metódy, dialogické metódy, moderačné metódy, metódy riešenia problémov v malých skupinách, prípadové štúdie, inscenačné metódy.

Napriek tomu že monologické metódy ako je prednáška alebo výklad sú z pohľadu vzdelávaných seniorov pasívne (aktivita je na strane vzdelávateľa), sú primerané najmä pre tých seniorov, ktorí majú problémy v sociálnej komunikácii. Dialogické metódy zahŕňajú okrem fázy poskytovania nových poznatkov aj fázu precvičovania a kontrolnú fázu, používajú sa pri väčšej ale aj menšej skupine účastníkov. Veľmi vhodné pre seniorov sú problémové metódy, ktoré podporujú hodnotenie a rozhodovanie prostredníctvom zadania problémovej situácie, ktorá vychádza z každodenných reálií. Poslednú skupinu metód tvoria výcvikové metódy na osvojenie motorických a senzomotorických schopností a zručností.

Monologické metódy bývajú často kritizované pre svoju jednostrannosť (jednosmerná komunikácia), neatraktivnosť a statickosť. Pre určitú skupinu seniorov, ktorí majú problém s aktívnym vystupovaním na verejnosti, sú veľmi vhodným spôsobom ako sa vzdelávať a byť v spoločnosti ľudí. Najčastejšou monologickou metódou je prednáška, ktorá sa využíva v prípadoch, keď je potrebné tému predniesť širšiemu publiku za pomerne krátku dobu. Je vhodné pri senioroch doplniť hovorené slovo písomnými poznámkami, obrazom a zvukom prostredníctvom projektovej techniky, aby bola podporená názornosť prednášky. Tuma (1987, s. 191-200) uvádza nasledujúce modifikácie prednášky: prednáška s diskusiou, prednáška s koreferátmi, prednáška spojená s diskusiou na základe téz, prednáška spojená s pódiovou

diskusiou, prednáška spojená so skupinovou diskusiou, prednáška spojená s diskusiou v mikroskupinách, plagátová prednáška – referát.

Medzi monologické metódy vhodné pre seniorov možno zaradiť seminár, ktorý zvyčajne nasleduje po prednáške a je vhodnou metódou pre seniorov, pretože umožňuje spätnú väzbu pre prednášajúceho. Dialógové (diskusné) metódy prinášajú väčšiu aktivitu zo strany účastníkov vzdelávania. Zároveň sa viac orientujú na pochopenie ako na zapamätanie (Prusáková, 2001). Matulčíková, Matulčík (2009, s. 86-89) rozdelili dialógové vyučovacie metódy do dvoch okruhov. Prvý je tvorený diskusnými metódami určenými pre veľké skupiny účastníkov (20 až 40). Jedná sa o učebný rozhovor, reťazovú diskusiu, parlamentnú metódu, verejnú a panelovú diskusiu. Pri učebnom rozhovore je dôležitá príprava vzdelávateľa, ktorý si dopredu pripraví otázky a príprava účastníkov vzdelávania, aby vedeli na otázky reagovať. Metóda rozhovoru môže byť veľmi podnetná pre seniorov, lebo môžu uplatniť svoje poznatky a životné skúsenosti. V rámci dialógových metód sa vyskytujú variácie na metódu diskusie. Prostredníctvom diskusie sa účastníci voľne a slobodne vyjadrujú k predmetnej téme. Opäť je to vhodná metóda pre seniorov z hľadiska reprodukcie životných skúseností. Diskusia zvyčajne nadväzuje na monologické metódy. Pre veľké skupiny je primeraná reťazová diskusia, kedy účastník diskusie parafrázuje predchádzajúceho účastníka, následne vyjadrí názor na danú tému a vyberie ďalšieho diskutéra. Modifikáciou diskusie je verejná diskusia, ktorej sa zúčastní pozvaný odborník alebo jeden z účastníkov vzdelávacej aktivity, ktorý diskutuje s prítomnými. V prípade panelovej diskusie sa diskutuje s viacerými odborníkmi na vopred zvolenú tému. Úlohou ostatných účastníkov je nielen počúvať, ale sa aktívne zapájať do diskusie. Poslednou vhodnou metódou je parlamentná metóda. Účastníci sa rozdelia do dvoch skupín, určí sa téma diskusie a jedna skupina argumentuje za danú problematiku a druhá oponuje.

Druhý okruh dialógových metód je určený pre využitie v malých skupinách (3 -12 účastníkov). Matulčíková, Matulčík (2009, s.87) zaraďujú medzi ne brainstorming, diskusiu Gordonovou metódou a synektickú metódu.

Tretiu skupinu metód vhodných pre seniorov tvoria metódy, ktoré sú zamerané na rozhodovanie v problémových situáciách. Seniori si pri metódach môžu osvojiť spôsob zberu informácií, analýzy týchto informácií a spôsoby, ako pristupovať k rôznym okolnostiam. Matulčíková, Matulčík (2009, s. 90-92) radia medzi situačné metódy prípadové štúdium, Syndikátnu metódu a hranie rolí. Medzi problémové metódy môžeme zaradiť aj metódu Phillips 66. Tuma (1987, s. 295-297) ju radí medzi problémové diskusné metódy (prirovnáva ju k brainstormingu) určené pre väčší počet účastníkov. Hobo-metóda (Tuma, 1987, s. 301-303) sa zameriava na riešenie problémov. Prístup zo strany účastníkov si vyžaduje väčšiu aktivitu v samostatnom naštudovaní literatúry a materiálov.

Poslednou skupinou metód, ktoré sú vhodné pre seniorov sú výcvikové metódy. Zvyčajne sa výcvikové metódy spájajú s pracovným výkonom ( Matulčíková, Matulčík, 2009, s. 93). Petřková s Čornaničovou (2004, s. 71) sa domnievajú, že aj výcvikové metódy majú svoje miesto vo vzdelávaní seniorov, len sa musí dodržiavať následnosť fáz vzdelávania.

Pri vzdelávaní dospelých sú dôležité analytické, syntetické, induktívne, deduktívne, genetické a dogmatické metódy. Határ (2008, s.73) považuje tieto metódy za rovnako podstatné pri vzdelávaní seniorov. Myšlienkové postupy sú súčasťou každého vzdelávacieho procesu, pretože umožňujú poznávať a rozumieť veciam, javom, vzťahom. Myšlienkové operácie zabezpečujú riešenie úloh „*pred ktoré sme postavení a cielavedome usmerňujeme svoju praktickú činnosť*“ (Živčicová, 2011, s. 65). Skupinou metód, ktoré je možné aplikovať v rámci vzdelávania seniorov sú motivačné, fixačné a expozičné metódy. Medzi metódy, ktoré môžu byť využívané pri vzdelávaní seniorov Határ (2008, s. 74) zaraďuje metódy programového učenia, aktívne situačné metódy, konfliktné metódy a metódy digresie. Metódy programového vyučovania sa odporúčajú pri samostatnom štúdiu. Vzdelávanie nevedie vzdelávateľ ale program, ktorého podstata je rozčlenená do piatich zásad:

1. postupnosť programu je v pomalých krokoch,
2. program si vyžaduje aktuálne odpovede,
3. bezprostredná kontrola,
4. program sa prispôbuje individuálnemu tempu študujúceho,
5. program testuje výkon študujúceho.

Pri metóde programového učenia sa spájajú výhody, možnosť vzdelávať sa kedykoľvek (bez závislosti od vzdelávateľa), s nevýhodami, ako je nedostatok spoločenských kontaktov, ktoré sú pre seniorov jedným z motivačných prvkov účasti na

vzdelávaní. Situačné metódy podporujú osvojenie aktívneho počúvania, pochopenie situácie, uvedomovanie si následkov konania. Pri konfliktných metódach účastníci navrhujú riešenie vopred určeného konfliktu. Ako pri všetkých metódach, ktoré sú zamerané na určitý problém, metódy situačné a konfliktné vyhovujú potrebám seniorov. Hlavnou úlohou metód digresie je uvoľnenie atmosféry odbočením od hlavnej tematiky. Výsledkom je aktivácia účastníkov, zbavenie sa únavy a schopnosť pokračovať v hlavnej téme.

### **Gamifikácia ako moderná metóda vzdelávania seniorov**

Cieľovú skupinu seniorov možno ponímať ako výzvu, z argumentačného hľadiska. Pri stále rozšírenom prekoncepte, že hry sú určené pre vekovo mladšiu populáciu a ich hranie sa v neskoršom veku sa môže zdať ako infantilné je dôležité nájsť správne argumenty, ktoré by podporili prenik hier a gamifikácie do vzdelávania seniorov. Prínos gamifikácie pre prácu so seniormi je možné vidieť v meta-rovine hier. V nej nájdeme paralelu s medziľudskými dynamikami, ktoré sú vlastné pre všetky vekové kategórie našej spoločnosti. Na nasledujúcich príkladoch budeme ilustrovať potenciál hier a ich možné využitie pri práci so seniormi.

1. Hry aktivizujú náš mozog, čím ho udržujú v lepšej kondícii na vykonávanie kognitívnych úloh. Zmena v spoločenskej paradigme a posun vo vnímaní postavenia seniora v našej spoločnosti kladie dôraz na zvýšenú kognitívnu kondíciu seniorov. Hry vedia tento priestor prirodzenou cestou vyplniť.
2. Hry vystavujú svojich hráčov optimalizovaným úlohám, ktoré sú pre nich dosiahnuteľné. To znamená, že vytvárajú úlohy ktoré vedia aktivizovať hráčov svojou náročnosťou, ale zároveň hráčov nefrustrujú - reflektujú jeho aktuálnu úroveň poznatkov a zručností. Využitie vidíme napríklad pri oboznamovaní seniorov s novými technológiami.
3. Hry vytvárajú bezpečné prostredie, ktoré umožňuje experimentovať a robiť chyby, bez reálnych následkov. V optike aplikácie na cieľovú skupinu to môže byť opäť možnosť simulovať pre seniorov situácie ktoré pre nich nie sú prirodzené alebo sa v nich potrebujú zlepšiť, bez toho aby sa cítili spoločensky handicapovaní alebo znevýhodnení.
4. Hry vytvárajú pozitívnu spätnú väzbu a umožňujú vytvárať relevantný status. Pozitívne podmieňovanie a získanie statusu v rámci komunity sa ukazujú byť dôležité nástroje v aplikácií gamifikácie a hier.
5. Hry umožňujú hráčom využívať ich predošlé skúsenosti, umožňujú zvoliť si prístup k riešeniu úloh a výziev ktorý je blízky a vyhovuje hráčom. To umožňuje pri práci seniorov zameriavať sa na silné stránky jednotlivcov a podporovať ich rozvoj.

Spomenuté prvky hier netvorí ani zďaleka kompletný zoznam aspektov hier a ich potenciálu, ale vedú nám dať základný náhľad, ako nazerať na potenciál herných elementov a ich aplikácie v nehernej kontexte. Z demografického pohľadu možno predikovať, že súčasná generácia v produktívnom veku vstúpi do seniorského veku spolu s ich návykom hrať hry. Z tohto hľadiska vznikne prirodzene požiadavka na vytváranie programov pre seniorov, ktoré by reflektovali ich návyky, potreby a očakávania. Pre generáciu, ktorá bude zvyknutá na previazanie herných dynamík v rámci ich pracovných či voľnočasových aktivít bude prirodzené požadovať podobné interakcie aj v seniorskom veku.

Pri pohľade na dnešnú generáciu seniorov by sme ale nemali podľahnúť dojmu, že by hry a herné princípy nemali potenciál zaujať a pomôcť seniorom v napĺňaní a osvojovaní nových sociálnych rolí a statusu, ktoré dynamická spoločnosť prináša. Tak ako pri každom zavádzaní gamifikácie (alebo tvorbe vzdelávacieho procesu,) aj tu treba mať na zreteli najmä charakteristiku cieľovej skupiny a ciele, ktoré chceme našou aktivitou dosiahnuť.

O 21. storočí sa zvykne hovoriť ako o ludickom (*Zimmerman, 2013*). Tento koncept sa ukazuje byť pravdivý pri pohľade na veľkosť herného biznisu, veku priemerného hráča (súčasný vek priemerného hráča je 32 rokov) rodového zastúpenia hráčov (52% všetkých hráčov sú ženy)(*Entertainment software association, 2014*). Predmetné štatistiky vytvárajú predpoklady na to, aby si spoločnosť utvárala nový pohľad na hry, nie len ako na nástroj menšinovej zábavy pre úzku skupinu ľudí, ale zároveň ako dôležitý kultúrny artefakt, ktorý začína mať široké uplatnenie v oblasti vzdelávania, sociálnej inklúzie, firemnej kultúry alebo rozvoja aktívnej spoločnosti.

Štúdiu hier, ako na nás vplývajú a aký je ich potenciál presahu do nehernej kontextu sa venuje viacero prístupov, málokterý však za posledných 5 rokov zažil taký rýchly rast, ako koncept gamifikácie. Gamifikácia je definovaná ako aplikovanie herných prvkov a elementov herného dizajnu v nehernej kontexte, za účelom dosiahnutia konkrétneho cieľa. Voľne povedané, v gamifikácii sa snažíme využiť potenciál hier, na dosiahnutie vopred stanoveného cieľa. Gamifikácia nevytvára hry ako také, skôr detailne vyberá a analyzuje herné mechaniky a dynamiky, ktoré aplikuje na tie

ľudské činnosti a operácie, pri ktorých môžu vytvoriť želanú dynamiku. Môže sa jednať o vytvorenie príjemnejšieho prežitku pri aplikácii herných princípov do vzdelávacích aktivít pre seniorov.

### **Formy a metódy vzdelávania seniorov – experimentálna časť**

Na základe stanoveného hlavného cieľa štúdie uvádzame niektoré výsledky výskumu, v ktorom sme zisťovali dotazníkom a pozorovaním najčastejšie používané formy a metódy vzdelávania seniorov z pohľadu lektorov zvolených vzdelávacích inštitúcií; Univerzity tretieho veku, Račianskej seniorakadémie a na komparáciu lektori z Memory centra (Trgalová, 2014).

### **Interpretácia výsledkov, diskusia**

Na základe pozorovaní najpoužívanejšou metódou vo vzdelávaní seniorov bola prednáška, ktorú využívali lektori najmä pre účastníkov vzdelávania s ukončeným vysokoškolskom vzdelaní (55% lektorov). Centrum Memory využívalo prednášku zriedka, nakoľko je zamerané na seniorov s Alzheimerovou chorobou, kde sa preferujú individuálne skupinové formy vzdelávania. Ďalšou frekventovanou metódou bol seminár a rozhovor. Pri ukončenom vysokoškolskom vzdelaní sa seminár používal v 17 % prípadov veľmi často, z inštitúcií sa najviac používal na ATV. Učebný rozhovor využívalo veľmi často pri vzdelávaní seniorov 39 % respondentov. Reťazová diskusia, panelová diskusia sa používala vo vzdelávacích inštitúciách pre seniorov v menšej miere. Problémové metódy (Brainstorming, Gordonova metóda) sa využívali veľmi často a taktiež prípadové štúdie využívalo 22 % vzdelávateľov. Syndikátnu metódu zaradilo do vzdelávania seniorov 11 % lektorov. Metódu hrania rolí využívalo veľmi často 8 % vzdelávateľov. Aj keď prednáška, ako monologická metóda, má veľa odporcov, stále pretrváva záujem zo strany lektorov ju používať. Taktiež Hrapková (2004) tvrdí, že je veľa iných možností, netreba sa orientovať len na prednášku, seminár či diskusiu.

Výsledky používania foriem z hľadiska organizácie vzdelávania jednoznačne poukázali na fakt, že najčastejšie sa využíva frontálna organizačná forma. Druhou preferovanou je jednotná skupinová organizačná forma. Najmenej využívanou je podľa lektorov individuálna organizačná forma.

Najčastejšie sa vzdelávanie seniorov realizuje v učebni, laboratórií a špecializované odborné a vedecké pracoviská vzdelávateľia využívajú minimálne. Zo zistení síce vyplýva, že druhou najpoužívanejšou formou je exkurzia, ale lektori ju nevolia často. Naopak Határ (2008) radí exkurzie medzi veľmi vhodné spôsoby realizácie vzdelávania seniorov.

Pri zisťovaní determinantov ovplyvňujúcich výber metód a foriem vzdelávania výsledky potvrdili teoretické predpoklady, že vek významne ovplyvňuje výber metód a foriem vzdelávania. Menej vyhranený bol názor vzdelávateľov v prípade ukončeného vzdelania. Obsah je najvýznamnejším determinantom vhodnej metódy a formy vzdelávania. Ďalšími, ktoré uviedli respondenti bol zdravotný stav účastníkov, motivácia, predchádzajúce skúsenosti, počet účastníkov na vzdelávacej akcii a ciele výučby.

### **Záver**

Východisko pri zameraní vzdelávania starších ľudí tvorí najmä poznanie, že človek je schopný učiť sa a tvoriť aj v starobe (Határ In: Gežová, 2010) Seniori majú prirodzenú potrebu ďalej sa vzdelávať v rôznych oblastiach prírodného, kultúrneho aj spoločenského diania; sú do istej miery ochotní zmeniť svoje správanie a konanie (ak na to majú adekvátny dôvod); uvedomujú si, že so svojimi poznatkami si už v modernej dobe nevystačia a chcú dokázať sebe aj ostatným, že sú stále schopní učiť sa nové veci (Čornaničová, 2007).

Na základe našich zistení by bolo vhodné pre skvalitnenie vyučovacieho procesu u seniorov väčšie využitie potenciálu komunikácie zo strany účastníkov vzdelávania odovzdávaním svojich životných skúseností, používanie metódy diskusie, situačných metód, hrania rolí a gamefikácie na zvýšenie kvality vyučovacieho procesu a zabezpečenie nepretržitej spätnej väzby, ktorá je dôležitým princípom vo vzdelávaní seniorov.

### **Zoznam použitej literatúry**

Balogová, B. (2009a), *Seniori v spektre súčasného sveta*. Prešov: Akcent print, 2009, 103 s. ISBN 978-80-89295-19-7.

Čornaničová, R.(2007), *Edukácia seniorov. Vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. Bratislava Univerzita Komenského v Bratislave, 2007. 163 s. ISBN 978-80-223-2287-4.

EUROPA.EU. (2012). *Informácie o európskom roku 2012 – Európsky rok aktívneho starnutia a solidarity medzi generáciami*. [online]. 2012 [citované 2013.08.08]. Dostupné na internete: <<http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=sk>>

Zimmerman, E. - Manifesto for a ludic century [http://ericzimmerman.com/files/texts/Manifesto\\_for\\_a\\_Ludic\\_Century.pdf](http://ericzimmerman.com/files/texts/Manifesto_for_a_Ludic_Century.pdf)

Entrainment software asociation: Essential Facts about the computer and video game industry. [http://www.theesa.com/wp-content/uploads/2014/10/ESA\\_EF\\_2014.pdf](http://www.theesa.com/wp-content/uploads/2014/10/ESA_EF_2014.pdf)

Golecká, L. (2007), *Akomodačná flexibilita vo zvládání involučných zmien: tri sondy*. Dizertačná práca. Bratislava : SAV, 2007, 150 s.

Haškovcová, H. (2010), *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

Határ, C. (2008), *Edukácia seniorov v sociálnych zariadeniach*. Nitra: Efeta. 2008. 126 s. ISBN 978-80-89245-08-6.

Hegyí, L. (2001), *Spoločnosť a starí ľudia*. In: *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metódik*, 2001, č.7, s. 125 - 127

Hrapková, N. (2004) *Myšlienky k metodike vyučovania seniorov*. In: *Vzdelávanie seniorov na Slovensku. Zborník príspevkov z metodického seminára 11. novembra 2004*, [online]. Bratislava: Slovenská technická univerzita v Bratislave. 2004. [cit. 2014-12-29]. ISBN 80-227-2417-3. Dostupné na internete: [http://asutv.sk/dokumenty/zbornik-2004/http://www.u3a.org.au/u3a\\_movement](http://asutv.sk/dokumenty/zbornik-2004/http://www.u3a.org.au/u3a_movement)

Matulčíková, M. a J. Matulčík. (2009), *Vzdelávanie a kariéra*. Bratislava: Ekonóm, 2009. 174 s. ISBN 978-80-225-2700-2.

Petřková, A., Čornaničová, R. (2004), *Gerontagogika. Úvod do teórie a praxe edukácie seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 92 s. ISBN 80-244-0879-1.

Petrová, G. (2013). *Príprava dospelých na starobu prostredníctvom vzdelávania*. In Határ, C. ed. *Vplyv Edukácie na kvalitu života seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2013. 160 s. ISBN 978-80-558-0249-7.

Prusáková, V. (2001), *Metódy a formy vzdelávania dospelých*. In *Vzdelávanie dospelých v pôsobnosti miest a obcí*. Bratislava: Stimul, 2001. 255 s. ISBN 80-88982-46-4.

Trgalová, Z. 2014. *Metódy a formy vzdelávania seniorov*. Diplomová práca. FiFUK, Bratislava, 2014. 98s.

Tuma, M. 1987. *Metódy výchovy a vzdelávania dospelých*. Bratislava: Obzor, 1987. 436 s. 65-007-87.

Živčicová, E. (2011), *Základy psychológie učenia*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2011. 144 s. ISBN 978-80-7452-017-4.

## Kontakt

Doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD.

FiFUK, Bratislava  
Katedra andragogiky  
[nela.laukova@gmail.com](mailto:nela.laukova@gmail.com)

# Dodržování charakteristických znaků měkké vědy v diplomových pracích

Bartoníčková Iva

*COS děti, FN Motol*

**Cíl:** Cílem průzkumu bylo prozkoumat stav validity metodologických postupů a znaků měkké vědy používaných při psaní diplomových prací. Určit, jaké výzkumné metody měkké vědy se vyskytují v diplomových pracích. A jako podcíl jsme si stanovili vypracovat pro sestry bedeker metodiky výzkumu v ošetrovatelství.

**Metodika:** Na základě kvantitativní metody analýzy dokumentů diplomových prací jsme zjišťovali, zda sestra výkumnice dodržuje danou charakteristiku vědecké práce, zda používá validní výzkumné metody, zda uplatňuje charakteristické znaky měkké vědy a mapovali jsme přínos sestry výkumnice pro ošetrovatelskou praxi na základě průzkumu. Průzkumným šetřením jsme zanalyzovali 63 diplomových prací VŠZ a SP sv. Alžběty, Bratislava z akademického roku 2012/2013, 2013/2014 pomocí online linku zobrazující závěrečné práce, ze kterých vyplynuly určité nedostatky.

**Výsledky:** Zjistili jsme nepřesné uvádění počtu členů průzkumného týmu; nepoužívání průzkumných otázek; neformulování přesného průzkumného cíle, pomocí infinitivu a aktivního slovesa; neformulování problému průzkumu; nezajištění etických principů; nekonkretizování subjektu jednotlivých doporučení pro praxi.

**Závěr:** Z analytického šetření vyplynulo, že sestry v rámci realizace průzkumného šetření v diplomových pracích mají určité znalosti. Přesto jsme zjistili i nedostatky, v rámci kterých doporučujeme sestrám rozlišovat charakteristické znaky měkké a tvrdé vědy ve výzkumu v ošetrovatelství, využívat své znalosti a vědomosti, kriticky myslet. Na základě daných zjištění jsme navrhli doporučení pro praxi, která byla zaměřena na zvýšení profesionálního image sestry v dodržování validních znaků měkké vědy a vypracovali jsme bedeker metodiky výzkumu pro sestry výkumnice se základními informacemi a nyní pracujeme na jeho rozšíření.

**Klíčová slova:** výzkum, průzkum, diplomová práce, ošetrovatelství, sestra výkumnice

•

## Úvod

Obor ošetrovatelství se během posledních let velmi změnil, změnila se především jeho koncepce, zaměření, změnila se požadavky na ošetrovatelskou péči, cíle, a došlo nejen k jeho posunu, ale především k jeho rozvoji. Rozvoj jsme zaznamenali ve všech oblastech ošetrovatelství, na základě výzkumu v ošetrovatelství. I my bychom chtěli přispět k rozvoji oboru ošetrovatelství. Na základě předcházejících zkušeností, kdy jsme se setkali s prvními nesnázemi v rámci průzkumného šetření, nás objektivně zajímaly vědomosti studentek VŠZ a SP sv. Alžběty, Bratislava při realizaci průzkumu v rámci diplomových prací. Zajímalo nás, jaký je současný stav sester výkumnic v oblasti měkké vědy, zda sestry výkumnice dodržují danou charakteristiku vědecké práce, zda používají validní výzkumné metody, zda uplatňují charakteristické znaky měkké vědy a jaký je přínos sester výkumnic pro ošetrovatelskou praxi. Ošetrovatelství se může rozvíjet jen na základě výzkumu, pokud se sestry nenaučí realizovat výzkumná šetření a implementovat nové poznatky do ošetrovatelské praxe, obor ošetrovatelství bude stagnovat. A právě první zkušenosti sestry výkumnice získávají při psaní svých závěrečných prací. Nesmíme zapomenout, že ošetrovatelství je vědní disciplína, proto musíme sestry podporovat a motivovat v oblasti výzkumu. Cílem je pomoci studentkám v osvojení znalostí průzkumného šetření v rámci měkké vědy, kdy přesně vymezujeme charakteristické znaky měkké vědy v jednotlivých fázích. Dodržování jednotlivých postupů by se mělo projevit, jak na kvalitě diplomových prací, tak i na rozvoji oboru ošetrovatelství.

## Výzkum v ošetrovatelství

Výzkum v ošetrovatelství spočívá především v systematickém kladení otázek, dotazování. Na základě získaných nových poznatků, teorií v oblasti ošetrovatelství, které získáváme na vědeckém podkladě, pomáháme aplikovat nové teorie do ošetrovatelství. Jedná se o metodu ověřování, hodnocení i pochopení, co sestry a porodní asistentky ve své profesi vykonávají. Ověřují zavedené metody, postupy, hodnotí efektivitu a metody nových výkonů, postupů ošetrovatelských činností (Plevová, 2011). I Kutnohorská (2006) popisuje, jak jsou velice důležité určité schopnosti a vědomosti sester



v oblasti ošetrovateľského výzkumu, se kterými sestry disponují. Výzkumné myšlení sester se tak stává součástí jejich profese. Jedná se především o kritické myšlení sester. Sestry by měly mít zájem a schopnost hodnotit ošetrovateľskou péči, ošetrovateľské metody, výkony, výsledky, apod. Dále by měly mít i potřebu vykonávat výzkumná šetření, schopnost formulovat otázky k výzkumnému problému a tím zdokonalovat, rozvíjet nejen ošetrovateľskou teorii, ale i praxi. Všechny sestry by měly mít znalosti, zájem a schopnosti pro výzkum v ošetrovateľství.

Odborníci se shodují v názorech, že sestra výzkumnice by především měla umět vyjádřit a zpracovat osnovu výzkumu, výzkumné otázky, předpokládané hypotézy, výzkumné metody, postupy, umět zhodnotit zažité standardní ošetrovateľské postupy, kriticky myslet a mít potřebu zkvalitňovat ošetrovateľskou péči (Kutnohorská, 2006). Měla by mít znalosti nejen o výzkumných metodách, postupech, zpracování výzkumných výsledků, ale i o povinnosti dodržovat etické principy, délce výzkumného šetření, možnosti používání finančních prostředků, výzkumných grantů a způsobu přihlašování výzkumných projektů na MZ ČR. Plevová (2011) sděluje, že sestra ve výzkumu má dvě role, jednak jako sestra konzument. Znamená to, že tato sestra se zajímá o výzkum v ošetrovateľství, o výzkumné šetření, získává informace, poznatky, teorie, které využívá ve své ošetrovateľské činnosti. Druhou rolí sestry v ošetrovateľském výzkumu je sestra výzkumník, která provádí šetření, výzkum nebo se zapojuje do tohoto procesu.

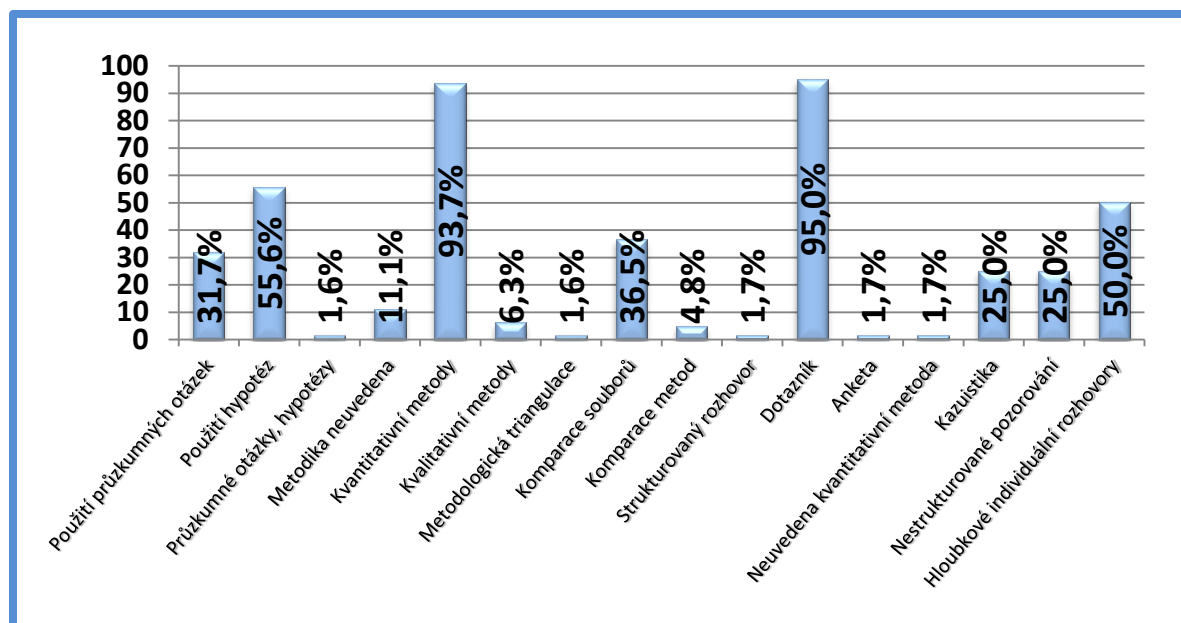
### **Definování měkké a tvrdé vědy**

Sestry využívají získané poznatky v oboru výzkumu v ošetrovateľství, v rámci svých závěrečných prací. Jedná se o jejich první zkušenost. Přesto musejí dodržovat určitou charakteristiku vědecké závěrečné práce. Měly by umět rozlišovat a používat základní charakteristiku měkké a tvrdé vědy. Měkká věda charakterizuje průzkumné šetření a má svoje typické charakteristické znaky, kterými jsou: průzkumný tým se skládá z jednoho člena; délka průzkumného šetření by neměla být delší než 3 měsíce; průzkumný problém je formulovaný opisným nebo kauzálním typem; cíle průzkumu definuje aktivním slovesem v infinitivu, výstižně a musí být splnitelný; používá průzkumné otázky; nepoužívá žádných finančních prostředků, výzkumných grantů; dodržuje všechny etické principy; výsledky průzkumu zpracovává běžným způsobem pomocí grafů a tabulek; u kvantitativního průzkumu realizuje statistické zpracování výsledků. I u průzkumu je důležité na základě výsledků adresovat subjektu doporučení pro praxi, kde byl průzkum realizován a výsledky průzkumu distribuovat. Vhodné je na základě průzkumných výsledků vytvořit konkrétní výstup, který bude přínosem pro ošetrovateľskou praxi. Na základě průzkumu, může sestra výzkumnice realizovat výzkum s podporou MZ ČR. Tvrdá věda charakterizuje výzkum v ošetrovateľství, který se liší od průzkumného šetření v těchto bodech: výzkumný tým se skládá z více jak z jednoho člena; délka výzkumného šetření trvá déle než 3 měsíce; výzkumný problém je formulovaný relačním typem; používají se hypotézy; cíle a zpracování výsledků jsou stejné jako u průzkumu; ve výzkumném šetření se využívá finančních prostředků, výzkumných grantů; přihlašuje se výzkumný projekt na MZ ČR; dodržují se etické principy. Tvrdá věda se může objevit v závěrečných diplomových pracích, jen tehdy, pokud sestra výzkumnice navazuje ve svém výzkumu na předcházející bakalářskou práci.

### **Metodika průzkumu**

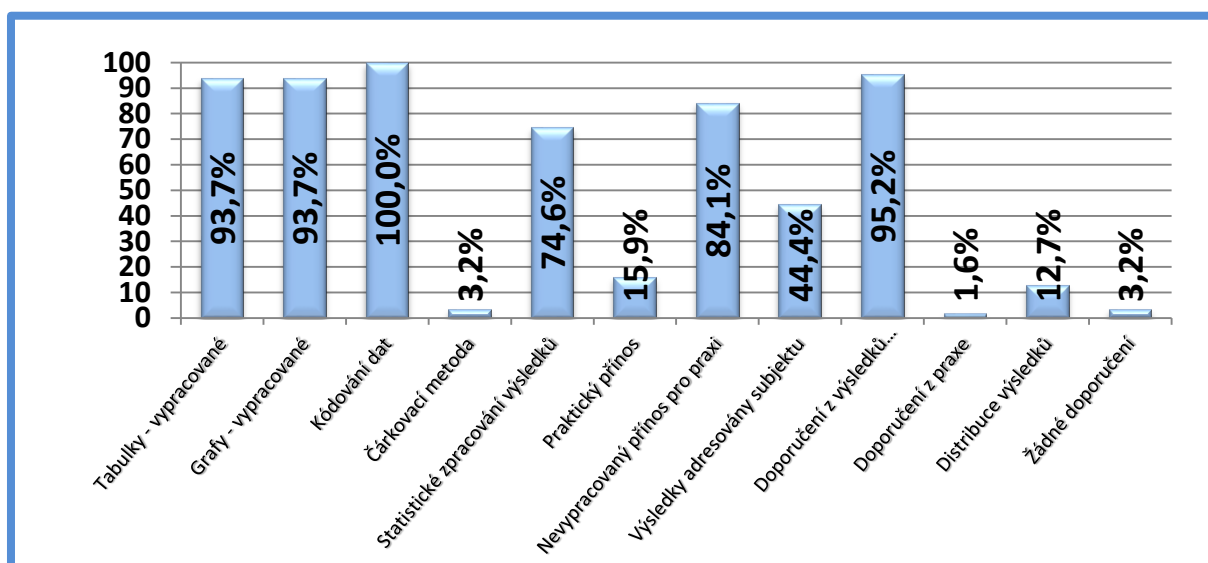
Kvantitativní výzkumnou metodu obsahovou analýzu dokumentů jsme použili ke sběru informací z diplomových prací – VŠZ a SP sv. Alžběty, obor ošetrovateľství, akademického roku 2012/2013, 2013/2014. Problém průzkumu byl: Dodržuje sestra v roli výzkumnice charakteristické znaky měkké vědy v diplomových pracích? Cílem průzkumu bylo prozkoumat stav validity metodologických postupů a znaků měkké vědy používaných při psaní diplomových prací. Určit, jaké výzkumné metody měkké vědy se vyskytují v diplomových pracích. A jako podcíl jsme si stanovili vypracovat pro sestry bedker metodiky výzkumu v ošetrovateľství. Informace z diplomových prací jsme získali z Centrálního registru závěrečných a kvalifikačních prací. Online link zobrazuje závěrečné práce na základě zákona o vysokých školách platný od 1.9.2011. Metodou obsahové analýzy dokumentů jsme ověřovali frekvenci výskytu charakteristických znaků měkké vědy. Ověřovali jsme její validnost. Zjištěné údaje byly zakódovány a následně převedeny do počítačového programu MS Word a MS Excel, ke statistickému zpracování. Výběr diplomových prací byl záměrný. Analýza diplomových prací a zpracování údajů probíhalo anonymně od října do listopadu 2015 v počítačovém programu MS Word a MS Excel. Pomocí obsahové analýzy dokumentů jsme zpracovali 63 diplomových prací, obor ošetrovateľství za akademický rok 2012/2013, 2013/2014.

## Výsledky



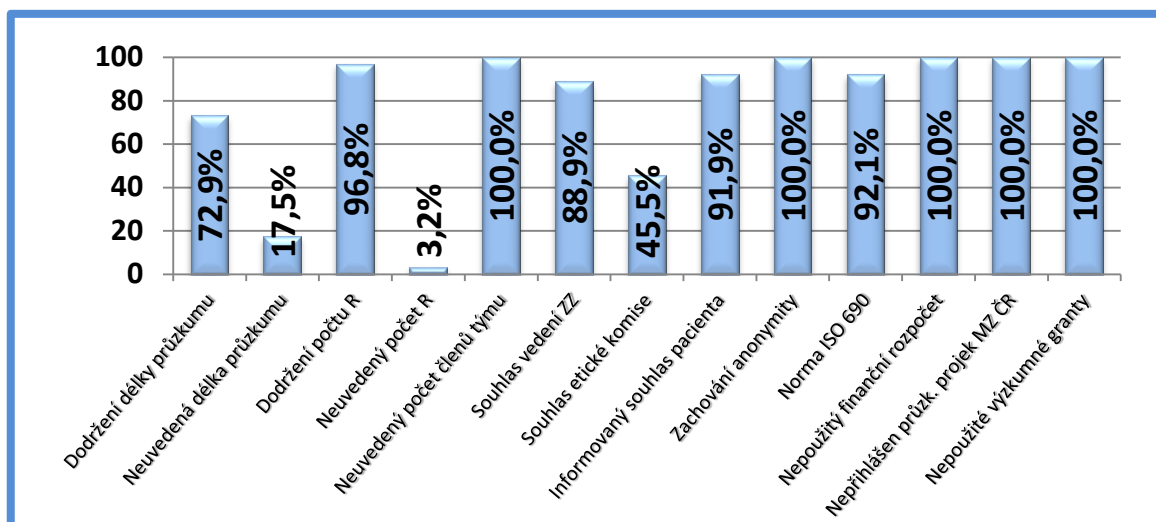
Graf 1 Stanovení výzkumných metod v DP

Průzkumné otázky v rámci průzkumného šetření byly stanoveny v 31,7%. Zjistili jsme používání hypotéz jako nevhodného znaku měkké vědy v 55,6% zanalyzovaných dokumentů a 11,1% byla výzkumná metoda zcela neuvedena. V 1,6 % diplomových pracích byla zaznamenána metodologická triangulace zahrnující prvky z kvantitativního a kvalitativního průzkumu. Z tabulky vyplývá, že byly použity v dokumentech komparace souborů 36,5% a 4,8% komparace metod. Všechny uvedené průzkumné metody patří do charakteristických znaků měkké vědy. V 95,0% dokumentů jsme zanalyzovali preferování a používání nejrozšířenější průzkumné metody, tj. dotazníku. V 1,7% diplomových prací jsme zjistili strukturovaný rozhovor, anketu, stejné procento neuvádělo použitou průzkumnou metodu. Z výsledků je patrné, že v 98,4% diplomových pracích bylo použito validních metod kvantitativního průzkumu. V rámci kvalitativního průzkumu jsme zjistili na základě diplomových prací používání validních znaků měkké vědy, tj. kazuistiku, nestrukturované pozorování bylo zastoupeno v 25% a hlubkové individuální rozhovory byly použity v 50% z celkového počtu čtyř diplomových prací. Kvalitativní metoda byla uvedena v 6,3% diplomových pracích, jedná se o detailní hloubkovou metodu popisující určitý děj, osob apod., zahrnující malý počet respondentů.



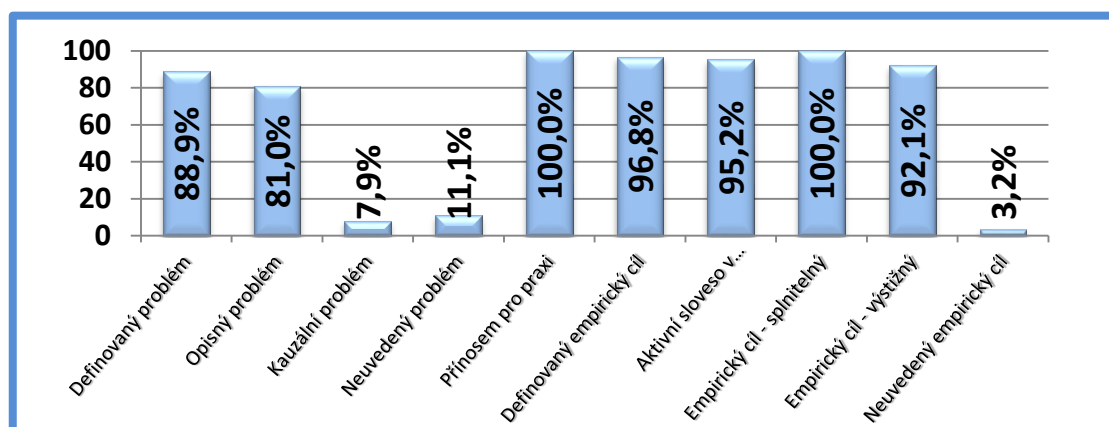
Graf 2 Stanovení výzkumných metod v DP

Z analýzy dokumentů vyplynulo 100% kódování dat a výsledky průzkumu byly v 74,6% statisticky zpracovány deskriptivně. V 3,2% se uvádělo použití čárkovací metody před statistickým zpracováním. V 93,7% diplomových pracích byla empirická data zpracována a ilustrována v tabulkách a v grafech. Ukázalo se, že průzkumné šetření vychází z výsledků 95,2%, na základě kterých vychází jednotlivá doporučení pro praxi, 3,2% nedoporučuje výsledky průzkumu pro praxi, ve 44,4% jsou doporučení pro praxi adresována subjektu a distribuována byly výsledky z průzkumného šetření jen ve 12,7% diplomových pracích. V souvislosti s předpokládaným přínosem diplomových prací vyplynulo zjištění, že u 84,1% diplomových prací nebyl vytvořen žádný přínos pro ošetrovatelskou praxi, i když na základě výsledků z průzkumného šetření by měl být vytvořen specifikovaný praktický výstup zlepšující a zkvalitňující ošetrovatelskou praxi.



Graf 3 Stanovení validních metodologických postupů, znaků měkké vědy v DP

Zjistili jsme, že v 96,8% diplomových prací byl dodržen počet respondentů. Zároveň jsme zanalyzovali, že počet respondentů není uveden v základní charakteristice diplomových prací v 3,2 %, i když v průzkumném šetření v grafech a v tabulkách byli respondenti uvedeni. Empirická fáze průzkumu probíhala u 72,9% diplomových prací hlavně v rozmezí 1-3 měsíců. Počet průzkumného týmu nebyl v žádné diplomové práci uveden, průzkumná šetření nebyla 100% přihlašována na MZ ČR a stejné procento nemělo žádnou finanční podporu. Zajímavé zjištění bylo, že jen 45,5% diplomových prací mělo souhlas etické komise z 33 diplomových prací, jejichž průzkumné šetření bylo zaměřené na pacienta, a proto tento souhlas průzkumné šetření vyžadovalo. Zato anonymita byla zachována 100%. V 91,9% z 37 diplomových prací byl požadován informovaný souhlas pacienta, který je nezbytný před zahájením vlastního průzkumného šetření. Norma ISO 690 byla v 92,1% dodržena a u 88,9% byl uveden souhlas zdravotnického zařízení, kde probíhalo dané průzkumné šetření. V diplomových pracích se etické principy měkké vědy dodržují v 83,7%.



Graf 4 Stanovení validních metodologických postupů, znaků měkké vědy v DP

Dále jsme v diplomových pracích průzkumem ověřili charakteristiku, definování cílů a používání aktivního slovesa v infinitivu při formulování cílů. Definovaný průzkumný cíl byl zaznamenán v 96,8 % analyzovaných dokumentech. V 92,1% byl průzkumný cíl metodologicky správný, aktivní sloveso formulované v infinitivu bylo uvedeno u 95,2 %. Průzkumný cíl byl 100% splnitelný i byl přínosem pro praxi. U průzkumného problému jsme zjistili, že je definovaný jen v 88,9% zkoumaných diplomových prací a formulovaný je v 81,0% formou opisnou.

## Diskuze

V diplomových pracích jsme zanalyzovali používání průzkumných otázek jen v 31,7%, hypotézy jako nevhodný znak průzkumu byly zastoupeny v 55,6%. Jarošová (2006) uvádí, že výzkumná/průzkumná otázka je otázkou výzkumného/průzkumného problému, na kterou sestra výzkumnice během svého výzkumného šetření hledá odpověď. V dokumentech byl zjištěný souhlas etické komise pouze u 45,5%, v 91,9% byl zanalyzován informovaný souhlas pacienta a zachování anonymity bylo zanalyzováno 100%. Kutnohorská (2009) sděluje, že dodržování etických principů a zásad patří k základním požadavkům v rámci realizace výzkumu v ošetrovatelství. Informovaný souhlas musí být vydán svobodně, bez nátlaků v písemné nebo ústní formě. Zjistili jsme, že v 84,1% nemělo vytvořený žádný přínos pro ošetrovatelskou péči. Bártlová (2008) popisuje, nutnost rozvoje oboru ošetrovatelství na základě výsledků z výzkumu v ošetrovatelství. V 95,0% diplomových pracích jsme zanalyzovali nejrozšířenější průzkumnou metodu tj. dotazník používaný v rámci kvantitativní průzkumné metody a v 50% diplomových pracích jsme zaznamenali nejvíce preferovanou kvalitativní průzkumnou metodu tj. hloubkové individuální rozhovory. Palenčár (2000) popisuje dotazník jako nejpreferovanější a nejrozšířenější empirickou výzkumnou metodu, která je používána v humanitních a společenských oborech. Výsledky průzkumného šetření ukázali, že v 54,0% byli oslovení respondenti mezi 50. - 100. respondentem, v rozmezí 1-3 měsíců probíhala u 72,9% dokumentů empirická část. Gulášová (2006) sděluje, že podstatný rozdíl mezi výzkumem a průzkumem je nejen v pozorování, ale především v počtu respondentů a členů výzkumného týmu. Průzkumné cíle byly v 96,8% definovány a metodologicky správné byly v 95,2%. Kilíková (2012) definuje výzkumný cíl jako jasný, výstižný, přesný, splnitelný, formulovaný v infinitivu pomocí sloves vyjadřující aktivitu, např.: zmapovat, analyzovat, vyhodnotit, porovnat, apod. Pouze v 88,9% byl v diplomových pracích definován průzkumný problém. Formou opisnou byl průzkumný problém formulován v 81,0%. Opisný a kauzální typ problému je validním znakem měkké vědy. Formulace průzkumného problému je podle Kilíkové (2012) jednou z nejdůležitějších a nejnáročnějších fází výzkumného procesu. Bez důkladné přípravy koncepční fáze průzkumu není možné formulovat průzkumný problém. V 93,7% diplomových pracích je nejvíce preferovaná kvantitativní výzkumná metoda. Kvalitativní metodu výzkumu vidí Di Cara (2005, s. 13) jako metodu jednodušší se zaměřením na konkrétní jev, osobní prožitek, apod. „*Tento typ výzkumu nám pomůže vysvětlit, proč je něco pravda, spíše než jen konstatovat, že je to pravda.*“ Odhaluje prožitky, pocity, hluboké vazby u pacientů. Má velký přínos pro ošetrovatelskou péči. Z diplomových prací jsme zjistili, že průzkumná šetření vycházejí z výsledků 95,2%, na základě kterých vychází jednotlivá doporučení pro praxi, doporučení pro praxi byly ve 44,4% adresovány subjektu a jen ve 12,7% diplomových pracích byly výsledky průzkumu distribuovány. Radková (2010) uvádí, že k rozvoji a posunu výzkumu v ošetrovatelství v ČR může dojít jen tehdy, když se budou výsledky výzkumu předávat, publikovat, prezentovat. Netolická (2010) na základě kvantitativního-kvalitativního výzkumu realizovaného v Praze, v Jihočeském, v Západočeském a ve Středočeském kraji, ve fakultních a v krajských nemocnicích zjistila, že 92,5% sester uvedlo, že nejsou motivované k distribuci výsledků výzkumu do praxe, 21,4% sester motivuje dosažení vyšší prestiže v oboru ošetrovatelství a stejné procento uvedlo jako motivaci k distribuci výsledků zkvalitnění ošetrovatelské péče.

## Závěr

Z analytického šetření pomocí obsahové analýzy dokumentů diplomových prací VŠZ a SP sv. Alžběty, Bratislava akademického roku 2012/2013, 2013/2014, vyplynulo, že sestry v rámci realizace průzkumného šetření v diplomových pracích mají určité znalosti. Přesto jsme zjistili i nedostatky, v rámci kterých doporučujeme sestrám rozlišovat charakteristické znaky měkké a tvrdé vědy ve výzkumu v ošetrovatelství, využívat své znalosti a vědomosti, kriticky myslet. Účastnit se seminářů, odborných konferencí pořádaných VŠZ a SP sv. Alžběty, Bratislava, kde získají nové znalosti a poznatky v oblasti výzkumu. Na základě výsledků z průzkumného šetření jsme pro sestry vypracovali bedeker metodiky výzkumu se základními informacemi a nyní pracujeme na jeho rozšíření.

## Literatura

- BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. 2008. *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. přepracované a doplněné vydání. Brno : NCO NZO, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2. s. 7-128.
- BARTONÍČKOVÁ, I. 2016. Stav uplatňování role sestry výzkumnice v ošetřovatelství – analytická studie (diplomová práce). Bratislava : VŠZ a SP sv. Alžběty, 2016. 117 s.
- DI CARA, V. 2005. Kvalitativní výzkum v ošetřovatelství. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2005, č. 3, s. 13.
- GULÁŠOVÁ, I. 2006. Manažment výskumu v ošetrovateľstve. In *Profese*. ISSN 1803-4330, 2006, č. 1, s. 12-13.
- JAROŠOVÁ, D. 2006. Výzkum v ošetřovatelství. Ostrava: Ostravská univerzita zdravotně sociální fakulta. [online]. [citované 02.08.2015]. Dostupný z internetu: <http://projekty.osu.cz/mentor/II-vyzkum%20v%20ošetřovatelství.pdf/>.
- KILÍKOVÁ, M. 2011. *Metodika vědecké práce*. 1. Vydání. Detašované pracoviště Příbram, Rožňava : VŠZ a SP sv. Alžběty v Bratislavě, n.o, 2012. ISBN 978-80-260-1639-7. s. 26-49.
- KUTNOHORSKÁ, J. Výzkum v ošetřovatelství. In *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství*. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2006. ISBN 80-7248-388-9. s. 62-63.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. Vydání. Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4. s. 36-51.
- NETOLICKÁ, J. 2010. Aplikace výsledků ošetřovatelského výzkumu v praxi – role vedoucích sester (diplomová práce). [online]. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotní sociální fakulta, 2010. 115 s. [citované 15.01.2016]. Dostupné z internetu: [http://theses.cz/id/80ymhn/Aplikace\\_vsledk\\_oetovatelskho\\_vzkumu\\_v\\_praxi\\_-\\_role\\_vedou.pdf](http://theses.cz/id/80ymhn/Aplikace_vsledk_oetovatelskho_vzkumu_v_praxi_-_role_vedou.pdf).
- PALENČÁR, M., ŽIAKOVÁ, K., KUDLIČKA, J. 2000. In *Dotazník v ošetřovatelskom výskume. Asociácia nemocníc Slovenska*. ISSN 1335-2326, 2000, č. 2, s. 2-3.
- PLEVOVÁ, I. 2011. *Ošetřovatelství I*. 1. Vydání. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3. s. 48-225.
- RADKOVÁ, L. Niektoré problémy výskumu v ošetrovateľstve. In *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství*. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2010, roč. 5, s. 236-237.

# **Blahoslavená Sára Salkaházi - patrónka detašovaného pracoviska vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Rožňave ako vzor pre dnešné sestry a sociálnych pracovníkov**

Laca Peter

*VŠZaSP sv. Alžbety, detašované pracovisko bl. Sára Salkaházi, Rožňava*

Príspevok predstavuje pôsobenie bl. Sára Salkaházi ako sociálnej sestry, ktorá v roku 1929 vstúpila do Spoločnosti sociálnych sestier a bola zástancom názoru, že najsociálnejším činom je záchrana ľudských duší. V tejto Spoločnosti, ktorá je zakorenená v benediktínskej spiritualite, zasvätená Svätému duchu a službe núdnym a tým, ktorí sú na okraji spoločnosti, bola schopná využiť svoje mnohoraké schopnosti, ako sociálna sestra, vychovávateľka, sociálna pracovníčka, spisovateľka, organizátorka spoločenstiev. Organizovala tak potrebnú ošetrovateľsko-charitatívnu prácu, učila náboženstvo, viedla kurzy o sociálnej práci, zakladala spolky pre mladé ženy, bola redaktorkou časopisu *Katolícka žena*. Počas druhej svetovej vojny Spoločnosť sociálnych sestier otvorila svoje domy v Budapešti a na vidieku, aby ukrývala prenasledovaných, hlavne Židov. Práve sestre Sára sa pripisuje záchrana mnohých z nich. V Budapešti vydala sestra Sára najkrajšie svedectvo života, keď sa postavila zoči-voči klamlivej a škodlivej ideológii fašizmu a podstúpila mučenícku smrť. V našom príspevku používame systémovú konfrontáciu vychádzajúcu zo spracovania skúmaných oblastí v ťažiskových prácach dejinného, náboženského a kultúrneho života sestry Sára na území, kde vykonávala najmä sociálno-charitatívnu činnosť. Cieľom príspevku je podať všeobecný pohľad na misijnú-charitatívnu prácu bl. Sára Salkaházi, ktorá bola schopná obetovať sa v službe druhým a zároveň chceme bližšie predstaviť detašované pracovisko vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Rožňave, v ktorej sa pripravujú študenti v odbore ošetrovateľstvo a sociálna práca, aby pokračovali v službe podľa vzoru blahoslavenej patrónky pracoviska.

**Kľúčová slova:** Blahoslavená Sára, ošetrovateľská činnosť, sociálna práca, sociálna sestra.

•

## **Úvod**

Sára Salkaházi je pre mnohých ľudí ešte aj dnes neznámou blahoslavenou sociálnou sestrou pochádzajúcou z Košíc, ktorej pomník „In memoriam“ sa nachádza na košickom cintoríne Rozália. Jej socha zdobí Dóm svätej Alžbety v Košiciach, v Budapešti jej patrí pamätné miesto v múzeu „Dom teroru“ i v Múzeu holokaustu a v Jeruzaleme v záhrade Jad Vashem je vysadený strom na jej pamiatku. Tento príspevok predkladáme s úmyslom, aby sme oboznámili mnohých s jej spiritualitou vo svete, v ktorom je veľká potreba nielen ošetrovateľskej činnosti, ale i misijného poslania, sociálnej lásky a takej služby Bohu i človeku, ktorá je ochotná prijať aj obeť života. Minulosť mnohých veľkých osobností, akou bola aj sociálna sestra Sára Salkaházi, treba neustále skúmať z každého hľadiska a získané poznatky z ich života potom odovzdávať ďalej. Naším zámerom bolo predovšetkým preskúmať Sárinu životnú cestu zozbieraním mnohých údajov z jej života. V našom príspevku používame systémovú konfrontáciu vychádzajúcu zo spracovania skúmaných oblastí v ťažiskových prácach dejinného, náboženského a kultúrneho života sestry Sára na území, kde vykonávala najmä sociálno-charitatívnu činnosť. Cieľom príspevku je podať všeobecný pohľad na misijnú-charitatívnu prácu bl. Sára Salkaházi, ktorá bola schopná obetovať sa v službe núdnym.

## **Zo života bl. Sára Salkaházi**

Život Sára Salkaházi je príkladom toho, že aj v 20. storočí žili výnimočné osobnosti európskych dejín, ktoré boli schopné obetovať sa v službe druhým. Jej život bol tak trochu nezvyčajný, ale unikátne svätý. Z detstva Sára Salkaházi, ktorej pôvodné meno bolo Sára Schalkház (Schéda, 2006), sa doposiaľ zachovalo pomerne málo dejinných údajov. Sára Salkaházi sa narodila 11. mája 1899 v Košiciach. Vychovávaná bola v známej košickej hotelierskej rodine. Jej starý otec Lipót Schalkház (1826-1873) a neskôr aj jej otec boli majiteľmi najväčšieho a najkrajšieho hotela v Košiciach, Grand hotela Schalkház. Život rodiny Salkaháziovej ovplyvnila ťažká udalosť, lebo 9. decembra 1901 zomrel v Benátkach počas liečenia Lipót, otec rodiny vo veku 42 rokov (Schéda, 2001).

Po ukončení základného vzdelania pokračovala Sára v štúdiu u sestier Uršulínok v Košiciach. Bolo to na Učiteľskom pedagogickom inštitúte, aj keď povolanie učiteľky jej nebolo blízke. Napovedajú o tom aj tieto jej slová: „*Môj drahý Ježiš, posielaš mi to, čoho som sa najviac obávala. Mám učiť. Len ty najlepšie vieš, ako som nechcela učiť.*“ (Száras, 2013, s. 15). Sára sa dala na učiteľské povolanie, napriek svojmu odporu. Štúdiá ukončila 6. januára 1917 a získala certifikát učiteľky (učiteľský diplom), ktorý jej zaručoval oprávnenie vyučovať žiakov základných škôl. Vyučovať začala v roku 1917 takmer jeden celý rok ako zastupujúca učiteľka chlapčenskej triedy na štátnej základnej škole v Košiciach (Laca, 2015).

Sára vo svojom voľnom čase navštevovala detí ako ich pani učiteľka, aby sa zoznámila s ich rodinami, ich spoločenskými pomermi a sociálnymi problémami. Snažila sa takto hľadať hlbšie súvislosti vzniku sociálnych problémov a ozajstné korene chudoby a zaostalosti. Išlo jej o spoločenskú socializáciu, pre ktorú je typické smerovanie k spoločenskej prospešnosti všetkých ľudí i všeobecnému blahu a užitočnosti (Laca, S., Lacá, P., 2013). Hoci určite dobre vedela, že jej pomoc je len ako kvapka v mori, napriek tomu polovicu svojho skromného platu venovala na dobročinné účely a rodinám chudobných detí.

Po roku učenia stratila Sára svoje zamestnanie učiteľky a stala sa z nej robotníčka. Strata jej zamestnania ako učiteľky alebo inak povedané, zanechanie učiteľského povolania nastalo v jej živote vtedy, keď došlo k rozpadu Rakúsko-Uhorskej monarchie a vzniku Československej republiky. Dočasne začala pracovať a zarábať si ako úradníčka v akciovej spoločnosti Grand hotela Schalkház, neskôr ako predavačka klobúkov v obchode. V období od 1. januára do 31. decembra 1920 sa Sára učila za kníhviazačku. Pravý dôvod, prečo sa chcela stať práve viazačkou kníh, nám nie je známy, lebo finančná situácia jej rodiny nebola natoľko zlá, aby musela fyzicky ťažko pracovať v dielni medzi mužmi. Sára sa v čase svojej kníhviazačskej výučby a praxe a neskôr aj popri robotníckej práci venovala čoraz viac písaniu mnohých článkov, ktoré boli publikované v rôznych maďarských periodikách v Československu, ako napríklad v *Hornouhorských novinách (Felvidéki Újság)*, *Košických novinách (Kassai Újság)*, *Pražskom maďarskom časopise (Prágai Magyar hírlap)*. Sára zanechala kníhviazačské aktivity i samotnú prácu v kníhviazačskej dielni a od roku 1926 sa začala živiť novinárskou prácou. Stáva sa žurnalistkou, lebo ako osobnosť hľadá pravdu a pozdvihuje svoj hlas proti nespravodlivosti v spoločnosti.

V jeseni 12. septembra 1927 sa Sára zoznámila so Spoločnosťou sociálnych sestier a ich činnosťou, keď absolvovala spolu so svojimi troma kamarátkami v starej budove kaštieľa Regina Pacis v Košiciach sociálny kurz organizovaný Spoločnosťou sociálnych sestier. Pravdepodobne tu nastal okamih, kedy Sára pocítila volanie vstúpiť do ženského rádu Spoločnosti sociálnych sestier a v jej vnútri sa zrodila myšlienka zasvätiť svoj život misijnej a sociálnej práci. Dňa 6. februára 1929 bola Sára prijatá do Spoločnosti sociálnych sestier, keď nastúpila na jeden rok noviciátu v Szegvári v Maďarsku (Laca, 2015).

V tomto spoločenstve si Sára mohla naplno rozvinúť svoje misijno-sociálne, spisovateľské, organizačné i pedagogické nadanie. Ešte však nemala ani tridsať rokov, keď sa vzdala svojho bezstarostného a nezávislého života, pripojila sa k Cirkvi a začala venovať svoj život pomoci chudobným, núdznym, robotníkom a rodinám, ktoré dozaista prirovnávala ku krehkej nádobe, ktorej rozbitie môže nastať kedykoľvek, avšak hoci ju možno aj zlepiť, jej krehkosť sa v takomto prípade ešte znásobí (Laca, S., 2013). Na jeseň bola Sára premiestnená do košickej spoločnosti, do košického domu, aby tam pracovala ako nápomocná sestra. Veľkú časť svojich dní strávila vykonávaním sociálno-charitatívnej služby. Spolupracovala s dobročinnými dámami mesta, aj s mestskými dobrovoľníkmi pri starostlivosti, ošetrovaní a opatrovaní chudobných.

## Obeta vlastného života

V auguste 1937 opúšťa sestra Sára Košice a prichádza do Budapešti, aby vykonávala svoje poslanie sociálnej sestry. Písal sa rok 1943, keď na scénu svetových dejín vstupovali hrôzy druhej svetovej vojny. Násilie a prenasledovanie nevinných ľudí akoby nemali hraníc. V záujme ochrany „čistej rasy“ bol vydaný hitlerovský zákon, na základe ktorého neúprosne deportovali a vraždili príslušníkov židovského národa, ako aj tých, ktorí ich ukrývali a akýmkoľvek spôsobom im pomáhali, alebo prejavili svoj nesúhlas voči nariadeniam fašizmu. Druhá svetová vojna zasiahla svojím ničením aj Maďarsko a rok 1944 bol z toho hľadiska špecifický. Dňa 19. marca 1944 obsadila nemecká armáda Maďarsko (Berberich, 2010) a od 5. apríla boli Židia povinní nosiť na odeve diskriminačný znak (žltú hviezdu). Na čele nemeckej armády stál Adolf Eichmann, šéf židovskej sekcie ríšskeho hlavného bezpečnostného úradu. Jeho úlohou bolo pripraviť deportáciu približne jedného milióna maďarských Židov do koncentračných táborov.

Šéf židovskej sekcie ríšskeho hlavného bezpečnostného úradu Adolf Eichmann pripravil časový plán deportácií z Maďarska do poľského Osvienčimu. Zahynulo takmer všetkých 437 402 Židov deportovaných z Maďarska. Zo 155 000 Židov, ktorí boli v Budapešti, keď nemecké vojsko a jednotky SS prišli v marci 1944, približne 120 000 prežilo až do oslobodenia na začiatku roka 1945. A z týchto ľudí, ktorí prežili, bolo viac než 69 000 vo veľkom gete, 25 000 tisíc v medzinárodnom gete a ďalších 25 000 bolo tajne v kresťanských domoch a rôznych náboženských inštitúciách, medzi ktoré patrila aj Spoločnosť sociálnych sestier so sídlom v Budapešti (Gilbert, 2002).

Sára a sociálne sestry sa ujímali prenasledovaných, nesedeli so založenými rukami a snažili sa im pomáhať. Vynaložili všetky sily na záchranu Židov, predovšetkým na miestach, na ktorých pôsobili. Postarali sa o ich ubytovanie, stravovanie, a keď sa ich situácia stala neúnosnou, zabezpečili im únik z jedného miesta na druhé. Veľkú zásluhu na záchrane Židov mala sestra Sára, ktorá bola zodpovednou vedúcou domova hnutia „Pracujúce dievčatá“ v Budapešti. Otvorila totiž brány tohto domova prenasledovaným Židom, aby ich mohli tajne ukryť a ubytovať. Následne im pomohla opatriť potrebné dokumenty i papiere (legitimácie) a tak ich prijímala ako zamestnancov.

Deň čo deň sa rýchlo zaplňovali všetky domovy spoločnosti sociálnych sestier. Sestry čoraz častejšie zasiahla kritika pre ich všeobecne známy odpor voči Nemcom. Pre Sárú bolo zrejmé, že ich pozícia už nie je nadtľho udržateľná, bola už v tom čase presvedčená, že obetuje svoj život za Cirkev a Spoločnosť sociálnych sestier. Koncom septembra 1943 v úplnej tajnosti za prítomnosti svojho spovedníka, generálnej predstavenej a zakladateľky Spoločnosti sociálnych sestier Margity Slachtovej a jej asistentky Pauly Rónai vykonala Sára úkon obetovania v kaplnke Svätého Ducha v materskom dome v Budapešti. V kaplnke si kľakla pred oltár a nahlas sa modlila svoju vlastnoručne napísanú modlitbu obetovania. Zároveň bol text tejto modlitby podpísaný na oltári (Berkecz, 2010). Sára pravdepodobne cítila, že Pán prijal ponúknutý úkon obetovania a vedela, že sa blíži getsemanská hodina. Niekoľko dní pred Vianocami pozerajúc sa zamyslene do diaľky povedala jednej spolusestre, s ktorou sa priatelila o svojom osude: „*Dozvieš sa, keď sa stane so mnou niečo, len ťa prosím, veľmi, veľmi sa modli za mňa!*“ Po vypovedaní týchto slov bolo na nej vidieť ako ju trápí smrteľná úzkosť, viackrát plakala (Puskely, 2006).

Po Vianociach 26. decembra 1944 predpovedala Sára akou smrť zomrie. Počas rozhovoru v žartovnom tóne, nečakane povedala jednej sestre: „*Viem, že nezomriem prirodzenou smrťou.*“ Matka tejto sestry sa však Sára opýtala: „*Čo myslíte, akou smrťou zomriete?*“ Z úst Sára zaznela krátka odpoveď: „*Smrťou zo zbrane.*“ (Laca, 2015). Ráno 27. decembra 1944 sestru Sárú odviezli vojaci spolu s vybranými a oddelenými ľuďmi, ktorých našli v dome, v ktorom bola Sára vedúcou a vyhlásili, že oddelené podozrivé živly odvezú do geta, kam patria a s vedúcou domu Sárú i jej zástupkyňou Vilmou Bernovits sa spíše zápisnica a potom budú prepustené domov (Hetényi Varga, 1985). To sa však nestalo. Všetkých zajatých priviezli donaha vyzlečených na breh Dunaja pri moste Františka Jozefa, terajší most Slobody a odstrelili ich do ľadového Dunaja. Ich telá sa ponorili a nikdy neboli pochované (Karp, 2006).

## Ocenenie a proces blahorečenia

Večer 27. decembra 1944 podstúpila Sára Salkaházi mučenícku smrť zastrelením. Mala vtedy iba 45 rokov. V tom šedivom a chladnom dni, keď ju zastihla smrť, zostalo po nej iba ticho. Živým slovom, ale potichu šíriaca sa správa, že aj ju zastrelili a jej telo padlo do Dunaja. Najprv sestry a potom aj iní boli otrasení poznaním: veď ona je mučeníčkou. Táto pravda o sestre Sára bola pred celou Cirkvou potvrdená 17. septembra 2006 v Budapešti na jej slávnostnom blahorečení.

Bývalý krajinský hlavný rabin József Schweitzer, ktorý prežil s manželkou tú krvavú dobu v maďarskom hlavnom meste, z vlastnej skúsenosti dokázal oceniť veľkosť nebezpečenstva, ktorému sa vystavila Sára a s ňou ostatné sociálne sestry v roli záchrancov. Pripomenul, že dcéra jednej zo zastrelených žien, ktoré skončili v Dunaji, už v roku 1968 iniciovala, aby sa Sára Salkaházi dostala v jeruzalemskom ústave Jad Vashem (Jad Vashem je pamätník obetí a hrdinov holokaustu v Izraeli) na zoznam mien Spravodlivých medzi národmi (Szantó, 2015). Tento čestný titul Spravodlivý medzi národmi udeľuje Pamätník obetí a hrdinov holokaustu Jad Vashem od roku 1963 ľuďom nežidovského pôvodu, ktorí v nacistických režimoch a predovšetkým za druhej svetovej vojny zachránili život židovským spoluobčanom i za cenu svojho ohrozenia života, rodinných príslušníkov či najbližších priateľov. Každý ocenený záchranca získa nielen pamätný list a medailu, ale je zároveň zapísaný do pamätného zoznamu. V záhrade spravodlivých v areáli Jad Vashem je tiež umiestnený múr cti, do ktorého je vytesané meno záchrancu. Nachádzajú sa tam vytesané mená všetkých ľudí, ktorým bol udelený titul Spravodlivý medzi národmi. Mnohí z nich majú rovnako v Aleji spravodlivých vysadený strom s tabuľkou so svojim menom a štátom, z ktorého pochádzali. Izraelská vláda vyznamenala Sárú Salkaházi v roku 1972 touto cenou udelenou in memoriam a v záhrade na jej počesť vysadili strom úcty a vďaky.



Sestra Sára bola zapísaná po svojej smrti nielen do zoznamu mien Spravodlivých medzi národmi, ale bola zapísaná ako členka Spoločnosti sociálnych sestier aj do zoznamu blahoslavených osôb. Oficiálna kauza blahorečenia v Ostrihomsko-budapešťanskej arcidiecéze sa začala v roku 1966. Až po päťdesiatich rokoch sa však oživil spomienky, ako uviedol kardinál P. Erdő, lebo sme cítili aktuálnosť, aby sme sa v jej osobe mohli obracať k nebeskej patrónke a mohli sme pozdvihnúť svoj zrak na hodnoverný kresťanský vzor (Erdő, 2014). Za blahoslavenú bola vyhlásená 17. septembra 2006 počas slávnostnej svätej omše na námestí pred Bazilikou svätého Štefana v Budapešti.

Na Slovensku bola sestra Sára Salkaházi ocenená najmä prostredníctvom Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce svätej Alžbety so sídlom v Bratislave, keď vzniklo jej detašované pracovisko v meste Rožňava a na návrh zriaďovateľa školy profesora Vladimíra Krčméryho schválil Akademický senát VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. dňa 16. marca 2011 pracovisku patrónku, ktorou sa stala bl. Sára Salkaházi. Vysoká škola sv. Alžbety v januári 2007 spustila projekt rekonštrukcie a rehabilitácie nemocnice bl. Sára Salkaházyovej pre všetkých chorých a chudobných v Rutovu v Burundi, ktorej patrónkou sa stala taktiež bl. Sára. (Laca, 2015). Ocenenia bl. Sára sa dostalo aj v meste Komárno, keď 1. júla 2010 tam začalo fungovať pri Univerzite Jánosa Selyeho Katolícke univerzitné stredisko bl. Sára Salkaházi. Zriadil ho emeritný trnavský arcibiskup Róbert Bezák, ktorý sa tak chcel postarať, aby pri univerzitách a vysokých školách, aj nekatolíckych, jestvovali katolícke univerzitné strediská, ktoré by mládeži poskytovali pomoc, predovšetkým duchovnú. Stredisko nesie meno blahoslavenej Sára Salkaházi, pretože bl. Sára bola spojená s mestom Komárno. Počas svojho života, ako členka rehoľníckej Spoločnosti sociálnych sestier tu pôsobila (Vanovčanová, 2015).

Jedno z ďalších ocenení sestry Sára, ktoré sa jej dostalo, bolo odhalenie a požehnanie jej sochy pri príležitosti slávania 90. výročia založenia Spoločnosti sociálnych sestier. V nedeľu 12. mája 2013 sa uskutočnila slávnostná ďakovná svätá omša v Dóme svätej Alžbety v Košiciach, pri ktorej košický arcibiskup Mons. Bernard Bober požehnal sochu blahoslavenej sestry Sára Salkaházi. Keďže Sára bola pokrstená v tejto katedrále, jej socha sa nachádza v blízkosti krstiteľnice, aby sa nezabudlo, že tu, v Dóme svätej Alžbety v Košiciach, sa začala odvíjať jej spoločná cesta s Kristom. Oživiť spomienku na Sára a vyše päťsto obetí holokaustu počas druhej svetovej vojny má za úlohu aj pamätník v Budapešti, ktorý bol slávnostne odhalený 16. apríla 2005 v podobe 60 železných párov autentickej obuvi tiahnucich sa v dĺžke štyridsať metrov pozdĺž brehu Dunaja. Kovové topánky na promenáde symbolizujú tragické strieľanie Židov a všetkých tých, ktorí im pomáhali, keďže pred popravou prinútili vojaci svoje obete vyzuť si topánky predtým, ako ich zastrelili.

## Záver

Večer 27. decembra 1944 podstúpila Sára Salkaházi mučenícku smrť zastrelením - paradoxne - pri moste Slobody. Tam sa potvrdila jej odovzdanosť pre inú slobodu, než ako ju pozná a vyznáva svet. Jej sloboda nebola výsledkom revolúcie či nejakého politického prevratu. Sára pri onom budapešťanskom moste dosiahla najvyšší stupeň slobody v sebaobetovaní pri pokojnom obhajovaní pravdy o Bohu i o človeku. Získanými poznatkami sme dospeli k tomu, že bl. sestra Sára sa dokázala zasadzovať za biednych, bola citlivá na bolesť. Bola obdarená výnimočným sociálnym cítením a vnímala nástrahy systému, v ktorom vo svojej dobe žila. Mala však odvahu vstúpiť do nepreskúmaných situácií a odvahu postaviť sa systému, ktorý bol proti životu. V súčasnej dobe znovuzískanej politickej slobody princípov, ktoré charakterizovali život sestry Sára, sú aktuálnejšie ako kedykoľvek predtým: zodpovednosť, hodnotová orientácia jej činnosti, prijatie každého v solidarite. Naša viera je obrovským prameňom sily v úsilí priblížiť sa ku každému s takou zodpovednosťou a solidaritou, aby sme mohli vytvárať spoločnú budúcnosť. Je potrebné naučiť sa od bl. sestry Sára tajomstvu života, tomu tajomstvu, ktoré hovorí, že šťastnými v rôznych životných situáciách môžeme byť iba prostredníctvom odovzdania sa, ktoré pramení z lásky.

## Literatúra

- BERBERICH, D. 2010. Sára Salkaházi a záchrana Židov počas druhej svetovej vojny. In: *Metamorfózy rodiny v kontexte postmodernej spoločnosti*. Zborník z vedeckej konferencie. Košice : Viena, 2010, s. 177-182. ISBN 978-80-8126-005-6.
- BERKECZ, F. 2010. *S ohňom lásky. Výber z denníka bl. Sára Salkaházi*. Košice : Viena, 2010, 88 s. ISBN 978-80-8126-027-8.
- ERDŐ, P. 2006. Homília z príležitosti blahorečenia Sára Salkaházi. In: *Spoločnosť sociálnych sestier*. [online]. 2006. [cit. 2016-10-10]. Dostupné na internete [http://www.salkahazisara.com/beatif\\_sk\\_homilia.html](http://www.salkahazisara.com/beatif_sk_homilia.html).

- GILBERT, M. 2002. *I Giusti gli eroi sconosciuti dell' Olocausto*. Roma : Città Nuova Editrice, 2002.
- HETÉNYI VARGA, K. 1985. *Akiket üldöztek az igazsáért*. Budapest : Ecclesia, 1985. 632 s. ISBN 963-363-419-9.
- HIDVÉGI, M. 2006. *Boldog Salkaházi Sára*. Budapest : Szent István Társulat, 2006. 355 s. ISBN 963-361-819-3.
- KARP, A. 2006. Sára testvér áldozata. In: *Hidvégi, M. Boldog Salkaházi Sára*. Budapest : Szent István Társulat, 2006. ISBN 963-361-819-3.
- LACA, P. 2015. *Blahoslavená Sára Salkaházi - sestra misijnej a sociálnej práce*. Příbram : Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 2015, 214 s. ISBN 978-80-906146-0-4.
- LACA, S. 2013. Rodina ako pilier ľudskej spoločnosti z pohľadu sociálnej pedagogiky. In: *Sociálni pedagogika v kontextu teórie a praxe I*. Brno : Institutmezioborových štúdií, 2013. ISBN 978-80-87182-45-1.
- LACA, S., LACA, P. 2013. *Úvod do sociálnej pedagogiky. Rodina-škola-výchova-prostredie*. Bratislava : VŠZaSP, 2013. ISBN 978-80-89392-56-8.
- PUSKELY, M. 2006. *Salkaházi Sára - a társadalmi igazságosság apostola*. Budapest : Új Ember Kiadó, 2006, 79 s. ISBN 963-9674-08-7.
- SCHÉDA, M.: *Boldog vagy, Sára?* Budapest : Új Ember Kiadó, 2006.
- SCHÉDA, M.: *Sára Salkaházi, apoštolka sociálnej lásky*. Košice Radako a Karnat, 2001.
- SZÁRAS, J. 2013. *Sára Salkaházi život a dielo*, Košice : Viena, 2013. 266 s. ISBN 978-80-8126-083-4.
- VANOVČANOVÁ, M. 2010. *Trnavský arcibiskup zriadil nové katolícke stredisko pre študentov v Komárne*. In: [online]. 2010. [cit. 2016-09-30]. Dostupné na internete <http://www.tkkbs.sk/view.php?cislocianku=2010082302>.

## Kontakt

PhDr. Peter Laca  
VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. Bratislava  
Detašované pracovisko  
Kósu Schoppera 22  
048 01 Rožňava  
e-mail: [peter.laca16@gmail.com](mailto:peter.laca16@gmail.com)

# Prvé skúsenosti s vyučovaním predmetu Základy komunikácie s nepočujúcimi v Příbrami

Beňo Pavol

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jana N. Neumanna,  
Trnavská Univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra LVMvZ*

Úvod: V roku 2013 bolo na Ústave sv. Jana Nepomuka Neumanna v Příbrami, VŠ ZaSP sv. Alžbety, n.o., v študijnom odbore Ošetrovateľstvo zavedené vyučovanie predmetu Základy komunikácie s nepočujúcimi (NES). V našom príspevku opisujeme skúsenosti získané v priebehu prvých troch rokov od zavedenia predmetu.

Jadro: Sestry by mali byť pripravené aj na prekonávanie bariér v takto špecificky znevýhodnenej populácii pacientov, pri ktorej je veľmi dôležité zvoliť správne komunikačné stratégie v závislosti od druhu postihnutia. Skúsenosti z prvých rokov ukázali záujem zo strany študentov ošetrovateľstva o problematiku zdravotne postihnutých, podporený očakávaním možnosti dozvedieť sa nové poznatky. Ďalej poukázali, že pracovníci v zdravotníctve (ošetrovateľstve) si nie vždy celkom dostatočne dokážu uvedomiť, aké bariéry a ako musí takto znevýhodnená časť pacientov, klientov prekonávať, aby mohli zvoliť vhodnú komunikačnú stratégiu v špecifických situáciách. Napr. na čo nezabúdať v situáciách, kedy dôjde k prerušeniu vizuálneho očného kontaktu a tým aj možnosti komunikácie, pri hospitalizácii sluchovo postihnutého pacienta, pri komunikácii s rýchlou záchrannou službou a pod.

Záver: Základné vedomosti o špecifikách komunikácie vyplývajúcich z sluchového postihnutia a voľbe vhodnej komunikačnej stratégie by mali poznať všetci pracovníci ako v oblasti zdravotníctva.. Zvyšovanie povedomia pracovníkov zdravotníctva o problematike sluchovo aj inak zmyslovo či zdravotne postihnutých pacientov je základným predpokladom k zlepšeniu kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, prekonávaniu bariér v prístupe ku zdravotnej starostlivosti a profesionálnej komunikácii s takto znevýhodnenou skupinou pacientov, klientov.

**Kľúčová slova:** pacienti s postihnutím sluchu, komunikačná bariéra, komunikačné stratégie

•

## Úvod

Narušená schopnosť pacienta dorozumievať sa spôsobom, ktorý je dostupný väčšinovej počujúcej populácii, môže výrazne sťažiť prístup k zdravotnej starostlivosti. Situácia pacientov s postihnutím sluchu v oblasti zdravotníctva je špecifická z hľadiska dostupnosti zdravotnej starostlivosti aj z hľadiska možností komunikácie a prekonávania komunikačných bariér. Komunikačné (dorozumievacie) bariéry, predsudky, nerovnaké zaobchádzanie zo strany zdravotníckych pracovníkov (najmä v prípade prelingválne nepočujúcich pacientov) môžu mať pre pacienta nepriaznivé následky (Linhartová, 2006). Medzi nimi možno uviesť napr. nízku úroveň zdravotného uvedomenia, odkladanie potrebnej starostlivosti, psychickú traumatu, zhoršenie zdravia s dlhodobými následkami, v horších prípadoch až smrť (Beňo, Tarcsiová, Capíková 2012). Tieto môžu negatívne poznačiť aj vzťah pacienta k lekárovi alebo k systému poskytovania zdravotnej starostlivosti vôbec.

Študenti zdravotníckeho odboru Ošetrovateľstvo majú vo svojom vzdelávacom programe zahrnutú aj komunikáciu so zmyslovo postihnutými pacientmi, teda aj s pacientom so sluchovým postihnutím. Prax však ukazuje, že tieto poznatky sú im sprostredkované len stručne a spravidla informatívnej podobe. Ani v priebehu štúdia ani v postgraduálnom vzdelávaní nie sú informovaní v dostatočnej miere o elementárnych zásadách komunikácie s takto znevýhodnenou skupinou pacientov. Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov sa nemá obmedzovať iba na ošetrovateľské, diagnostické a terapeutické postupy, ale má obsahovať aj nácvik profesionálnej komunikácie a vystupovania. Nevynímajúc z toho ani špecifiká komunikácie so zdravotne a zmyslovo postihnutými pacientmi.

## Obsah výuky predmetu Základy komunikácie s nepočujúcimi

V akademickom roku 2012/2013 bolo na Ústave sv. Jana Nepomuka Neumanna v Příbrami, Vysoké školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave zavedené v študijnom programe Ošetrovateľstvo vyučovanie

predmetu Základy komunikace s neslyšícími (NES). Je to podľa našich vedomostí prvý prípad v Českej aj Slovenskej republike, kedy bol do vzdelávania v Ošetrovatelstve zaradený takýto voliteľný predmet. Predtým bolo zavedené len vyučovanie v študijnom programe Sociálna práca na Inštitúte zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava v Nových Zámkoch (Slovenská republika) ako predmet Sociálna práca s klientmi s poruchami sluchu.

V rámci prednášok podľa sylabu predmetu sa študenti Ošetrovatelstva postupne oboznamujú so základnou terminológiou a klasifikáciou miery straty či stupňa poškodenia sluchu (podľa WHO). Nasleduje opis populácie sluchovo postihnutých, jednotlivých typov sluchovo postihnutých pacientov (nedoslýchaví, nepočujúci, ohluchlí, hluchoslepí) a nimi preferovaných foriem komunikácie (posunková reč, odzeranie hovorenej reči, hlavné zásady komunikácie v prítomnosti tlmočníka a pod.). V nadväznosti na to sú opisované základné špecifiká komunikácie s pacientmi so sluchovým postihnutím ako je nutnosť udržania vizuálneho očného kontaktu a najčastejšie situácie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, pri ktorých je potrebné prekonávať komunikačné (dorozumievacie) bariéry. Okrem opisu takýchto situácií a voľby vhodnej komunikačnej stratégie majú študenti možnosť oboznámiť sa s niektorými existujúcimi projektmi založených s cieľom uľahčiť prekonávanie bariér takto znevýhodnenej skupine pacientov v Českej republike, na Slovensku a v Rakúsku.

Medzi študentmi boli v každom akademickom roku zastúpené približne rovnomerne prakticky všetky vekové kategórie. To znamená od vekovej kategórie 20-30 rokov až po staršie sestry vo veku okolo 50 rokov. Systematický výskum vzhľadom k externej forme zabezpečenia výuky predmetu zatiaľ nebol realizovaný. Z toho dôvodu štatisticky spracované údaje nie sú zatiaľ k dispozícii.

Študentom boli k dispozícii učebné texty v printovej forme (Beňo, Capíková, 2013), ktoré vychádzali z publikačných aktivít autora (Beňo, Tarcsiová, Capíková, 2012; Beňo, Radková, Dávideková, 2013; Beňo, 2014). K hlbšiemu naštudovaniu problematiky sluchovo alebo zdravotne postihnutých malo viesť povinné spracovanie seminárnej práce.

## **Prvé skúsenosti a diskusia**

Komunikačné zručnosti potrebné pre efektívnu komunikáciu so sluchovo postihnutými pacientmi/klientmi sa nedajú naučiť, osvojiť si ich len čisto teoreticky z kníh. Podľa autorky Tarcsiovej (209, 2012) sa to dá prakticky jedine v priamom kontakte, v živote s nimi. Základnou snahou by preto mala byť čo najväčšia inkorporácia komunikačných zručností a kompetencií do oblastí vzdelávania v zdravotníctve, nevynímajúc z toho ani kompetencie/zručnosti pre komunikáciu so sluchovo, zrakovou (zmyslovo) a mentálne a telesne handicapovanými pacientmi. Skúsenosti z prvých rokov ukázali záujem zo strany študentov ošetrovatelstva o problematiku zdravotne postihnutých, bol v mnohých prípadoch podporovaný očakávaním, že budú mať príležitosť či možnosť dozvedieť sa nové poznatky týkajúce sa problematiky. Predmet NES podľa vyjadrení študentov bol jedným z tých, ktoré sú pre študentov o nadobudnutí nových vedomostí a poznatkov. Pripomienky študentov smerovali k počuteľnosti či zrozumiteľnosti v prednáškových priestoroch. S odporúčaním zvážiť možnosť prednášky nahovorenej inou (počujúcou) osobou alebo doplnenie prednášky videoprezentáciou.

Pri hodnotení skúškových testov v priebehu prvých troch akademických rokov od zavedenia predmetu sa postupne začali ukazovať pravidelne sa opakujúce chyby, ktoré viac-menej potvrdzujú fakt, na ktorý upozorňujú aj viacerí renomovaní i zahraniční odborníci. Že počujúci zdravotnícky personálne vždy dokáže dostatočne dobre si uvedomiť, na aké bariéry narážajú takto znevýhodnení pacienti v komunikácii s nimi. Iba zriedkavo sa študenti dopúšťali chýb pri výbere správnej odpovede na otázky kontrolujúce vedomosti učebnicovej či teoretickej povahy. Iba relatívne zriedkavo sa vyskytovali chyby pri otázkach týkajúcich sa napr. optimálnej vzdialenosti alebo optimálnych podmienok pre odzeranie hovorenej reči z úst, ktorá skupina sluchovo postihnutých nerád komunikuje prostredníctvom písomnej formy informácie, aké sú najzávažnejšie chyby pri komunikácii za prítomnosti tlmočníka posunkového jazyka a pod. Väčšina pravidelne sa opakujúcich chýb sa vyskytovala pri otázkach týkajúcich sa výberu vhodnej komunikačnej stratégie (napr. na čo nezabúdať pri prerušení vizuálneho očného kontaktu) alebo hodnotenia miery náročnosti v komunikácii eventuálne pri prekonávaní komunikačnej (dorozumievacej) bariéry. Z pohľadu z opačnej strany, teda človeka, ktorý o postihnutí nie iba prednáša, ale s ním aj žije, sa javí prekvapujúce konštatovanie, keď najvyššiu mieru obťažnosti v riešení bariér pripíše počujúci zdravotnícky pracovník (študent) objednaníu sa na vyšetrenie klasickým linkovým telefónom pred náročnosťou komunikácie s rýchlou záchrannou službou. V situáciách, kedy je nepočujúci pacient v ohrození života (napr. autonehoda) a bez možnosti pohotovo zabezpečiť prítomnosť tlmočníka (chýba nielen možnosť ale aj čas rýchle privolať k

nepočujúcemu pacientovi tlmočníka posunkového jazyka) sa potreba komunikačných zručností zdravotníckeho personálu ešte zvyšuje.

Náročnosť skúškového testu hodnotili niektorí študenti ako druhú najvyššiu po farmakológii. Niektorí považovali všetky možné odpovede za správne alebo "hlavu motající" pretože sa mala vybrať nie jedna správna odpoveď, ale tá najsprávnejšia z niekoľkých možných (je to pochopiteľné, ak si uvedomíme, že komunikácii s takto znevýhodnenou skupinou pacientov stojíme pred zvoliť vhodnú komunikačnú stratégiu). To vedie študentov k tomu, že nad tým niekedy príliš premýšľa, čo často vedie k zmene výberu pôvodne správne zvolenej odpovede za chybnú. Ako je zrejmé zo štatistiky výsledkov (tabuľka 1), najlepšie uspeli v testoch študenti, ktorí stavili na pozorné prečítanie študijných materiálov a pri výbere správnej odpovede na logickú úvahu a prípadne aj inštinkt.

Tabuľka 1 Štatistika úspešnosti v skúškových testoch

| Hodnotenie   | Rok 2013-2014 | Rok 2014-2015 | Rok 2015-2016 |
|--------------|---------------|---------------|---------------|
| A            | 7 (2%)        | 12 (4%)       | 11 (4%)       |
| B            | 39 (10%)      | 28 (9%)       | 15 (5%)       |
| C            | 78 (20%)      | 55 (18%)      | 58 (21%)      |
| D            | 82 (21%)      | 82 (26%)      | 102 (37%)     |
| E            | 144 (36%)     | 136 (43%)     | 88 (32%)      |
| Opravný test | 21            | 55            | 39            |
| Celkom       | 398           | 313           | 274           |

Poznámka: priemerné hodnotenie v roku 2015-2016: 2,44 (D).

Problémy pri komunikácii s pacientmi so sluchovým postihnutím pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti boli opisované dosť podrobne aj v svetovej, anglicky písanej vedecko-odbornej literature (Skelton, Valentine, 2003; Slaven, 2003). Mnoho bibliografických odkazov na úrovni abstraktov a často aj na úrovni plnotextových článkov možno nájsť v najväčšej biomedicínskej databáze MEDLINE (Beňo, Radková, Dávideková 2012). Boli publikované aj štúdie, ktoré poukázali, že aj lekári majú často mylný názor na to, ako s nepočujúcimi pacientmi komunikovať (Rickles, et. al., 2010).

Naše prvé skúsenosti potvrdzujú, že intaktné osoby z radov počujúcej majoritnej populácie naďalej nedisponujú dostatočným množstvom poznatkov o osobách so sluchovým postihnutím a jednotlivé dôsledky tohto druhu postihnutia chápu väčšinou ako nedostatok intelektových schopností. Od zdravotníckeho personálu sa očakáva, že bude poznať zásady komunikácie so sluchovo postihnutými a dokáže ich vedieť efektívne uplatňovať aj v ich profesionálnej praxi. Prax ale ukazuje, že komunikácia v zdravotníctve medzi sluchovo postihnutými pacientmi a zdravotníckym personálom často zlyhá a profesionálny prístup býva zriedkavý. V susednom Rakúsku existujú v niektorých mestách (napr. Viedeň, Graz) aj špecializované zariadenia, kde lekári a sestry ovládajú posunkový jazyk/reč. Podobné zariadenie existuje aj v Prahe (Podolí). Napriek tomu v našich podmienkach však celkom prirodzene považujeme za nereálny stav, kedy by aspoň určitá malá časť lekárov či sestier ovládala český/slovenský posunkový jazyk alebo posunkovanú češtinu/slovenčinu. Čo je reálne dosiahnuteľné, je to, aby lekári a sestry vedeli, ako jednotlivým pacientom s rôznym typom druhom straty (postihnutí) sluchu pristupovať, akú stratégiu v komunikácii s nimi zvoliť a aby sa aj v prípade neprítomnosti tlmočníka dokázali s nimi komunikovať a dohodnúť sa aj inak ako prostredníctvom posunkovej/znakovej reči.

## Záver

Problematika komunikácie osôb s poruchou sluchu sa v súčasnosti rieši nielen v oblasti pedagogiky a sociálnej práce ale aj v zdravotníckych disciplínach (zvlášť v medicíne a ošetrovatelstve) a ďalších pomáhajúcich profesiách (psychoológia, špeciálna andragogika, atď.). Pre postupné znižovanie a odstraňovanie bariér v dostupnosti zdravotnej starostlivosti a v komunikácii so zdravotným personálom je potrebné dosiahnuť zaradenie týchto predmetov alebo kurzov do systému pre- aj postgraduálneho, to znamená celoživotného vzdelávania v zdravotníctve, ošetrovatelstve ako aj sociálnej práci. Zlepšenie situácie v tejto oblasti sa dá dosiahnuť len pomaly, sériou postupných krokov. Medzi jednotlivé kroky možno zaradiť zlepšenie v oblasti vzdelávania, vypracovanie odborných učebníc a dokumentov (vrátane moderných multimediálnych foriem), zahŕňajúcich všeobecné zásady, ktoré by mali pracovníci v zdravotníctve, v sociálnej práci a pomáhajúcich profesiách rešpektovať v profesionálnom kontakte so zdravotne, sluchovo i zrakovo postihnutými pacientmi a klientmi a pri poskytovaní tlmočnických služieb v zdravotníctve. V tom spočíva jeden z viacerých dôvodov, aj

zmysel toho, prečo by sestry a ostatní pracovníci pomáhajúcich profesií mali byť v priebehu ich štúdia aj po ňom v rámci postgraduálneho vzdelávania oboznamovaní so špecifikami komunikácie s osobami so sluchovým postihnutím.

## Literatúra

BEŇO, P., TARCSIOVÁ, D., CAPÍKOVÁ, S. (2012). Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci. Bratislava: Veda, Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied 2012. 182 s. ISBN 978-80-8082-510-2.

BEŇO, P. (2014). Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci. In: Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci. Beňo, P., Tarcsiová, D., Capíková, S. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, spoločné pracovisko Trnavskej univerzity v Trnave a VEDY, vydavateľstva Slovenskej akadémie vied, 2014. - ISBN 978-80-8082-786-1. s. 171-267.

BEŇO, P., CAPÍKOVÁ, S. (2013). Teoretické a praktické aspekty komunikácie s pacientmi/ klientmi s postihnutím sluchu. Bratislava: Samosato, s.r.o., 2013. - ISBN 978-80-89464-21-0. - s.8-96.

BEŇO, P., RADKOVÁ, L., DÁVIDEKOVÁ, M. (2012): Barriers to Healthcare and Healthcare System Accesibility for People with Hearing Loss. In: Beňo, P. – Tarcsiová, D. – Radková, L.: Komunikácia s pacientmi/klientmi s postihnutím sluchu v zdravotníctve a sociálnej práci. Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU, Katedra klinických disciplín. Vyd. Typi Universitatis Tyrnaviensis 2012. ISBN 978-80-8082-505-8. s. 183-190.

LINHARTOVÁ, V (2007). Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha: Grada–Avicenum 2007, 159 s. (ISBN 978-80-247-1784-5). Kapitola: Komunikace se smyslově postiženými pacienty, s. 79-101.

RICKLES, N., et al. 2010. Social and behavioral aspects of pharmaceutical care. Second edition. USA.2010. 484 s. ISBN: 978-0-7637-6408-1.

SLAVEN, A.: Communication and the hearing-impaired patient. Nurs. Standard Vol. 18, 2003, No 12, p. 39-41.

SKELTON, T., VALENTINE, G.: It feels like being Deaf is normal: an exploration into the complexities of defining D/deafness and young D/deaf people identities. In: The Canadian Geographer, Winter 2003, vol. 47, No 4, ProQuest Social Science Journals pg. 451-466.

TARCSIOVÁ, D. 2009: Niektoré zásady komunikácie s osobami s poruchou sluchu. In: CD Zborník z konferencie "Komunikácia s pacientmi s postihnutím sluchu," Trnava 2.10.2009. Typi Universitatis Tyrnaviensis, s. 198-207. ISBN 978-80-8082-315-3.

## Kontakt

Doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc.

Trnavská univerzita v Trnave  
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce  
Katedra LVMvZ  
Univerzitné nám. 1,  
918 43 Trnava, SR

e- mail: pavol.beno@truni.sk

# Zdravotnický záchranář – mladá, vyvíjející se a žádaná profese

Kalátová Dagmar<sup>1</sup>, Bydžovský Jan<sup>1, 2, 3</sup>, Šoupal Jiří<sup>2</sup>, Dvořák Marek<sup>2, 4</sup>

<sup>1</sup>Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jana N. Neumanna

<sup>2</sup>Oddělení urgentního příjmu dospělých Fakultní nemocnice v Motole, Praha

<sup>3</sup>Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú.

<sup>4</sup>Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, Hradec Králové

Příspěvek pojednává o vývoji profese a vzdělávání zdravotnických záchranářů v České a Slovenské republice, aktuálních kompetencích a uplatnění této kategorie zdravotníků. Seznamuje s podmínkami přijetí a studijním plánem připravovaného kvalifikačního studia „Urgentní zdravotní péče“ k získání kvalifikace zdravotnický záchranář v bakalářském programu na Ústavu sv. Jana Nepomuka Neumanna Vysoké školy zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety.

**Klíčová slova:** zdravotnický záchranář, vzdělávání, studium, kompetence

•

## Historie profese zdravotnický záchranář v České republice

Zdravotnický záchranář je zdravotnická profese, která vznikla v České republice v roce 1993 jako dvouleté pomaturitní studium na střední zdravotnické škole zakončené maturitou, uskutečňované až do školního roku 1999/2000. Od roku 1996 je studium realizováno na vyšších zdravotnických školách (VZŠ) v délce 3-3,5 roku pod názvem Diplomovaný zdravotnický záchranář, zakončeno absolutoriem z komplexu odborných předmětů, cizího jazyka a obhajoby absolventské práce. Později začaly vznikat tříleté bakalářské studijní programy Zdravotnický záchranář na fakultách zdravotně-sociálního a lékařského zaměření. Toto studium je zakončeno státní závěrečnou zkouškou, obvykle z urgentní medicíny, interny a chirurgie nebo ošetrovatelství, komplexu behaviorálních věd a obhajoby bakalářské práce. V České republice dosud probíhají oba typy vzdělávacích programů na vyšších zdravotnických školách a vysokých školách paralelně. Od roku 2011 získává legislativní úpravou kvalifikaci zdravotnického záchranáře i všeobecná sestra se specializací pro intenzivní péči, pokud alespoň 5 z posledních 6 let na zdravotnické záchranné službě v úvazku minimálně 0,5. V zahraničí má zdravotnický záchranář v současnosti obdoby např. s profesí Notfallsanitäter v Německu (studium trvá 3 roky) a EMT-Paramedic v USA (studium trvá přibližně 2 roky).

V České republice tak před 20 lety vznikla nová specifická zdravotnická profese připravující odborný nelékařský zdravotnický personál pro práci především ve výjezdových skupinách zdravotnické záchranné služby. Přestože zdravotnická legislativa umožňovala uplatnění v nemocničních zařízeních na „úseku neodkladné péče a akutního příjmu“, setkávali se v prvních letech absolventi s nedůvěrou hlavních sester a odmítnutím. Ani jejich začátky na zdravotnických záchranných službách nebyly snadné s odkazem na chybějící nástupní praxi. Řada absolventů si tak doplňovala maturitu na střední zdravotnické škole v oboru všeobecná sestra, aby mohli nastoupit do nemocnice a minimálně tam získat první zkušenosti a nástupní praxi.

## Vzdělávání zdravotnických záchranářů v České republice

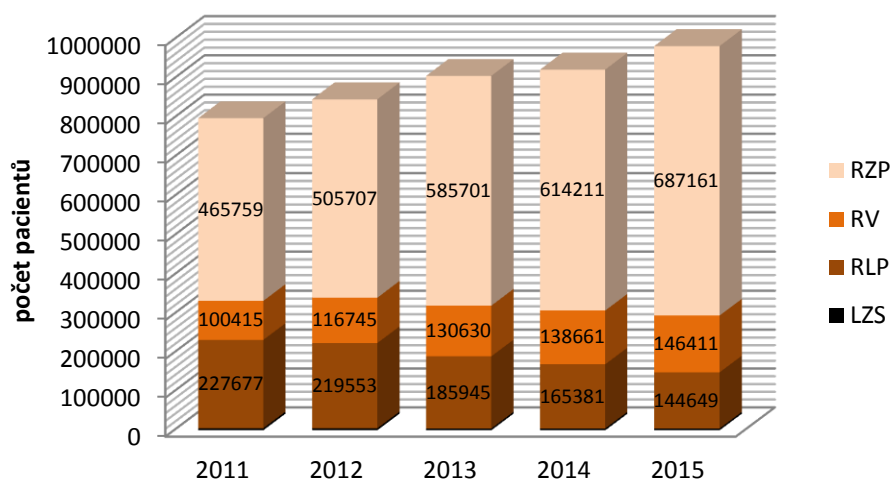
Aktuální legislativa klade na studium zdravotnických záchranářů následující minimální požadavky: minimálně 3 roky studia v České republice nebo 3 370 hodin výuky na Slovensku, z toho minimálně 1 800 hodin praktické výuky v České republice, respektive 1 850 hodin na Slovensku. Student podle současné české legislativy po 2 semestrech studia získává automaticky kvalifikaci sanitáře, po 3 semestrech kvalifikaci ošetrovatele, může si tak již během studia přivydělat a získávat cenné pracovní zkušenosti ve zdravotnictví.

V současnosti mají studijní programy Diplomovaný zdravotnický záchranář akreditovány VOŠ v Praze (2×), Příbrami, Českých Budějovicích, Plzni, Zlíně, Ústí nad Labem, Olomouci, Brně a Čelákovcích. Vysoké školy mají akreditované bakalářské studijní programy Zdravotnický záchranář v Praze, Kladně, Českých Budějovicích, Brně, Ostravě, Pardubicích a Hradci Králové, Liberci, Plzni a Olomouci. Každoročně na těchto českých školách získá kvalifikaci zdravotnický záchranář přibližně 300 absolventů, z toho však zdaleka ne všichni nastoupí na pracoviště akutní medicíny, mnozí jsou zaměstnanci obecní či státní policie nebo hasičského záchranného sboru, kde si pouze chtějí upevnit pozici, případně už ve

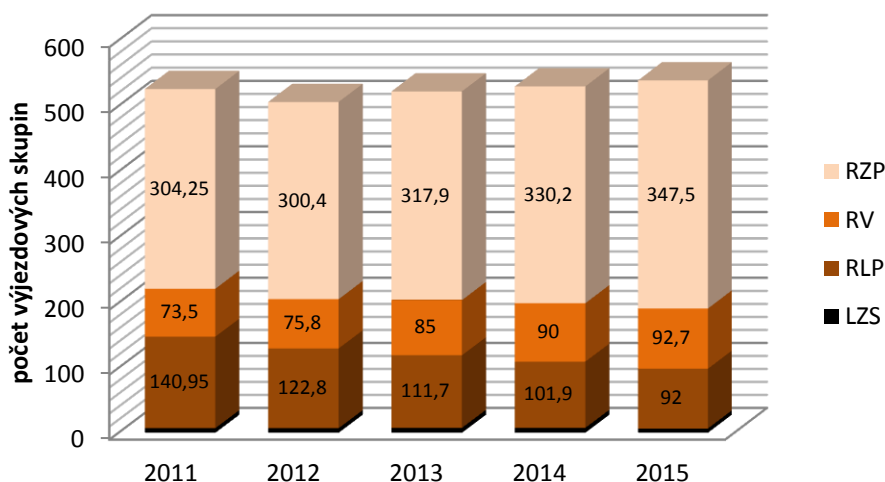
zdravotnictví pracují nebo se vůbec nepohybují ve zdravotnictví ani složkách integrovaného záchranného systému a studiem chtějí získat pouze užitečné znalosti.

### Uplatnění zdravotnických záchranářů

Se změnami v systému českého zdravotnictví, zejména postupným narovnáním platů zdravotníků, ale též stárnutím lékařů a jejich nedostatkem především v akutních medicínských oborech, pozorujeme stálý trend narůstání počtu výjezdových skupin rychlé zdravotnické pomoci (RZP, záchranář a řidič bez lékaře) při poklesu počtu výjezdových skupin rychlé lékařské pomoci (RLP, záchranář a řidič s lékařem) – v lepším případě jejich transformaci na výjezdové skupiny rendez-vous (RV, lékař a řidič/záchranář v malém osobním voze, kterým dojíždějí za skupinami RZP). Podle informací Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky chybí zdravotnickým záchranným službám v České republice v současnosti přibližně 400 lékařů, průměrný věk lékaře zdravotnické záchranné služby je přes 49 a nejstaršímu 80 let. Jak je patrné, systém přednemocniční neodkladné péče je v současné době v České republice závislý a stojí na profesi zdravotnického záchranáře, jejíž úloha a uplatnění se bude při zachování současného trendu stále zvyšovat. Následující grafy ukazují vývoj počtu pacientů ošetřených jednotlivými typy výjezdových skupin, počtu výjezdových skupin, počtu najetých kilometrů jednotlivých typů výjezdových skupin a počty pracovníků zdravotnických záchranných služeb v České republice za posledních pět let. Jak je patrné, během tohoto období vzrostl celkový počet ročně ošetřených pacientů zdravotnickou záchrannou službou o 23 % a o více než 47 % počet pacientů ošetřených výjezdovými skupinami RZP, přitom poklesl celkem o 14 % počet lékařských výjezdových skupin RLP a RV, které byly nahrazeny skupinami RZP a podíl pacientů ošetřených v přednemocniční neodkladné péči lékařem tak klesl z téměř 42 na 30 %.

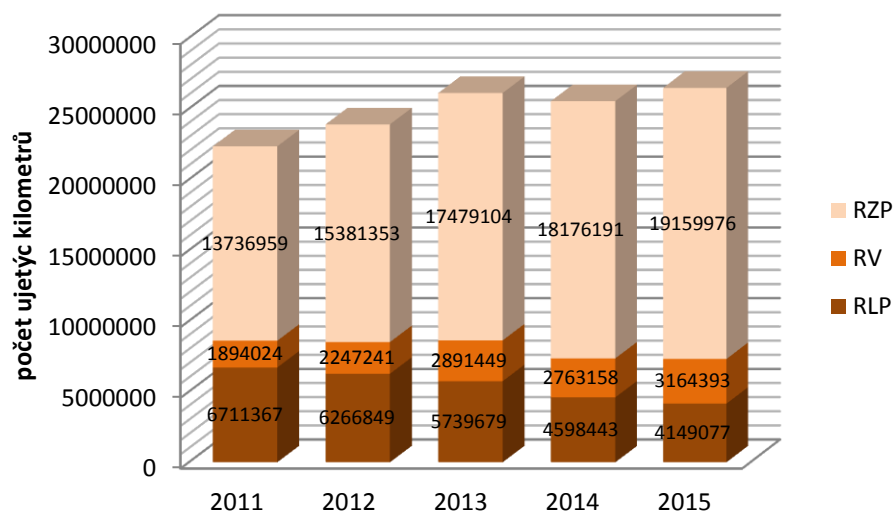


Graf 1 Vývoj počtu ošetřených pacientů jednotlivými typy výjezdových skupin v letech 2011-2015

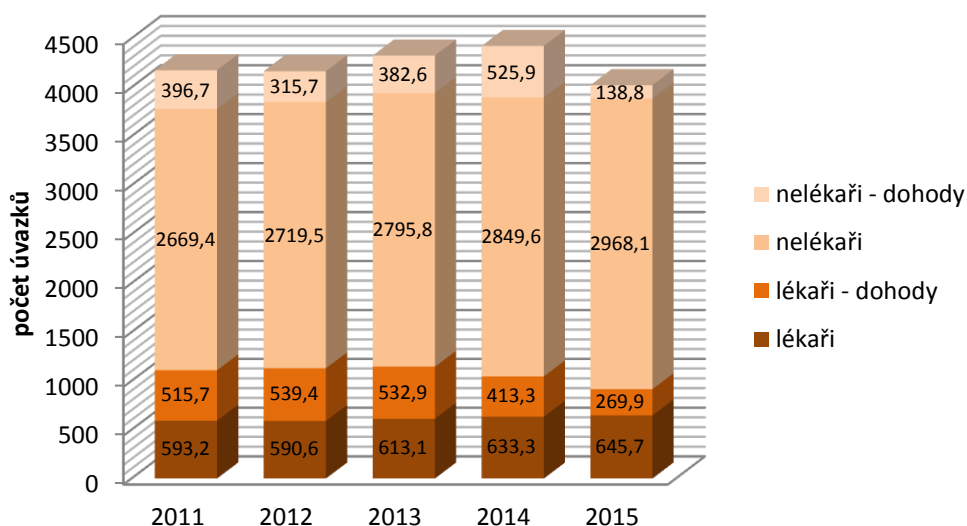


Graf 2 Vývoj počtu výjezdových skupin v letech 2011-2015 podle typů





Graf 3 Vývoj počtu ujetých kilometrů jednotlivými typy výjezdových skupin v letech 2011-2015



Graf 4 Vývoj počtu lékařských a nelékařských úvazků v letech 2011-2015

Zdravotnický záchranář je tak nucen stále častěji pracovat samostatně, bez odborného vedení a dohledu lékaře. Postupný nedostatek i nelékařských zdravotnických pracovníků na odděleních akutní medicíny v nemocnicích, tj. sester se specializací pro intenzivní péči, otevřel vstup na oddělení JIP a ARO i zdravotnickým záchranářům, kteří jsou tak vyhledávanými pracovníky pro tato pracoviště, na něž stále více doléhá nedostatek i nelékařského personálu. Je potřeba, aby na tento trend reagovaly především školy vychovávající zdravotnické záchranáře a náplň studia pokryla stále narůstající požadavky na tyto pracovníky a jejich samostatnou odbornou činnost.

Na rozdíl od jiných kategorií zdravotnických pracovníků je zdravotnický záchranář vykonávající svoji profesi v podmínkách zdravotnické záchranné služby nucen plnit zadané úkoly i v terénu, ve kteroukoliv denní dobu a především jakýchkoliv klimatických podmínkách. Zcela specifickým rysem této profese nemající obdobu u jiných nelékařských zdravotnických profesí je nutnost velké míry samostatnosti a určité míry rozhodování v rámci kompetencí o poskytnutí základní léčby, směrování pacienta atd. Nejde tedy o pouhé mechanické plnění ordinace lékařů, kteří jsou v případě většiny výjezdů dostupní zdravotnickému záchranáři pouze na telefonu nebo mohou být přivoláni na jeho žádost. O primárním vyslání na místo tísňové výzvy výjezdové skupiny ve složení zdravotnický záchranář a řidič nebo též lékaře rozhoduje operátor zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby. V případě, že je nejbližší volná výjezdová skupina

s lékařem vzdálena i desítky kilometrů, jsou na zdravotnického záchranáře kladeny požadavky samostatně zvládnout v rámci svých kompetencí i zásahy u nejzávažnějších případů.

Specifickými požadavky na schopnosti samostatně pracujícího zdravotnického záchranáře by tak měl být i odběr základní anamnézy, provedení základního fyzikálního vyšetření včetně kvalitního záznamu a zhodnocení křivky EKG a sepsání zjištěného v záznamu o výjezdu.

Podrobnější srovnání kompetencí k provádění odborných činností profesí zdravotnického záchranáře v České republice bez specializace (ZZ ČR) a se specializací (ZZ ČR +spec.), zdravotnického záchranáře na Slovensku (ZZ SR) a největší kategorie nelékařských zdravotnických pracovníků, tj. všeobecných sester v České republice bez specializace (VS ČR) a se specializací pro intenzivní péči (SIP ČR), uvádíme v následující tabulce.

Tab. 1 Srovnání kompetencí zdravotnických záchranářů a všeobecných sester

|                                                                                                                             | ZZ ČR                                                                                                                                                | ZZ ČR +spec. | ZZ SR | VS ČR | SIP ČR |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|-------|--------|
| monitorovat vitální funkce                                                                                                  | ***                                                                                                                                                  | ***          | ***   | ***   | ***    |
| měření vitálních funkcí včetně invazivních metod                                                                            |                                                                                                                                                      | **           |       |       | **     |
| zahajovat KPR, defibrilovat                                                                                                 | ***                                                                                                                                                  | ***          | ***   |       | ***    |
| používat automatické kompresní systémy, podávat léčiva                                                                      |                                                                                                                                                      | ***          |       |       |        |
| zevní kardiostimulace                                                                                                       |                                                                                                                                                      | **           |       |       | *      |
| intravenózní vstup, krystaloidy, glukóza při hypoglykemii                                                                   | ***                                                                                                                                                  | ***          | ***   |       |        |
| orientační laboratorní vyšetření a orientační posouzení                                                                     | ***                                                                                                                                                  | ***          |       | **    |        |
| obsluhovat a udržovat vybavení                                                                                              | ***                                                                                                                                                  | ***          |       |       |        |
| ošetření ran a zástava krvácení                                                                                             | ***                                                                                                                                                  | ***          | ***   | **    |        |
| vyproštění, polohování, imobilizace, transport                                                                              | ***                                                                                                                                                  | ***          | ***   |       |        |
| řešit následky hromadného neštěstí                                                                                          | ***                                                                                                                                                  | ***          | ***   |       |        |
| péče o tělo zemřelého                                                                                                       | ***                                                                                                                                                  | ***          | ***   |       |        |
| přijímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky                                                                            | ***                                                                                                                                                  | ***          |       | ***   | ***    |
| přijímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo                                                            | ***                                                                                                                                                  | ***          |       | ***   | ***    |
| neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu                                                                              | ***                                                                                                                                                  | ***          | ***   |       |        |
| přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy                                                                             | ***                                                                                                                                                  | ***          | ***   |       |        |
| provádět telefonickou instruktáž k poskytnutí první pomoci                                                                  | ***                                                                                                                                                  | ***          | ***   |       |        |
| zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii                                                                             | **                                                                                                                                                   | ***          | ***   | **    |        |
| zajišťovat DC dostupnými prostředky, UPV dle parametrů lékaře                                                               | **                                                                                                                                                   | **           | (*)   |       |        |
| zajišťovat DC u pacienta nad 10 let při KPR                                                                                 |                                                                                                                                                      | ***          |       |       |        |
| pečovat o dýchací cesty                                                                                                     | **                                                                                                                                                   | **           |       |       | ***    |
| činnosti související s DUPV i v domácím prostředí                                                                           |                                                                                                                                                      |              |       |       | **     |
| extubace (endotracheální kanyly)                                                                                            |                                                                                                                                                      | **           |       |       | *      |
| podávat léčivé přípravky intravenózně                                                                                       | **                                                                                                                                                   | **           | (*)   | **    |        |
| asistovat při zahájení aplikace transfuze a ukončovat ji                                                                    | **                                                                                                                                                   | **           | (*)   | *     | *      |
| provádět katetrizaci moč. měchýře dospělých a dívek nad 10 let                                                              | **                                                                                                                                                   | **           |       |       |        |
| provádět katetrizaci moč. měchýře mužů                                                                                      | **                                                                                                                                                   | **           | (*)   |       | **     |
| provádět katetrizaci moč. měchýře žen a dívek nad 10 let                                                                    | **                                                                                                                                                   | **           | ***   | **    |        |
| odebírat biologický materiál                                                                                                | **                                                                                                                                                   | ***          | ***   |       |        |
| asistovat při porodu a provádět prvotní ošetření novorozence                                                                | **                                                                                                                                                   | **           | ***   |       |        |
| zajišťovat intraoseální vstup                                                                                               | **                                                                                                                                                   | ***          |       |       |        |
| zavádět NGS pacientovi v bezvědomí                                                                                          |                                                                                                                                                      |              |       |       | **     |
| provádět výplach žaludku u pacienta se zajištěnými DC                                                                       |                                                                                                                                                      | **           |       |       | **     |
| zavádět NGS a provádět výplach pacientovi při vědomí                                                                        |                                                                                                                                                      | **           | ***   | **    |        |
| používat očišťovací metody krve u pacienta se selháním ledvin                                                               |                                                                                                                                                      |              |       |       | **     |
| činnosti spojené s aplikací metod léčby bolesti                                                                             |                                                                                                                                                      |              |       |       | **     |
| činnosti při všech způsobech celkové i místní anestezie                                                                     |                                                                                                                                                      |              |       |       | **     |
| provádět punkci a kanylaci arterie                                                                                          |                                                                                                                                                      |              |       |       | **     |
| spolupracuje s lékařem při malých chirurgických zákrocích                                                                   |                                                                                                                                                      |              | (*)   |       |        |
| zavádění jícnové sondy                                                                                                      |                                                                                                                                                      |              | (*)   |       |        |
| DC = dýchací cesty<br>NGS = nasogastrická sonda<br>UPV = umělá plicní ventilace<br>DUPV = dlouhodobá umělá plicní ventilace | *** = bez indikace a dohledu lékaře<br>** = na základě indikace, ale bez dohledu lékaře<br>* = pod dohledem lékaře<br>(*) = „spolupracuje s lékařem“ |              |       |       |        |

## **Zdravotnický záchranář na VŠZaSP sv. Alžbety**

Na poptávku uchazečů o obor zdravotnický záchranář zareagoval i Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna v Příbrami Vysoké školy zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety v Bratislavě, který připravil tříletý bakalářský studijní program Urgentná zdravotná starostlivosť, jehož absolventi získají kvalifikaci zdravotnický záchranář. Rádi bychom naplnili naši představu vysoce odborně zdatných a prakticky zručných absolventů studijně náročného programu, nikoliv pouze zvýšili počet absolventů toho oboru. Na rozdíl od jiných škol jsme navíc vytvořili a implementovali předměty jako Technika v urgentnej medicíne, Civilizačné choroby, EKG diagnostika nebo Diferenciálna diagnostika, z volitelných předmětů např. Geriatria a paliatívna starostlivosť nebo Základy psychoterapie a krízovej intervencie, které považujeme za důležité.

Garantem studijního programu je docent s kvalifikací lékaře se specializací a primářskou licencí České lékařské komory v urgentní medicíně a též kvalifikací zdravotnického záchranáře, výuka teoretických předmětů je zajištěna odborníky v příslušných oborech s tituly profesor a docent, praktická výuka je zajištěna nelékařskými zdravotnickými pracovníky z praxe – zdravotnickými záchranáři a sestrami se specializací v intenzivní péči, vždy minimálně s magisterským vzděláním. Pro praktickou výuku má ústav odborné učebny první pomoci, ošetřovatelství a záchranářských technik plně vybavené pro praktickou výuku potřebnými trenažéry a zdravotnickou technikou a pomůckami. Odborná praxe bude vykonávána ve smluvních zdravotnických zařízeních ve Středočeském kraji, Praze i ostatních regionech pro vzdálenější studenty, a to především na odděleních urgentních příjmů, ARO/JIP a výjezdových stanovištích a operačním středisku záchranné služby. Záznamy o provedených a viděných odborných úkonech si studenti budou zaznamenávat do tzv. logbooku, kde na závěr jejich mentor též zhodnotí jejich přístup k praxi známkou i slovně. Studenti během studia absolvují též tři výcvikové kurzy, a to letní horské služby, zimní horské služby a vodní záchrany a dále exkurze u hasičského záchranného sboru, policie, baňské a letecké záchranné služby.

Požadavky na uchazeče dané slovenskou legislativou zahrnují středoškolské vzdělání, zdravotní způsobilost a fyzické schopnosti, konkrétně plavání, atletiku a gymnastiku. Odborné znalosti uchazečů se ověřují testem z biologie člověka, zdravotvědy a první pomoci, schopnost koncentrace pozornosti a zpracování informací psychologickým testem. Neméně důležitou součástí je motivační pohovor, jehož součástí je nepřipravená úvaha o vylosovaném zdravotnickém tématu. Bonifikaci je možné získat za dobré umístění ve středoškolské odborné činnosti nebo složení mezinárodně uznávané jazykové zkoušky úrovně B2 a vyšší.

Bakalářské studium v celkové dotaci 3 396 hodin zahrnuje 1 044 hodin teoretické výuky, 452 hodin praktické výuky, 48 hodin volitelných předmětů a 1 852 hodin odborné praxe, zakončeno bude státní závěrečnou zkouškou sestávající z částí Urgentná medicína a medicína katastrof; Vnútorné lékařstvo, chirurgia a traumatológia; Praktická skúška zo záchrannej zdravotnej služby a Obhajoba bakalárskej práce. První ročník bychom v případě kladného stanoviska akreditační komise rádi otevřeli v akademickém roce 2017/2018.

## **Další vzdělávání zdravotnických záchranářů**

Od přelomu let 2011/2012 mají zdravotničtí záchranáři možnost pokračovat specializačním studiem nešťastně nazvaným urgentní medicína, nazývajícím absolventa ještě nešťastněji zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu, slangově mezi nimi samotnými „superzáchranář“. Ačkoliv nepochybujeme o přínosu dalšího vzdělávání a prohlubování znalostí a dovedností zdravotnických záchranářů, tak nově nabyté kompetence, jak je patrné z výše uvedené tabulky, představují spíše kosmetické změny oproti těm původním. Formálně tato specializace vznikla nařízením vlády č. 31/2010 Sb. a sestává z 560 hodin v 1 základním a 7 odborných modulech, praktická výuka tvoří více než 50 %, absolvování programu trvá optimálně 1,5-2 roky, je zakončen atestační zkouškou zahrnující část praktickou a teoretickou. Požadavkem jsou 3 roky praxe v oboru na plný úvazek, z toho nejméně 1 rok ve zdravotnické záchranné službě. První absolventy měl tento vzdělávací program na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy v roce 2015.

## **Závěrem**

V současném systému přednemocniční neodkladné péče, ale i na řadě dalších pracovišť akutní medicíny, je zdravotnický záchranář nepostradatelnou profesí, jejíž význam a potřeba bude, jak nasvědčuje trend minulých let, pravděpodobně stále stoupat. Je proto nezbytné dbát na kvalitní přípravu těchto pracovníků a společensky potřebné investovat do jejich kvalitního vzdělávání.

## Literatura

Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky. Vybrané ukazatele ZZS ČR za rok 2015. [online] Dostupné z URL: <http://www.azzs.cz/uploads/doc/zzs-v-cislech/Vybran%C3%A9%20ukazatele%20ZZS%20%C4%8CR%20za%20rok%202015.pdf>

Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky. Vybrané ukazatele ZZS ČR za rok 2014. [online] Dostupné z URL: <http://www.azzs.cz/uploads/doc/zzs-v-cislech/Vybran%C3%A9%20ukazatele%20ZZS%20%C4%8CR%20za%20rok%202014.pdf>

Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky. Vybrané ukazatele ZZS ČR za rok 2013. [online] Dostupné z URL: <http://www.azzs.cz/uploads/doc/zzs-v-cislech/Vybran%C3%A9%20ukazatele%20ZZS%20%C4%8CR%20za%20rok%202013.pdf>

Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky. Vybrané ukazatele ZZS ČR za rok 2012. [online] Dostupné z URL: <http://www.azzs.cz/uploads/doc/zzs-v-cislech/Vybran%C3%A9%20ukazatele%20ZZS%20%C4%8CR%20za%20rok%202012.pdf>

Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky. Vybrané ukazatele ZZS ČR za rok 2011. [online] Dostupné z URL: <http://www.azzs.cz/uploads/doc/zzs-v-cislech/2011.pdf>

Nariadenia vlády č. 296/2010 Z. z., o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností

Vyhláška č. 321/2005 Z. z., o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach

Vyhláška č. 334/2010 Zb., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach

Vyhláška č. 39/2005 Sb., ktorou sa stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

## Kontakt

doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof.  
e-mail: [reditelka@vszsp.cz](mailto:reditelka@vszsp.cz)

doc. MUDr. Mgr. Jan Bydžovský, DiS., PhD.  
e-mail: [bydzovsky@vszsp.cz](mailto:bydzovsky@vszsp.cz)

# Vzájomné uznávanie odbornej kvalifikácie v povolani sestra v znení smernice Rady Európy

Kilíková Mária

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety*

Prelomové roky 20. a 21. storočia sú charakteristické zmenami v odbore ošetrovateľstvo. Táto mladá vedná disciplína nadobúda iné dimenzie prípravy na výkon povolania a samotného výkonu povolania. Cieľom príspevku je informovať o zmenách v oblasti uznávania odbornej kvalifikácie sestier v kontexte legislatívy Európskej únie tj. guidelin Európskej federácie asociácie sestier (EFN). Komparujeme proces vývoja zmien v procese odbornej prípravy sestier a v súlade s Bolonským procesom, aktualizovanými smernicami Rady Európy. Uskutočnili sme odbornú analýzu kompetencií sestier, ktoré boli prijaté na Valnom zhromaždení EFN v apríli 2015 v Bruseli.

**Kľúčová slova:** Sestra. Európska federácia asociácií sestier. Legislatíva. Smernica. Vzdelávanie. Povolanie. Rada Európy. Guidene.

•

Európska federácia asociácií sestier (EFN) vznikla ako následníca inštitúcia Stálej komisie sestier Európskej únie (PCN) a má viac ako 30 ročnú históriu. Má charakter nezávislej inštitúcie, ktorá na európskej úrovni reprezentuje viac ako jeden milión sestier v 34 národných asociáciách sestier. Poslaním EFN je podporovať a chrániť sestry a ošetrovateľskú profesiu s osobitným zreteľom na EÚ. Organizácia lobuje v európskych inštitúciách ako sú: Európska komisia, Európsky parlament a Rada Európy za účelom presadzovania pozitívnych zmien v oblasti vzdelávania a jeho uznávania, výkonu povolania sestry a zlepšovania pracovných podmienok s dôrazom kladeným na informovanosť, bezpečnosť a ochranu pacienta. Zároveň poskytuje širokú platformu pre rozvoj zdravotnej a sociálnej politiky Európskej únie (EÚ), tým, že podporuje rozhodovacie procesy Európskej únie vo všetkých oblastiach, ktoré ovplyvňujú profesiu sestry. Cieľom EFN je participovať na harmonizácii vývoja a ošetrovateľstva ako vedy, teórie a praxe v členských krajinách EÚ. Podporuje hodnoty ošetrovateľstva a posilňuje vzťahy medzi národnými združeniami ošetrovateľstva, medzi sestrami špecialistkami a ostatnými ošetrovateľskými povolaniami. Náplň činnosti EFN ovplyvnilo ošetrovateľstvo na Slovensku a to:

- zmenami v systéme prípravy na výkon povolania tj. národný vzdelávací program
- zmenami vo vzájomnom uznávaní kvalifikácií v súlade s Smernicou 2005/36/EC a 2013/55EU
- zmenami vo výkone regulovaného povolania s ohľadom na revidované kompetencie sestry zodpovednej za všeobecnú starostlivosť.

**Zmeny v systéme prípravy na výkon povolania sestry** v krajinách EÚ sú determinované Bolonským procesom - Bolonskou deklaráciou, ktorá bola podpísaná 19.6.1999, 29 ministrami školstva. EFN v spolupráci s Medzinárodnou radou ošetrovateľstva (ICN) a Svetovou zdravotníckou organizáciou (SZO) pre Európu, upresnili základné princípy v súvislosti so vzdelávaním sestier v štátoch EÚ nasledovne:

- vstup do ošetrovateľského vzdelávania musí alebo by malo nasledovať až po ukončení strednej školy po splnení rovnakých podmienok platných pre vstup na univerzitu
- prvý stupeň vzdelávacieho programu ošetrovateľstva (bakalár - registrovaná sestra), by mal byť dostačujúci na vykonávanie ošetrovateľských činností a mal by trvať 3 akademické roky
- existuje iba jedna Európska úroveň základného, respektíve 1. stupňa vzdelávania sestier (za ním pokračuje druhý magisterský stupeň a tretí doktorandský stupeň vzdelávania)
- učebné osnovy musia vychádzať z výskumu a z praktických skúseností
- pre vzdelávanie v programe ošetrovateľstvo vo funkciu riaditeľa/prezidenta musia byť sestry, ktoré získali titul univerzitného profesora.

V súčasnosti EFN vykonáva kontinuálny dohľad nad implementáciou vyššie uvedených princípov do národnej politiky Slovenskej republiky (SR). Dopad princípov Bolonského procesu na ošetrovateľstvo v SR je nasledovný:

- Vzdelávanie sestier sa uskutočňuje (od 1.5.2004) na akademickej pôde a to formou pregraduálneho a graduálneho vzdelávania.
- Prijal sa systém ľahko čitateľných a porovnateľných akademických titulov za pomoci zavedenia Dodatku diplomu, s cieľom podporiť možnosti slovenských sestier uplatniť sa na trhu práce a medzinárodnú konkurencieschopnosť.
- Uplatňovaní je Európsky kreditový systém vzdelávania, ktorý v SR upravuje Vyhláška Ministerstva školstva SR č. 614/2012 Z.z. o kreditovom systéme vzdelávania.
- Evidentná je mobilita študentov, učiteľov, akademikov a vedeckých pracovníkov.
- Metodológia hodnotenia kvality vzdelávania sa postupne harmonizuje.
- Bolonské dimenzie vysokoškolského vzdelávania sú podporované spoluprácou vzdelávacích inštitúcií a poskytovateľov zdravotníckych služieb najmä v časti realizácie odbornej - praktickej prípravy študentov v prirodzených podmienkach.

**V oblasti vzájomného uznávania odborných kvalifikácií** sa v SR uplatňuje Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2005/36/ES o uznávaní odborných kvalifikácií. Má za cieľ odstraňovať prekážky v mobilite sestier a ostatných ošetrovateľov. Smernica poskytuje osobám, ktoré získali odborne kvalifikácie v členskom štáte na prístup k tomu istému povolaniu a jeho výkonu v inom členskom štáte s rovnakými právami. Smernica deklaruje, že *sloboda pohybu* a vzájomne uznávanie dokladov u sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť, pôrodných asistentiek. Smernica definuje pojmy: regulované povolanie, odborná kvalifikácia, doklad o formálnej kvalifikácii, príslušný orgán, regulované vzdelávanie a odborná príprava, adaptačné obdobie, skúška spôsobilosti. Smernica bola novelizovaná Smernicou Európskeho parlamentu a Rady 2013/55/EÚ. Dôvodom novelizácie bola potreba identifikácie a protokolovania pokroku - zmeny v ošetrovateľstve. Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2013/55/EÚ z 20. novembra 2013, ktorá **popisuje kompetencie sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť o zdravie**. Popisuje sériu 8 kompetencií, ktoré sú záväzné pre členské štáty, ktoré do 18.1.2016 museli zabezpečiť, aby boli implementované do národnej legislatívy. EFN dokument v prípravnej fáze pripomienkovala a v závere ju sformulovala ako guideline pre implementáciu Článku 31 do národných programov vzdelávania v členských krajinách EU. **Zmeny sú nasledovné:**

- prijatie sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť na odbornú prípravu je podmienené získaním *všeobecného vzdelania* v rozsahu najmenej 12 rokov, ktoré je potvrdené diplomom, osvedčením alebo iným dokladom
- *zloženie prijímacej skúšky* na rovnocennej úrovni, ktorá jej umožňuje prístup k vzdelaniu na univerzitách a vysokých školách, alebo
- prijatie sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť na odbornú prípravu je podmienené získaním *všeobecného vzdelania* v rozsahu najmenej 10 rokov, ktoré je potvrdené diplomom, osvedčením alebo iným dokladom a zložením prijímacej skúšky na rovnocennej úrovni, ktorá jej umožňuje prístup k vzdelaniu na univerzitách a vysokých školách.
- Odborná príprava sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť predstavuje celkovo najmenej tri roky štúdia, ktoré sa môžu vyjadriť aj ako ekvivalent kreditov podľa ECTS a ktoré obsahujú aspoň 4 600 hodín teoretickej a klinickej **odbornej prípravy**. Z uvedeného počtu hodín z teoretická odborná príprava predstavuje *aspoň jednu tretinu a klinická odborná príprava predstavuje aspoň jednu polovicu* trvania odbornej prípravy.
- Za teoretické vzdelávanie sa považuje tá časť ošetrovateľskej odbornej prípravy, v ktorej vzdelávané sestry získavajú odborné vedomosti, zručnosti a spôsobilosti.
- Odbornú prípravu zabezpečujú učelia ošetrovateľskej starostlivosti a iné spôsobilé osoby na univerzitách a vysokých školách, ktorých úroveň sa uznáva ako rovnocenná.
- Za klinickú odbornú prípravu sa považuje časť ošetrovateľskej odbornej prípravy, v ktorej sa vzdelávané sestry v rámci tímu a v priamom kontakte so zdravými alebo chorými osobami a komunitami učia organizovať, poskytovať a

hodnotiť požadovanú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť na základe nadobudnutých vedomostí, zručností a spôsobilostí.

- Vzdelávané sestry sa učia nielen pracovať v tíme, ale tiež viesť tím a organizovať celkovú ošetrovateľskú starostlivosť vrátane zdravotnej výchovy pre osoby v ústavnej zdravotnej starostlivosti a komunity.
- Táto výučba sa vykonáva v nemocniciach a iných zdravotníckych zariadeniach pod dohľadom učiteľov ošetrovateľstva v spolupráci s inými kvalifikovanými sestrami.
- Na výučbe sa môže podieľať aj iný kvalifikovaný personál.
- Uchádzači o odborné vzdelanie sa zúčastňujú na činnostiach príslušného oddelenia, pokiaľ tieto činnosti prispievajú k ich odbornej príprave.

Odborná príprava pre sestry zodpovedné za všeobecnú starostlivosť poskytuje záruku, že získa tieto znalosti a zručnosti:

- komplexná znalosť vied, z ktorých vychádza všeobecná ošetrovateľská starostlivosť, vrátane dostatočného porozumenia štruktúre, fyziologickým funkciám a správaniu zdravých a chorých osôb a vzťahov medzi zdravotným stavom a fyzickým a sociálnym prostredím pre človeka
- znalosť povahy a etiky povolania a všeobecných zásad zdravotníctva a ošetrovateľskej starostlivosti
- primerané klinické skúsenosti
- schopnosť zúčastňovať sa na praktickej odbornej príprave zdravotníckeho personálu a skúsenosti s prácou s týmto personálom skúsenosti so spoločnou prácou s členmi iných povolání v zdravotníctve.

**Formálne kvalifikácie sestier** zodpovedných za všeobecnú starostlivosť poskytuje doklad, že sestra je schopná uplatniť tieto vedomosti, zručnosti a základné spôsobilosti bez ohľadu. Zároveň zabezpečí, že odborná príprava sa uskutočňuje na univerzitách, vysokých školách, ktorých úroveň sa uznáva ako rovnocenná, alebo na stredných zdravotníckych školách alebo prostredníctvom programov odborného vzdelávania pre sestry. Formálna kvalifikácia zabezpečuje výkon týchto kompetencií:

- spôsobilosť samostatne stanoviť potrebnú ošetrovateľskú starostlivosť za využitia súčasných teoretických a klinických poznatkov a plánovať, organizovať a poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť pri ošetrovaní pacientov na základe vedomostí a zručností
- spôsobilosť účinne spolupracovať s inými aktérmi v zdravotníckom odvetví vrátane účasti na praktickej odbornej príprave zdravotníckeho personálu na základe vedomostí a zručností
- spôsobilosť prakticky učiť jednotlivcov, rodiny a skupiny ľudí zdravému životnému štýlu a starostlivosti o seba na základe vedomostí a zručností
- schopnosť samostatne prijať okamžité opatrenia na záchranu života a vykonávať opatrenia v prípade krízy alebo katastrof
- schopnosť samostatne poradiť, dať odporúčania a poskytovať pomoc osobám, ktoré potrebujú starostlivosť, a ich blízkym
- schopnosť komplexne odborne komunikovať a spolupracovať s príslušníkmi iných profesií v zdravotníctve
- schopnosť analyzovať kvalitu zdravotnej starostlivosti s cieľom zlepšiť si svoju vlastnú odbornú prax ako zdravotnej sestry alebo ošetrovateľa zodpovedného za všeobecnú starostlivosť
- schopnosť samostatne zabezpečiť kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti a jej hodnotenie (Smernica 2013/55 EU).

Z textu vyplýva, že aktuálnou zmenou v kompetenciách sestier je orientácia na prevenciu, dlhodobú starostlivosť, komunitnú starostlivosť, e-zdravotníctvo, vývoj informačných a komunikačných technológií, bezpečnosť pacientov, výskum a prax založená na dôkazoch. Okrem uvedeného pojednáva o otázke európskeho profesijného preukazu. SR implementuje smernicu do procesu vzdelávania sestier tak, že v rámci akreditačných procesov vysokých škôl, ktoré vzdelávajú sestry sa revidujú a harmonizujú študijné programy. Zmena curriculá programov znamená, že program v

predmetoch jadra študijného programu obsahujú témy z oblasti: kultúry, etiky a hodnôt, podpory zdravia, prevencie, edukácie, z oblasti rozhodovacích procesov, komunikácie a tímovej práce, z oblasti výskumu, vývoja a vedy a z oblasti ošetrovateľskej starostlivosti. Na otázku, že aké sú prekážky vo vzdelávaní budúcich sestier na stredných zdravotníckych školách podľa modelu pred vstupom SR a ČR do EU je odpoveď jednoznačná:

- rozsah súčasnej výučby na stredných zdravotníckych školách zahŕňa iba 732 hodín teórie a 920 hodín odbornej praxe. Vo výučbe pritom absentujú predklinické a klinické predmety, nemožno ju preto vôbec porovnávať s niekdajšou výučbou všeobecných sestier
- vzdelávanie koncipované s prevahou všeobecnovzdelávacích predmetov z dôvodu úspešného vykonanie štátnej maturitnej skúšky
- vzťahy medzi kompetenciami a osnovami vzdelávania odbornej prípravy definované smernicou sú v podmienkach stredných škôl nenaplniteľné.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave akceptuje a implementuje vyššie popísané obsahy smerníc Rady Európy. Naplnia princípy Bolonskej deklarácie. Aktivuje študijný program ošetrovateľstvo v dvoma metódami vzdelávania t.j. metódou prezenčnou a kombinovanou. Obsahom vzdelávania sú predpísané požiadavky Smernicami Rady Európy.

## **ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

EFN - Európska federácia asociácií sestier. [On-line] [cit: 24.03.2016 ]. dostupné na <http://www.sksapa.sk/obsah/clenstvo-sk-sapa-v-medzinarodnych-asociaciach-sestier-a-porodnych-asistentiek/efn.html>

EFN Guideline k implementácii Článku 31 Smernice 2005/36/EC o vzájomnom uznávaní odborných kvalifikácií v znení Smernice 2013/55/EÚ.

KILÍKOVÁ, M. A KOL. 2012 (a). Teorie moderního ošetrovatelství I. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna. Příbram : 2012, 196 s. ISBN 978-80-260-3755-2.

KILÍKOVÁ, M. 2012 (b). Teorie moderního ošetrovatelství II. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna. Příbram : 2012, 252 s. ISBN 978-80-260-3756-9.

SMERNICA EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY 2005/36/ES o uznávaní odborných kvalifikácií.

SMERNICA EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY 2013/55/EÚ o uznávaní odborných kvalifikácií.



# Rozsah ošetrovateľskej praxe v Slovenskej a Českej republike – komparatívna analýza

Hulková Viera

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jana N. Neumanna,  
SLKP a.s., Piešťany

Autorka v príspevku predkladá komparatívnu analýzu rozsahu ošetrovateľskej praxe v Slovenskej republike a Českej republike. Zistené poznatky sú interpretované formou prehľadových tabuliek. Identifikovaný a porovnávaný bol rozsah praxe poskytovanej sestrou samostatne, na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom (v Slovenskej republike) a pod odborným dohľadom lekára (v Českej republike).

**Kľúčová slova:** Rozsah ošetrovateľskej praxe. Registrovaná sestra.

**Literatura:** HULKOVÁ V. 2009. Reforma zdravotníctva a jej implementácia do ošetrovateľstva v Slovenskej republike. Dizertačná práca. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety. Bratislava. 2009. 212 s. a 1 príloha.

Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.

Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 sb. o činnostiach zdravotníckych pracovníkov a jiných odborných pracovníků.

•

## ÚVOD

Slovenská republika rovnako ako Česká republika vstúpila do Európskej únie v roku 2004. Tento fakt sa výrazne premietol do podmienok pre výkon povolania sestry a bol tiež podmienený prijatím niekoľkých právnych predpisov vzťahujúcich sa k ošetrovateľstvu, k profesii a k vzdelávaniu sestier.

Cieľom príspevku bolo vypracovať komparatívnu analýzu vykonávaných nezávislých, závislých a súčinných činností sestry v ošetrovateľskej praxi v Slovenskej republike so situáciou v Českej republike na základe obsahovej analýzy dvoch právnych predpisov, nakoľko historický vývoj ošetrovateľstva a výkon povolania sestry bol až do rozdelenia v oboch krajinách rovnaký. Ďalšími kritériami výberu bol aj fakt, že veľa slovenských sestier pracuje v českých nemocniciach a tiež dostupnosť relevantných údajov pre porovnávaciu analýzu.

Rozsah ošetrovateľskej praxe sa zmenil v súvislosti s novoprijatou legislatívou v zdravotníctve, z čoho sa odvíjali i nové činnosti - kompetencie, napr. zavádzanie systémov kvality, tvorba štandardov, práca s informačným systémom zdravotníckeho zariadenia atď.

Kompetencie sestier v oboch krajinách upravuje vyhláška ministerstva zdravotníctva, pričom vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb. obsahuje aj činnosti iných zdravotníckych pracovníkov. Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom nadobudla účinnosť 15. augusta 2005. Sestry na Slovensku už dlhšiu dobu požadujú jej novelizáciu, aby vytvorila priaznivé podmienky pre prácu sestier, pretože ak má byť ich práca funkčná, musia mať jasne stanovený rozsah svojej praxe.

Pre lepšiu prehľadnosť sú činnosti sestier uvedené v tabuľkách, ktoré zobrazujú spoločné ukazovatele a odlišnosti, špecifiká v danom štáte. Signifikantné rozdiely boli zistené v rozsahu ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne na základe indikácie lekára, kde v ČR sestry špecialistky majú vyššie právomoci a kompetencie pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti (viď. tab. č. 4).

Vo vyhláške MZ ČR č. 55/2011 Sb. sa nachádza pojem „asistencia“ lekárovi. Zmena v ponímaní práce sestier v Slovenskej republike nastala tým, že v súvislosti s právnymi predpismi upravujúcimi rozsah praxe zdravotníckych pracovníkov sa zrušilo „asistovanie“ a legislatívne sa zaviedol pojem „v spolupráci“, t.j. sestra spolupracuje s lekárom pri výkone, vyšetrení a pod., nie asistuje, zdravotnícky asistent spolupracuje so sestrou alebo pôrodnou asistentkou pri výkone atď.

Touto vyhláškou sa legislatívne podarilo odstrániť submisívne postavenie sestier. Či sa podarilo toto ponímanie zmeniť aj v chápaní sestier, záleží od nich samotných.

Vo vyhláške MZ ČR č. 55/2011 Sb. sa nachádza odborné nesprávne štylizácia v časti edukácia: „edukovať pacienty, prípadne iné osoby v ošetrovateľských postupech a pripravovať

pro ně informační materiály“. Správne by malo byť uvedené: „vypracovávať pre nich edukačné materiály“. Medzi pojmi edukácia a informovanosť je zásadný rozdiel.

Rozdielnosť v rozsahu ošetrovateľskej praxe je možné vidieť vo výkonoch v spolupráci s lekárom (v SR) a pod odborným dohľadom lekára (v ČR), kde všeobecná sestra môže pod odborným dohľadom lekára aplikovať intravenózne krvné deriváty a na základe jeho indikácie ukončiť transfúziu.

Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb. rozdeľuje činnosti zdravotníckych pracovníkov na činnosti po získaní odbornej spôsobilosti a na činnosti po získaní špecializovanej spôsobilosti. V § 55 sú uvedené činnosti sestry pre intenzívnu starostlivosť, v ďalších samostatných ustanoveniach pre sestru pre perioperačnú starostlivosť, pre detskú sestru, pre detskú sestru pre intenzívnu starostlivosť, pre komunitnú sestru, sestru v interných a chirurgických odboroch, audiologickú sestru, sestru pre nukleárnu medicínu, sestru pre starostlivosť v psychiatrii, sestru pre pracovno – lekársku starostlivosť, sestru pre transfúziu službu a pre sestru pre klinickú perfúziológiu.

## KOMPARATÍVNA ANALÝZA ROZSAHU OŠETROVATEĽSKEJ PRAXE

Tab. 1 Rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne

| SLOVENSKÁ REPUBLIKA                                                                                                                                                                                                                               | ČESKÁ REPUBLIKA                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom | Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb. o činnostiach zdravotníckych pracovníkov a iných odborných pracovníkov                                                                                                                                                                  |
| <b>Rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne</b>                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| identifikuje potreby ošetrovateľskej starostlivosti osoby, rodiny alebo komunity a zabezpečuje alebo vykonáva uspokojovanie potrieb súvisiacich so zdravím, chorobou alebo umieraním                                                              | vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřících technik používaných v ošetrovateľské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy) |
| rozhoduje o úkonoch týkajúcich sa poskytovania a riadenia ošetrovateľskej starostlivosti v závislosti od zistených potrieb osoby, rodiny alebo komunity, ktorej poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| podieľa sa na zavedení systému kvality a hodnotí kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti                                                                                                                                                           | hodnotit kvalitu poskytované ošetrovateľské péče                                                                                                                                                                                                                      |
| podieľa sa na tvorbe štandardov v ošetrovateľstve a v ošetrovateľskej starostlivosti                                                                                                                                                              | připravovat standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti                                                                                                                                                                                             |
| organizuje a zabezpečuje plnenie intervencií v poradí, ktoré zodpovedá potrebám osoby a je v súlade s liečebným plánom určeným lekárom, ak osoba potrebuje lekársku starostlivosť                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| podporuje presadzovanie a obhajovanie potrieb a práv osoby                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| zabezpečuje a vykonáva činnosti súvisiace s prijatím, prepustením, preložením a úmrtím osoby                                                                                                                                                      | zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů, provádět psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta                            |
| vedie ošetrovateľskú dokumentáciu, kontroluje a analyzuje záznamy v ošetrovateľskej dokumentácii; na základe ošetrovateľskej dokumentácie vykazuje činnosti pre potreby zdravotných poisťovní a štatistiky                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| používa posudzovacie stupnice v ošetrovateľstve                                                                                                                                                                                                   | použití měřících technik používaných v ošetrovateľské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy)                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| zabezpečuje poskytovanie kontinuálnej ošetrovateľskej starostlivosti osobe po prepustení z ústavnej zdravotnej starostlivosti do domácej ošetrovateľskej starostlivosti                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť v domácom prostredí a v inom prirodzenom sociálnom prostredí osoby                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| odporúča zdravotnú starostlivosť a spoluprácu s inými fyzickými osobami a právnickými osobami v prípade potreby                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| edukuje osobu, rodinu alebo komunitu o ošetrovateľskej starostlivosti s dôrazom na sebestačnosť                                                                                                                                                         | edukovať pacienty, prípadne jiné osoby v ošetrovateľských postupech a pripravovať pro ne informační materiály                                                                                                                                                                                                                                   |
| poskytuje informácie súvisiace s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v potrebnom rozsahu osobe, rodine alebo komunite                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| uskutočňuje ošetrovateľský výskum, monitoruje požiadavky na výskum v ošetrovateľskej praxi, realizuje ho a jeho výsledky využíva v ošetrovateľskej praxi                                                                                                | provádět ošetrovateľský výzkum, zejména identifikovat oblasti výzkumné činnosti, realizovat výzkumnou činnost a vytvářet podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru                                                                                                                        |
| podieľa sa na praktickom vyučovaní v študijnom odbore ošetrovateľstvo                                                                                                                                                                                   | vést specializační vzdělávání v oboru své specializace                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| riadi a koordinuje prácu členov ošetrovateľského tímu, najmä zdravotníckeho asistenta a sanitára, a zabezpečuje dodržiavanie príslušných hygienických predpisov                                                                                         | koordinovat práci členů ošetrovateľského týmu v oblasti své specializace                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| spolupracuje s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| podieľa sa na ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| zabezpečuje hygienu prostredia vrátane dezinfekcie a sterilizácie zdravotníckych pomôcok, prístrojov, nástrojov a zariadení používaných pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti a podľa stupňa náročnosti dezinfekciu a sterilizáciu aj vykonáva | přijímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu                                                                                                                                                                                   |
| zabezpečuje dodržiavanie bezpečného prostredia osoby a ochranu jej intimity pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| odporúča používanie voľnopredajných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| meria, sleduje a interpretuje zistené numerické a klinické údaje fyziologických funkcií a vitálnych funkcií osoby v rozsahu nevyhnutnom na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti                                                                  | sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry                                                                                                                                                                                       |
| orientačne vyšetruje zrakovú ostrosť pomocou optotypov a ostrosť sluchu                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| vykonáva ošetrovateľskú rehabilitáciu a podieľa sa na prevencii porúch z imobility                                                                                                                                                                      | provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z mobility<br>i) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti |
| hodnotí a ošetruje poruchy celistvosti kože a slizníc                                                                                                                                                                                                   | hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy                                                                                                                                                                                                                           |
| aplikuje zábalý a obklady                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| odsáva sekréty z dýchacích ciest                                                                                                                                                                                                                        | provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťovat jejich průchodnost                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ošetruje drény, periférne katétre a centrálné katétre, epidurálne katétre, permanentné močové katétre, kanyly a stómie                                                                                                                                  | hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy                                                                                                                                                                                                                           |
| samostatne poskytuje aj ošetrovateľskú starostlivosť deťom                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                      |                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| vrátane novorodencov |                                                                                                                                                                                                     |
|                      | pozorovať, hodnotiť a zaznamenávať stav pacienta                                                                                                                                                    |
|                      | zajišťovať herné aktivity detí                                                                                                                                                                      |
|                      | zajišťovať a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky)                                          |
|                      | orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních |
|                      | přijímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, včetně návykových látek, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu                                                                 |

Tab. 2 Rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne na základe indikácie lekára

| Rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne na základe indikácie lekára                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| pripravuje osobu na diagnostické výkony a terapeutické výkony a poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť počas týchto výkonov a po ich skončení                                      | Všeobecná sestra môže vykonávať bez odborného dohľadu na základe indikácie lekára činnosti pri poskytovaní preventívnej, diagnostickej, liečebnej, rehabilitačnej, neodkladnej a dispenzárskej starostlivosti. Prítom zejména pripravuje pacienty k diagnostickým a liečebným postupom, na základe indikácie lekára je provádět nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovateľskou péči při těchto výkonech a po nich. |
| meria fyziologické funkcie a vitálne funkcie                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| odoberá biologický materiál                                                                                                                                                        | provádět screeningová a depistážní vyšetření, odebrat biologický materiál a orientačně hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| preväzuje a ošetruje rany s výnimkou rán, ktoré svojím priebehom hojenia vyžadujú zásah lekára                                                                                     | provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drenů                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| zavádza žalúdočné sondy a dvanástnikové sondy, permanentné močové katetre u žien a rektálne rúrky                                                                                  | provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečovat o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře                                                                                                                                                                                                                                                            |
| aplikuje kyslíkovú liečbu, enterálnu výživu, klystíry, liečivé kúpele                                                                                                              | zavádět a udržovat kyslíkovou terapii                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| vykonáva kontinuálnu abdominálnu peritoneálnu dialýzu                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| podáva lieky všetkými dostupnými formami; intravenózne aplikovať lieky a parenterálnu výživu môže podávať na základe písomného poverenia lekára, ktorého vzor je uvedený v prílohe | podávat léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak                                                                                                                                                                                                                                                            |
| vykonáva funkčnú diagnostiku                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                    | provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět nazogastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečovat o ně a aplikovat výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                    | provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

Tab. 3 Rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou v spolupráci s lekárom / Pod odborným dohľadom lekára

| Rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou v spolupráci s lekárom                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Pod odborným dohľadom lekára                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sestra vykonáva aj ošetrovateľské výkony, ktoré súvisia s diagnostickými výkonmi a liečebnými výkonmi, ktoré uskutočňuje lekár pri<br>a) zavádzaní epidurálneho katétra, močového katétra u detí a mužov,<br>b) chirurgických výkonoch,<br>c) endoskopických vyšetreniach,<br>d) invazívnych výkonoch a neinvazívnych výkonoch,<br>e) podávaní kontrastných látok intravenóznou formou, | Všeobecná sestra pod odborným dohľadom lekára môže<br>a) aplikovať nitrožilne krevní deriváty,<br>b) asistovať při zahájení aplikace transfuzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji. |

|                                                            |  |
|------------------------------------------------------------|--|
| f) podávaní transfúzných liekov a transfúzných prípravkov. |  |
|------------------------------------------------------------|--|

Tab. 4 Činnosti sestier so špecializovanou spôsobilosťou v ČR

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| § 55 Sestra pro intenzivní péči | Bez odborného dohľadu a bez indikace lékaře:<br>analyzovat křivku elektrokardiogramu<br>zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest a<br>s použitím dostupného technického vybavení, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem<br>po provedení záznamu elektrokardiogramu,                                                                           |
|                                 | Bez odborného dohľadu na základě indikace lékaře:<br>provádět měření a analýzu fyziologických funkcí pacienta specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,<br>provádět katetrizaci močového měchýře mužů,<br>provádět punkci artérií k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku s výjimkou arterie femoralis. |
|                                 | Pod odborným dohledem lékaře:<br>aplikovat transfúzní přípravky a přetlakové objemové náhrady,<br>provádět extubaci tracheální kanyly,<br>provádět externí kardiostimulaci.                                                                                                                                                                                                                |

## ZÁVER

Nadobudnutím účinnosti vyhlášok sme sa posunuli výrazne dopredu k dosiahnutiu cieľa, aby bola profesia sestry autonómna, pretože ešte stále v niektorých zdravotníckych zariadeniach pretrvávajú dominantné postavenie lekárov vo vzťahu k sestrám i k celému ošetrovateľskému procesu. Ak si budú sestry uplatňovať svoje práva a nebudú prijímať submisívne postavenie, budú plne zodpovedné za svoje konanie, vyrieši sa tým v praxi mnoho problémov. Rozsah ošetrovateľskej praxe, ktoré vyhlášky regulujú, chráni profesionálnu spôsobilosť sestry a chráni aj pacientov kontrolou výkonu ošetrovateľských činností, pretože určila sestrám hranicu, aby sa nedostali do rozporu so zákonom.

Kapitálom sestier je ich vzdelanie a ďalšie vzdelávanie. Sestry sa naučili pracovať v procese zmien a akceptovať ich, vedia naformulovať svoje požiadavky a argumentovať overenými údajmi. V spoločnosti čoraz viac narastá význam ošetrovateľstva najmä v súvislosti s nepriaznivým demografickým vývojom a starnutím populácie. Napriek nepochybným pozitívnym legislatívnym zmenám a kvalitnej príprave sestier na výkon zdravotníckeho povolania pretrvávajú a zvyšuje sa problém s nedostatkom sestier v praxi vzhľadom na ich odchod do členských štátov EÚ z finančných dôvodov, prácu v náročných podmienkach a pracovnú vyťaženosť. Sestry odišli do iných profesií a odvetví, a preto ak chceme udržať funkčnosť systému, je potrebné upraviť okrem platových a pracovných podmienok najmä rozsah ošetrovateľskej praxe.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

HULKOVÁ V. 2009. Reforma zdravotníctva a jej implementácia do ošetrovateľstva v Slovenskej republike. *Dizertačná práca*. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety. Bratislava. 2009. 212 s. a 1 príloha.

Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.

Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 sb. o činnosti zdravotníckych pracovníkov a jiných odborných pracovníků

## **Kontakt**

PhDr. Viera Hulková, PhD.

VŠ sv. Alžbety Bratislava,  
detašované pracoviisko Příbram, ČR

Email: [hulkova@vszsp.cz](mailto:hulkova@vszsp.cz)

# Klinické skúsenosti 3D tlače

Šramka M.<sup>1</sup>, Ružický E.<sup>2</sup>, Furdová A.<sup>3</sup>, Belan V.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Klinika stereotaktickej rádiochirurgie, OÚSA a VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava

<sup>2</sup>Fakulta informatiky PEVŠ, Bratislava

<sup>3</sup>Klinika oftalmológie LF UK a UN Ružinov, Bratislava

<sup>4</sup>DrMagnet, Bratislava

Úvod: Technológia 3D tlače pomáha pri výrobe protéz, kompenzačných pomôcok, výrobe audiofonov, protéz nosa, uší, očí, zubov, rekonštrukcií prsníkov, kostených náhrad. 3D tlač bunkami – bioprinting pri liečbe poranení kože a regeneratívnej medicíne, kedy kmeňové bunky pacienta tvoria náplň tlačiarne.

Metódy a výsledky: 3D tlač sme využili v neuroonkológii pri plánovaní rádiochirurgického výkonu. Tvar a ohraničenie nádoru virtuálnym modelom 3D tlač zvyšuje presnosť terapeutickú dávku a najnižšej dávky do rizikových štruktúr. 3D tlač pomáha určiť ktorá modalita ožarovania je pre pacienta najvhodnejšia, či liečba rádioterapiou, alebo rádiochirurgická LINACOM, Gamma nožom, Cyberknife alebo protónmi, aby bola zachovaná najvyššia kvalita život po zákroku.

Prispieva k lepšiemu pochopeniu lokalizácie a progresie nádorov v porovnaní s 2D zobrazením, pomáha pri pregraduálnej a postgraduálnej výchove. V spolupráci s Klinikou Oftalmológie LF UK v Bratislave pri rádiochirurgických operáciách melanómov oka sme vytvorili súbor fyzických 3D modelov oka v rámci postgraduálnej výučby lekárov a študentov medicíny. V rehabilitácii a fyziatrii pripravujeme model na liečebný postup pri bolesti ramenného kĺbu a diferenciácii pôvodu bolesti ramenného kĺbu porovnaním 3D tlač ramenného kĺbu a C chrbtice pre cieľnú rehabilitáciu.

Záver: 3D tlač sme využili v neuroonkológii pri plánovaní rádiochirurgického výkonu. Pomocou virtuálneho modelu 3D tlač sme zvýšili presnosť terapeutickú dávku a výpočet najnižšej dávky do rizikových štruktúr. 3D tlač pomáha určiť, ktorá modalita ožarovania je optimálna. Pri operáciách melanómov oka sme vytvorili súbor fyzických 3D modelov oka. 3D tlač umožňuje cieľnú rehabilitáciu.

**Kľúčová slova:** 3D tlač, virtuálne a fyzické modely, neuroonkológia, nádory oka, rehabilitácia

•

## ÚVOD

V 80. rokoch minulého storočia Charles Hull vynášiel 3D tlač nazývanú aj „stereolitografia“. Tento systém využíva formát „stl“ na interpretáciu dát v CAD (ComputerAidedDesign) súboroch a umožňuje ich elektronicky preniesť na 3D tlačiarne. Spolu s informáciou o tvare môže zahŕňať údaje o farbe, textúre a hrúbke tlačeného objektu.

Od začiatku nášho tisícročia 3D tlač je aplikovaná v medicíne na vytvorenie dentálnych implantátov a individualizovaných protéz. V posledných rokoch 3D tlač sa uplatňuje v klinickej praxi ale aj v pregraduálnej aj postgraduálnej výchove [1, 6, 7, 8].

Pri plánovaní rádiochirurgickej operácie je rozhodujúca presnosť určenia cieľového ložiska a ohraničenie rizikových štruktúr. Tvar nádoru, jeho ohraničenie a lokalizáciu pred zákrokom, je možné zobraziť pomocou 3D tlač, ktorá pomáha pri rozhodovaní. Týmto spôsobom je modalita ožarovania pre pacienta najbezpečnejšia, či je to rádioterapia, alebo liečba LINAC-om, gama nožom (Leksellov gama nôž), Cyberknife alebo protónovým žiarením. [4, 6]

Výsledok 3D tlač sa líši od technológie tlače materiálu z ktorého sa tlačí, ale aj od tlačiarne (napr. rýchlosť a rozlíšenie tlačiarne). Tieto technológie sú schopné vytvárať zadané predlohy pre virtuálne modely objektov vymodelovaním potrebných tvarov a štruktúr. Systém 3D tlačiarne vytvára základ objektu, pohybom hlavy tlačiarne a nanášaním materiálu v x-y rovine, a postupne vytvára vrstvy tlačeného objektu vertikálne pre os z.

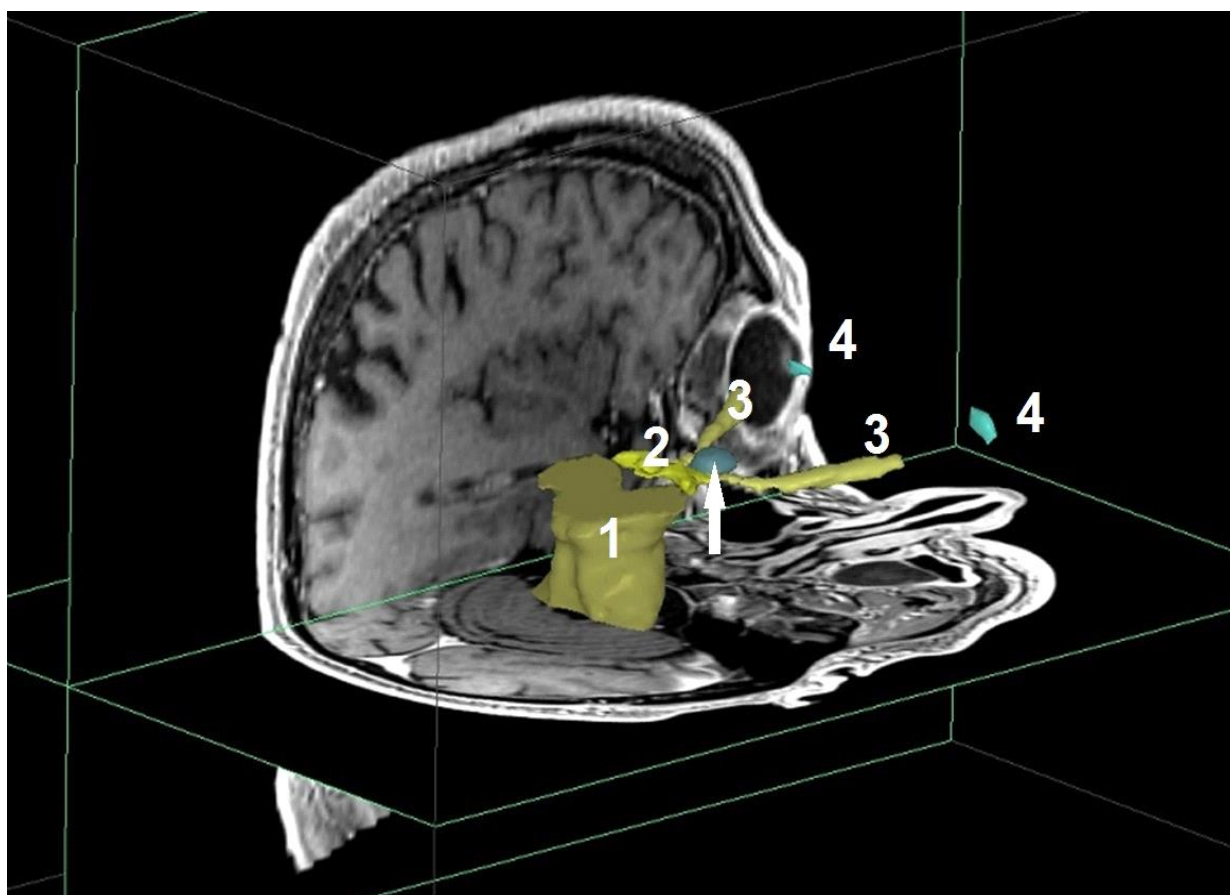
3D tlač využíva výstupy z rôznych vrstiev 2D zobrazovacích metód ako sú RTG, počítačová tomografia (CT), magnetická rezonancia (MRI). CT a MRI obrazy rezov tela sa pretransformujú do 3D modelov so zobrazením anatomických štruktúr. Takto sa vytvorí 3D objekt podľa virtuálnej predlohy. [4]

## MATERIÁL A METÓDY

Plánovanie stereotaktickej rádiochirurgickej operácie sme robili pomocou CT a MRI rezov 2D obrazov. Tieto virtuálne spojené rezy z fúzií CT a MRI obrazov sme preniesli do plánovacieho programového systému, čo umožnilo lepšie definovanie okrajov a objemu cieľovej štruktúry (nádoru) a určiť potrebné anatomické štruktúry. Odlíšenie tumoru od zdravého tkaniva, hlavne kritických štruktúr, sa robí z dôvodov chránenia kritických štruktúr neprekročením limitných dávok žiarenia.

Kritické rizikové štruktúry, ako šošovky, zrakové nervy, chiasma opticum, mozgový kmeň, hypofýza, sú zakreslené do plánovacieho programu. Zakreslenie kože slúži pre výpočet penetračnej hĺbky pre lúč. Subjektivita manuálneho zakresľovania, ktorú robí neurochirurg pomocou 3D modelu, pomáha pri vizualizácii a optimalizácii liečby. Presnosť zakreslenia cieľovej štruktúry a kritických štruktúr v reálnom priestore sa zvyšuje pomocou plánovacieho programu.

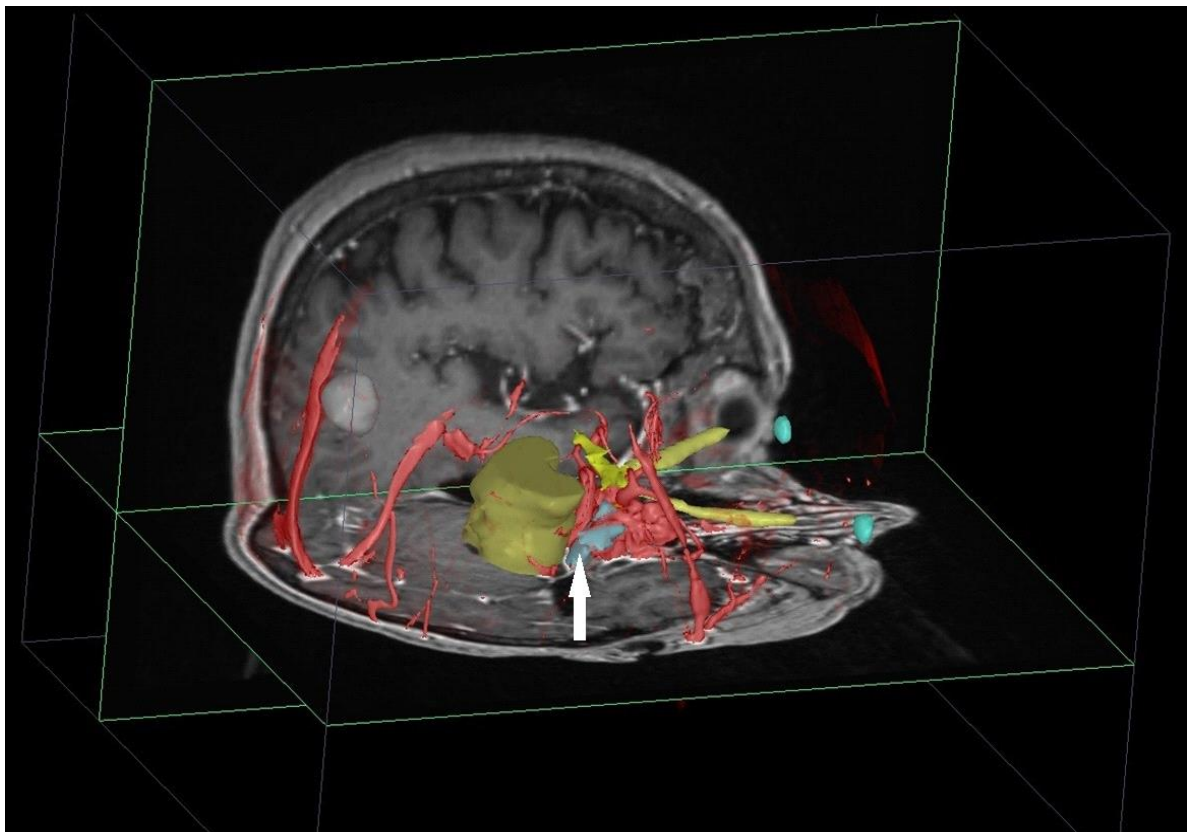
Segmentáciu dát sme použili v plánovacom programe TomoCon pre lepšie zobrazenie 3D objektov a 3D tlač. Takýmto spôsobom sme vytvorili 3D virtuálny model objektov ako je tumor aj s viditeľnými anatomickými štruktúrami mozgu pre tlač. Následne sme využili softvér TomoCon od firmy TatraMed pre 3D tlač potrebných štruktúr. Tento postup 3D modelu štruktúr a 3D tlače sme aplikovali pre pacienta s nádorom zrakového nervu a u s dvomi tumormi, jedným ležiacim v blízkosti splanu a druhým v blízkosti ciev, ale v bezpečnej vzdialenosti od zrakových štruktúr (meningeóm).



Obr. 1 Zobrazenie formou 3D nálezu meningeómu na zrakovom nerve – šípka označuje nádorové ložisko, ktoré leží priamo na zrakových nervoch. Rizikové štruktúry sú označené číslami: 1. mozgový kmeň, 2. optická chiasma, 3. zrakové nervy, 4. šošovky.

Pred indikáciou stereotaktickej rádiochirurgickej liečby sme urobili 3D model pacienta so zobrazením nádoru a kritických štruktúr (Obr.1). Nádor leží priamo na zrakovom nerve. Pretože stereotaktická radiochirurgická operácia by poškodila zrak pacienta, rozhodli sme sa pre frakcionovanú stereotaktickú rádioterapiu gama nožom .

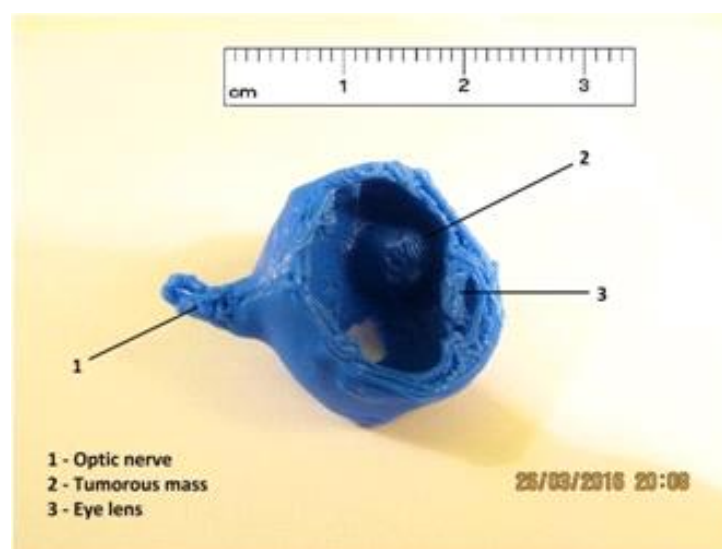




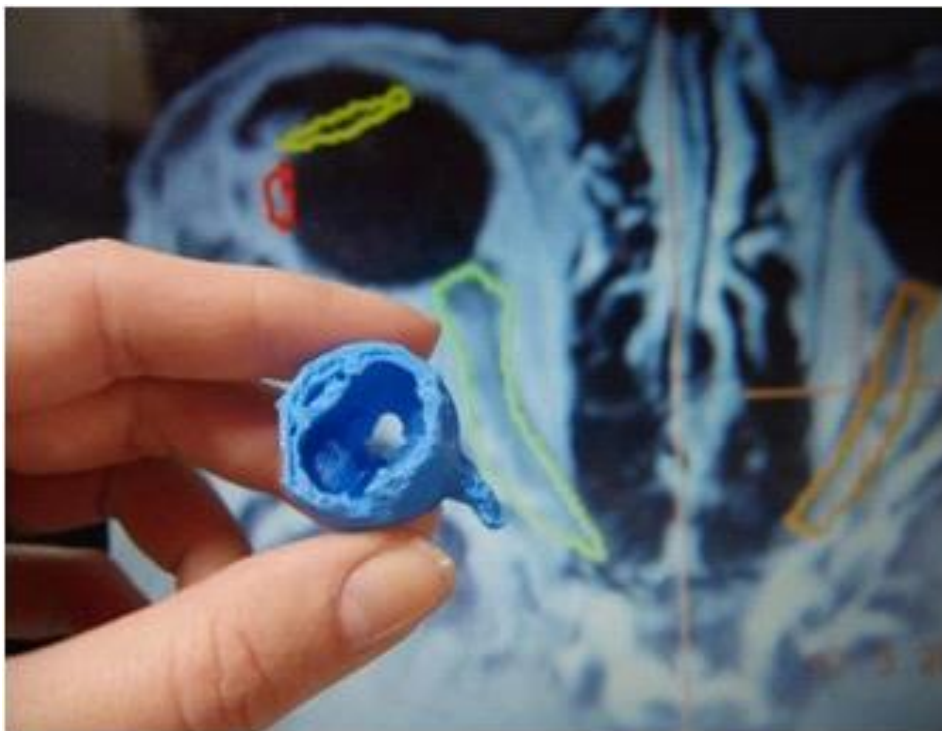
Obr. 2 Zobrazenie formou 3D nálezu meningeómu blízko splavu a ciev – u tohoto pacienta sú dva nádory, jeden vzadu okcipitálne, nalieha (dotýka sa) na okcipitálny splav. Nádor je bledomodrý, označený šípkou. Druhý nádor je v spleti ciev vo foramen juguláre pod zrakovým nervom, niekoľko milimetrov pod ním, tiež rovnakej farby. Rádiochirurg musí chrániť pri zákroku rizikové štruktúry - šošovky, optickú chiazmu, mozgový kmeň a cievny vo foramen jugulare [1].

U pacienta s dvomi tumormi, jedným ležiacim v blízkosti splavu a druhým blízkosti ciev, ale v bezpečnej vzdialenosti od zrakových štruktúr, sme sa rozhodli pre stereotaktickú radiochirurgickú operáciu (obr. 2), ktorú pacient absolvoval úspešne v jednom sedení, bez poškodenia kritických štruktúr.

V spolupráci s Klinikou Oftalmológie LF UK v Bratislave pri stereotaktických rádiochirurgických operáciách melanómov oka sme pomocou 3D tlačí vytvorili súbor fyzických modelov oka (obr. 3,4) v rámci postgraduálnej výučby lekárov a študentov medicíny.[4]



Obr. 3 3D model oka s melanomom cievnatky stredného stupňa štádium T2



Obr. 4 3D model oka s melanomom so stereotaktickým plánovacím systémom na pozadí

V rehabilitácii a fyziatrii 3D tlač vytvára model na liečebný postup pri bolesti ramenného kĺbu a diferenciácii pôvodu bolesti ramenného kĺbu porovnaním 3D tlačie ramenného kĺbu a C chrbtice pre cieleňú rehabilitáciu.

## DISKUSIA

V súčasnej dobe modely pomocou 3D tlačie v medicíne sú vytvárané na klinických pracoviskách, napr. kardiochirurgia, stomatochirurgia, oftalmológia, ortopédia a iné [1, 8]. Môžu výrazne, ako diagnostický alebo terapeutický objekt, zasiahnuť do procesu manažmentu liečby pacienta a výučby študentov.

3D zobrazenie tumorov s viditeľnými anatomickými štruktúrami mozgu pomáha pri rozhodovaní o najlepšej modalite terapie. Pri stereotaktickej rádiochirurgickej liečbe, pri tvorbe plánu priestorové usporiadanie, tvar nádoru, vzťahy s kritickými štruktúrami, zabezpečuje optimálnu stratégiu liečby pre zachovanie najvyššej kvality života po ožiarení.

V stereotaktickej rádiochirurgii pomáha 3D tlač v rozhodovaní, ktorá modalita ožarovania je pre pacienta najoptimálnejšia, či liečba LINACom, gama nožom, Cyberknife alebo protónová terapia, aby sme zachovali čo najvyššiu kvalitu života pacienta po zákroku [3]. Možnosť vidieť 3D štruktúru hlavy s nádorovým procesom je prínosom pre celý tím, ktorý vytvára rádiochirurgický plán (klinický fyzik, stereotaktický rádiochirurg, rádioterapeut, oftalmológ a radiológ) a prispieva k lepšiemu pochopeniu lokalizácie a progresie nádorov hlavy v porovnaní s vytváraním predstavy priestorového usporiadania pomocou 2D zobrazenia a modely vytvorené 3D tlačou pomáhajú pri zlepšení predstavy operátora o nádore ako aj pri konkrétnom plánovacom procese.

Optimalizácia liečby každého pacienta je cieľom v zdravotníctve. S tým súvisiace rozhodnutia musia mať v budúcnosti už nie viac charakter experimentov, ale správnych rozhodnutí. K tomu cieľu má pomôcť aj nový fenomén Big Data analytika, ktorá aktívnym používaním veľkého množstva dát mení spôsob, akým sa uskutočňujú rozhodnutia. Zároveň bude transformovať kompletný ekosystém zdravotníctva, a to realizovaním nákladovo efektívnych meraní, výberom lepších zdrojov a použitím merateľnej hodnoty v celosvetovom ponímaní [2]. Predpokladá sa, že z hľadiska rýchlej analýzy rôznorodých dát súvisiacich aj so samotným spracovaním a vyhodnotením 3D zobrazení, napr. aj v príprave 3D tlačie, Big Data analytika predkreslí cieľové ložisko a ohraničí rizikové štruktúry na urýchlenie rozhodovacieho procesu pri plánovaní rádiochirurgického výkonu. Pri stereotaktických rádiochirurgických operáciách melanómov oka pomocou 3D tlačie sme vytvorili súbor fyzických modelov oka [1]. Využitie 3D tlačie sme rehabilitácii a fyziatrii sme v literatúre nenašli.

## ZÁVER

Možnosti 3D tlače sme využili v neuroonkológií za účelom rozhodovania, ktorá modalita ožarovania je pre pacienta najvhodnejšia, aby sme zachovali čo najvyššiu kvalitu života pacienta po zákroku.

Pri plánovaní rádiochirurgického výkonu je presnosť zakreslenia cieľového ložiska a ohraničenie rizikových štruktúr rozhodujúcou. Jeho tvar a ohraničenie sa nám podarilo úspešne zobrazit' pomocou 3D tlače, zvýšiť exaktnosť zameriavania terapeutick'ej dávky počas plánovania zákroku, ovplyvniť výpočet najnižšej dávky do rizikových štruktúr.

Pri stereotaktických rádiochirurgických operáciách melanómov oka pomocou 3D tlače sme vytvorili súbor fyzických modelov oka v rámci postgraduálnej výučby lekárov a študentov medicíny.

V rehabilitácii a fyziatrii 3D tlač vytvára model na liečebný postup pri bolesti ramenného kĺbu a diferenciácii pôvodu bolesti ramenného kĺbu porovnaním 3D tlače ramenného kĺbu a C chrčtice pre ciele'nú rehabilitáciu

3D tlač prispieva k lepšiemu pochopeniu lokalizácie a progresie ochorenia s vytváraním predstavy priestorového usporiadania pomocou pravidelných 2D rezov, ktoré napomáhajú pri pregraduálnej a postgraduálnej výchove.

## LITERATÚRA

FURDOVÁ A, FURDOVÁ AD, THURZO A, ŠRAMKA M, CHORVÁTH M, KRÁLIK G. Možnosti 3D tlače v oftalmológii – prvé skúsenosti pri plánovaní stereotaktického rádiochirurgického zákroku u vnútroočného nádoru. *Čes a Slov. Oftal.* 2016; 72(3):80-83, ISSN 1211-9059

RANJAN J. Big Data Applications in Health care. In Big Data: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications. IGI Global. 2016. Chapter 56

ŠRAMKA M, RUŽICKÝ E, CHORVÁTH M, FURDOVÁ A, KRÁLIK G, KAJAN J, MAZAN P. 3D model stereotaktických rádiochirurgických operácií hlavy. VIII. Sympóziu' neuroológov a neurochirurgov na Zemplínskej Šírave, 2 a 3 júna 2016

SCHUBERT C, VAN LANGEVELD MC, DONOSO LA. Innovations in 3D printing: a 3D overview from optics to organs. *Br J Ophthalmol.* 2014; 98(2):159-61

TOKUUYE K, AKINE Y, SUMI M, KAGAMI Y, IKEDA H, KANEKO A. Fractionated stereotactic radiotherapy for choroidal melanomas. *Radiother Oncol.* 1997; 43(1):87-91. ISSN 0167-8140

TSE D. 3D printed facial prosthesis offers new hope for eye cancer patients following surgery. American Academy of Ophthalmology. 2014; Dostupné na internete [cit. 20.8.2016]: <http://www.3ders.org/articles/20141021-3d-printed-facial-prosthesis-offers-new-hope-for-eye-cancer-patients-following-surgery.html>

VALVERDE I, GOMEZ G, SUAREZ-MEJIAS C, HOSSEINPOUR AR, HAZEKAMP M, ROEST A, VAZQUEZ-JIMENEZ JF, EL-RASSI I, URIBE S, GOMEZ-CIA T. 3D printed cardiovascular models for surgical planning in complex congenital heart diseases. *Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance.* 2015; 17(1):196. ISSN 1532-429X

VENTOLA CL. Medical Applications for 3D Printing: Current and Projected Uses. P T. 2014; 39(10):704–711. ISSN 1052-1372

## Kontakt

Prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc.

Klinika stereotaktickej rádiochirurgie,  
OÚSA a VŠ ZaSP sv. Alžbety, n.o.,

Heydukova 10,  
812 50 Bratislava

e- mail:msramka@ousa.sk

# Mají sestry znalosti o specifikách neverbální komunikace vybraných kulturních etnik?

Stárková Blanka

*Krajská nemocnice Liberec a.s.*

Základem při poskytování kulturně ohleduplné ošetrovatelské péče je porozumění pacientovým potřebám a požadavkům. Uspokojení bio – psycho – socio – spirituálních potřeb, tedy holistický pohled na člověka by měl být nezávislý na jeho etnickém a kulturním původu. Je zřejmé, že jazyková bariéra je ještě stále příliš vysoká. V praxi není možné, aby všechna nemocniční oddělení měla k dispozici tlumočníka. Proto se chceme věnovat další možné formě dorozumívání a to neverbální komunikaci. Cílem průzkumu bylo specifikovat neverbální komunikaci u romského, ukrajinského, vietnamského a arabského etnika a zjistit jaké vědomosti mají sestry o vybraných etnikách. Náš průzkum jsme realizovali metodou standardizovaného strukturovaného rozhovoru se záměrným výběrem respondentů. Průzkumný vzorek tvořilo 30 sester. Polovina sester měla středoškolské vzdělání a druhá polovina vysokoškolské vzdělání z různých krajů ČR a z různých oddělení. Výsledek průzkumu dokázal, že sestry s vysokoškolským vzděláním mají lepší znalosti o neverbální komunikaci vybraných etnik, než sestry se středoškolským vzděláním, ale i tak mají obrovské deficity v této problematice. Zjištěné výsledky jsme porovnávali s výsledky ostatních průzkumů a studií. V praxi bychom doporučili posílit vzdělávání sester v oblasti neverbální komunikace s pacienty rozličných kultur. Výstupem práce bylo vytvoření manuálu pro sestry, který jim poskytuje pomoc v rychlé orientaci při péči s vybranými kulturními etniky a specifikací jejich odlišností v neverbální komunikaci.

**Klíčová slova:** Etnikum. Nonverbální komunikace. Ošetrovatelská péče. Pacient. Příslušník etnika. Sestra.

•

## Úvod

Vzhledem k tomu, že z verbální komunikace je vnímání podnětů a informací od druhého člověka pouze v sedmi procentech, je logické, že řeč lidského těla - nonverbální komunikace, je podstatně přínosnější. Pochopení nonverbálních signálů jiných etnik by mohlo být pozitivním přínosem při poskytování kulturně ohleduplné péče. V dávné minulosti používali naši předci nonverbální komunikaci, skřeky, gesta, pohyby těla, jako zdroj předávání poznatků. K tomu, aby se z těchto nonverbálních technik vyvinula řeč, bylo potřeba mnoho staletí, než si tehdejší lidé vytvořili podle jednotlivých kmenů systémy vlastního jazyka a slovní zásobu, kterou používali pro věci denní potřeby. V našem podvědomí ale zůstávají nonverbální gesta, která jsme používali od dětství. Mluvená řeč je umělá, postupně se jí člověk učí od mala a oproti nonverbální komunikaci dokáže potřeby nebo požadavky vyjádřit rychleji, přesněji nebo důrazněji. Nonverbální komunikaci můžeme rozdělit do 9 oblastí: proxemika, kinezika, haptika, posturologie, gestika, mimika, vizika, paralingvistika – síla, výška, tón hlasu, vizáž, chronemika. Nonverbální komunikace hraje důležitou roli ve zprostředkování vzkazů a ty se mohou v rámci různých kultur značně odlišovat. Porozumění těmto komunikačním gestům a jejich významu je pro sestru důležité, aby získala a ovládala kulturní kompetence (Špaténková, Králová, 2009). Ačkoliv je nepravděpodobné, že budou ovládat hodně jazyků, porozumění významu určitých nonverbálních signálů používaných v jiných kulturách by mohlo být přínosem při poskytování kulturně kompetentní ošetrovatelské péče. Lidé si myslí, že nejdůležitější při komunikaci je mluvená řeč. Ale vzhledem k tomu, že z rozhovoru získáváme pouze sedm procent informací, je to omyl. Nejvíce získáváme z řeči lidského těla a samozřejmě se na celém procesu podílejí i jiné smyslové orgány. Ale nemůžeme nonverbální a verbální projevy paušalizovat. Kristová (2009, s. 23) v knize Komunikace v ošetrovatelství popisuje, že nejčastější chybou při vnímání a následné analýze řeči lidského těla se nelze opírat pouze o dílčí neverbální projevy, ale každý pohyb či poloha jakékoliv části těla má svoji hodnotu slova a gramatiku, ale pouze ucelený soubor projevů těla vypovídá pravdu o tom co, se za slovy skrývá.

## Specifika neverbální komunikace ukrajinského etnika

Neverbální komunikace Ukrajinců se od české příliš neliší. Specifika, ale i zde přirozeně existují. Velký důraz kladou muži na svou důstojnost, projevy úcty vůči své osobě. Mužští členové skupiny hlídají důstojné hierarchické postavení v rámci celého seskupení. Ukrajinci jako pacienti jsou velice ukáznění a nemají žádné zvláštní nároky. Pacienti jsou mile

překvapení, jaká péče a v jakém rozsahu je jim v nemocnici poskytnuta. Jsou maximálně přizpůsobiví a nenároční na péči o ně. Dokáží pochopit režimové požadavky oddělení a přizpůsobit se jim. Zklamání vyjadřují přikrýváním očí rukou, drží se za hlavu nebo křičí a sklánějí hlavu. Moment překvapení je vyjádřen zvednutým obočím, někdy provázené mírným výkřikem. Při dodržování proxemické vzdálenosti platí, že při prvním setkání udržují Ukrajinci střední odstup. Dotek je u Ukrajinců považován za přípustný, rovněž i fyzický kontakt. Dotekem společnickova ramene nebo ruky se projevuje náklonnost. Při kontaktu s pacientem je tedy důležité se představit a podat mu ruku. I když při setkání dle kulturních zvyklostí si podávají ruce jen muži. Tím vyjadřují projev úcty, proto je důležité podání ruky všem, se kterými se dotyčný Ukrajinec zná. Ženy ovšem může během pozdravu ignorovat. Za velmi nezdvořilé pokládají ukazovat na člověka prstem. Pokud chtějí na něco poukázat, ukázat, používají celou ruku. Na gestikulaci využívají pravou rukou, druhá ruka gestikuluje minimálně, neopakuje pohyby pravé. Dále velmi hojně využívají pro vyjádření souhlasu či nesouhlasu kývnutí hlavy, a to opakovaně (Bittnerová, 2010). Při vzájemné interakci udržují přímý oční kontakt, neudržení kontaktu je považováno za projev nečestnosti. Jestliže oční kontakt trvá méně než třetinu hovoru, snaží se Ukrajinec zatajit informaci nebo lže. Oční spojení je u ukrajinského etnika znakem důvěry a vážnosti. V péči o ukrajinského pacienta by tedy neměla mít sestra problém se zrakovým kontaktem. V naší kultuře je považován přímý pohled do očí také za projev slušnosti. Na zevnějšku Ukrajincům dost záleží, ženy chodí upravené, povětšinou hodně nalíčené, mají rády výrazné barvy. Při neverbální komunikaci někteří Ukrajinci shledávají nedostatky ze strany sesterského přístupu k nim, například nedostatečný oční kontakt, nepříjemnou mimiku obličeje a hovor za chůze, zvýšení hlasu. Považují to za projev neúcty, nezájmu a nedostatku času.

### **Specifika neverbální komunikace romského etnika**

V porovnání s majoritní společností České republiky mají Romové odlišný styl komunikace. Ten vzniká na základě hodnot, zvyků a tradic vlastních Romům. Komunikace Romů se odlišuje ve více oblastech. Jistě nejvýraznější odlišností je schopnost Romů v obrovské míře vnímat a využívat neverbální komunikaci. Odhaduje se, že touto cestou získávají více než 95 procent informací. Umějí perfektně číst z řeči očí a pohledů. Pokud nastává mezi verbálním a neverbálním sdělením nesoulad, začnou být nejistí a k druhému člověku ztrácejí důvěru. Následně mohou ztratit chuť dále komunikovat, nebo komunikaci převedou do takové úrovně, aby nabyli svou ztracenou důvěru. Nejspíše tedy začnou komunikovat útočně (Bittnerová, 2013). Emoce u romské populace mají své zvláštní místo a postavení. Můžeme pozorovat velmi živou gestikulaci, rozhazování rukama. Své pocity dávají Romové plně najevo, bez rozdílu zda jde o pocity pozitivní či negativní. Nespoutaný projev emocí Romů u druhých může navodit pocit nejistoty či nepochopení. Což může být při ošetřování velký problém. Další z charakteristik komunikace Romů je zveličování. To můžeme považovat za jeden z romských způsobů komunikace v interkulturním prostředí. Například romské ženy jako pacientky bývají velmi emotivní, hlasitě sténají. Romové pociťují značný strach z bolesti a ze smrti, i když jejich zdravotní stav není vážný. Přímý pohled do očí romského muže může být vykládán jako sexuální výzva, proto se sestrám doporučuje tomu to pohledu vyhýbat. Tělesná blízkost, doteky nejsou v romské komunitě projevem osobního, blízkého vztahu, ale pouze projevem zvyku nebo potvrzením jistoty. Před vyšetřením je velmi důležité vysvětlit důvod prohlídky, kde a proč se budeme romského pacienta dotýkat. Nedodržování hranic osobního prostoru je další specifikum, které může být pro sestru velmi nepříjemné. Romové jsou zvyklí vstupovat do osobní zóny ostatních lidí. Dále nechápou plynutí času s aspekty historie, současnosti a budoucnosti. Žijí tady a teď. Neuvažují, co bude v budoucnosti, ani se neohlíží do minulosti. Pozdě vstávají a špatně se orientují podle hodin. Ošetřování romských pacientů bývá po psychické stránce pro zdravotníky velmi náročné (Hučín, 2008).

### **Specifika neverbální komunikace vietnamského etnika**

Sestry by se měly chovat s úctou, vážností, respektem, a pochopením. Vietnamci ctí pravidla slušného chování, jsou zvyklí být pokorní a nezpůsobovat problémy. Pokud Vietnamec kývne na souhlas, že slovům sestry rozumí, nemusí tomu tak být (Tóthová, 2010). Proto by si sestra měla zpětně ověřit, zda opravdu pacient porozuměl. Dalším odlišným neverbálním projevem odlišným od naší kultury je úsměv. V asijské kultuře je úsměv často výrazem nejistoty, omluvy, rozpaků, zmatků. Sestra si tento úsměv může špatně vysvětlovat, někdy až jako formu výsměchu ji samé. Objímání a doteky jsou mezi přáteli a známými zcela běžné. Ale intimita patří do soukromí, ne na veřejnost. Dotýkání se vlasů, hlavy je považováno za projev velké neúcty. Pro sestru je tak vytvořena řada překážek při vyšetření pacienta. Sestra respektuje intimitu. Před vyšetřením pacientovi oznámíme, ukážeme, kde se budeme pacienta dotýkat. Především vietnamské ženy jsou velice stydlivé, proto se snažíme zajistit na vyšetření soukromou místnost (Scholz et. al. 2008). Většina Asiátů upřednostňuje

vzdálenost při kontaktu delší než je délka paže (Hansen, 2010). Pojetí o prostoru jsou u Vietnamců hluboce zakořeněny. Pro tradiční příslušníky vietnamské kultury patří aktivity v intimní zóně do soukromí (Tóthová et al., 2007). To je velice důležitá informace při ošetrovatelské péči. Sestra respektuje intimitu. Zrakový kontakt, přímý pohled do očí je pro Vietnamce nezdvořilý a může vyjadřovat domýšlivost. Dalším specifikem je podávání ruky a předmětů. Pokud si někoho velmi váží nebo je osoba pro ně nějakým způsobem důležitá, projeví úctu tím, že při podání ruky ji podrží v dlaních obou rukou o chvíli déle. Předměty podají vážené osobě oběma rukama, podání jednou rukou je projev neúcty. Druhá osoba se přivolává tak že dlaň směřuje dolů a prsty se pohybuje k sobě. Dlaň otočená směrem nahoru znamená projev nadřazenosti. Projevem nadřazenosti může být i přeložená noha přes nohu (Tothová et. al., 2007). Rozčílení nad obsahem dialogu s druhou osobou dávají najevo zkříženými rukama na prsou. Naše vnímání vzhledu vietnamských jedinců se pro většinu z nás zužuje na názor, že všichni jsou stejní. Ale i my pro ně vypadáme jinak, divně – naše velké postavy, výrazné ochlupení (Tothová et. al., 2007). Komunikační styl Vietnamců a Čechů se liší, mnohdy tak, jako by fungoval opačně. S jeho znalostí a zkušeností ze situací, které se mohou přihodit při komunikaci jedinců z různých kultur, sestra může adekvátněji reagovat na dané situace.

### **Specifika neverbální komunikace arabského etnika**

Neverbální řeč hraje v arabském světě velmi významnou roli a pro sestry může být způsob jejího vyjadřování nesrozumitelný či přímo nepřijemný. Podání ruky trvá déle, mezi přáteli může stisk trvat i několik minut. Při loučení může být stisk delší než při uvítání. Pravá ruka položená na srdce či na oblast hrudníku (po pozdravu) vyjadřuje úctu a upřímnost. Přísně ortodoxní muslimové odmítají podat ruku lékaři, sestře opačného pohlaví. V tomto případě mají většinou založené ruce za zády. Ale jiní muslimové mohou podat ruku lékaři, sestře i opačného pohlaví zcela automaticky, protože jej vnímají jako osobu „neutrální“. Vizuální kontakt muslimského pacienta nebo pacientky s osobou opačného pohlaví je v islámské kultuře tabu. Zdravotník – muž pokud ošetřuje muslimskou pacientku tak v žádném případě nenavazuje oční kontakt, protože její doprovod (manžel) by mohl reagovat prudce. Jinak oční kontakt mezi muži bývá delší než v západních zemích. Arabové velmi a hojně gestikulují, některá gesta například zatáhnutí za spodní víčko znamená pochyby, mnutí ucha je chápáno jako výstraha a palec s ukazováčkem přiloženým k nosním dírkám vyjadřuje – jdi k čertu. Nejčastěji používané gesto je palec, ukazovák a prostředník, spojené bříšky k sobě a vztyčené nahoru spolu v mírně houpavém pohybu znamená moment, počkej nebo trpělivost. K obscénním gestům patří „ok“, kroužek vytvořený z palce a ukazováku. Urážlivým a hrubým gestem je ukazování na nějakou osobu. (Khidayer, 2011). Souhlas bývá vyjádřen pohybem hlavy do stran. Svůj prostor vnímají odlišně než Evropané. Nevhodné je chytit druhého za rameno, abychom se mu přiblížili, protože navozuje dojem podmanění si dotyčné osoby (Khidayer, 2011). Nakládání s časem je pro Araby velmi typické, není důležitý tolik čas jako načasování. Důležitá není hodina, ale příležitost. Proto Arabové při setkání začínají nejprve rozhovorem týkající se rodiny a zdraví. Dále je charakteristická nechuť k dodržování termínů, pokud je na ně vyvíjen nátlak, tak se vše ještě zpomalí (Krchová, 2015). Pro plánovaný pobyt v nemocnici či dostavení se na vyšetření na určitou hodinu je dodržení času problém. Zdravotnický personál by se i přes nedodržení termínu měl chovat korektně a respektovat tuto zvláštnost. Arabská kultura je od naší opravdu velmi rozdílná, část neverbální komunikace je spojena s islámem a tou vírou je velmi ovlivněna. Patří k nim používání levé ruky, ta je nečistá a nepřísluší se s ní jíst ani předávat dary druhým. Vzhledem k nepřípustnosti tělesného kontaktu mezi cizími muži a ženami jsou v islámské kultuře problematická rovněž gesta a doteky útěchy jako držení za ruku, hlazení po čele apod., zejména u osob opačného pohlaví. Oblast mezi pupkem a koleny je u mužů tabu a musí být neustále zahalena. U muslimských žen je tato intimní oblast od krku až po kolena. Ortodoxní muslimské ženy mají nezahalené pouze nohy a ruce. Sestra i lékař musí být v kontaktu s Araby velmi opatrní. Komunikační a kulturní bariéry mezi personálem a arabskými pacienty ve zdravotnických zařízeních mohou vést ke frustraci, úzkosti, strachu a nedorozumění. Zároveň vše může vést také k nedodržování léčebného režimu (Linhartová et. al., 2015).

### **Metodika průzkumu**

Znalost neverbální komunikace je pro sestru a pacienta stěžejní v poskytování kvalitní kulturně odlišné péče. Výsledky průzkumu, získané kvalitativní metodou standardizovaného rozhovoru, jsme zpracovali metodou kódování a vyhodnotili syntézou získaných dat. Výběr respondentů (R) byl záměrný. Průzkumný vzorek tvořilo 15 sester, jejich společným znakem bylo středoškolské vzdělání a 15 sester, jejichž společným znakem bylo vysokoškolské vzdělání. Respondenty byly

ženy, věkový průměr 46 let, průměrná délka praxe 22 let. Sběr dat a rozhovory probíhaly se sestrami, které pracovaly na rozličných pracovištích.

### Vyhodnocení dosažených výsledků

Na základě zjištěných problematických oblastí, které vyplynuly z výsledků průzkumu, vytvoříme edukační materiál pro sestry. Hlavním cílem práce bylo analyzovat znalosti sester v oblasti neverbální komunikace u vietnamského, arabského, ukrajinského a romského etnika. Hledali jsme odpovědi na následující otázky:

Jakými znalostmi o specifikách neverbální komunikace kulturních etnik sestry disponují?

Má stupeň vzdělání sester vliv na znalosti neverbální komunikace jednotlivých kulturních etnik?

Tabulka č. 1 Znalosti sester o druzích neverbální komunikace

| Neverbální komunikace | Středoškolské vzdělání | Vysokoškolské vzdělání |
|-----------------------|------------------------|------------------------|
| mimika                | 93 %                   | 93 %                   |
| gestika               | 87 %                   | 93 %                   |
| haptika               | 73 %                   | 93 %                   |
| kinezika              | -                      | 33 %                   |
| posturika             | 33 %                   | 40 %                   |
| proxemika             | 33 %                   | 93 %                   |
| vizika                | 40 %                   | 53 %                   |
| paralingvistika       | -                      | 7 %                    |
| úprava zevnějšku      | -                      | 7 %                    |
| posunky, obrázky      | 7 %                    | 7 %                    |

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že celkově lepší orientaci v metodách neverbální komunikace mají sestry s vysokoškolským vzděláním a nejvíce znalostí o neverbální komunikaci mají v oblasti mimiky, gestiky a haptiky. Z porovnání souhrnu všech odpovědí od obou skupin respondentek se nám vytvořil poměrně přehledně jasný výsledek, že sestry s vysokoškolským vzděláním mohou, díky svým vědomostem, poskytovat kulturně ohleduplnou péči lépe, než sestry se středoškolským vzděláním.

Tabulka č. 2 Komparace znalostí respondentů obou skupin o neverbální komunikaci a jejích specifikách

| Znalosti sester/etnika | Středoškolské vzdělání | Vysokoškolské vzdělání |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| Ukrajinské             | 33 %                   | 60 %                   |
| Vietnamské             | 27 %                   | 80 %                   |
| Arabské                | 33 %                   | 80 %                   |
| Romské                 | 60 %                   | 73 %                   |

Na základě výše uvedeného, můžeme konstatovat, že stupeň vzdělání má vliv na znalosti neverbální komunikaci jednotlivých kulturních etnik.

Zajímalo nás také, zda by sestry měly zájem o rozšiřování znalostí v oblasti neverbální komunikace u kulturních etnik. 93% sester se středoškolským vzděláním zájem verbalizovalo. Sestry s vysokoškolským vzděláním projevíly zájem v 87 %, 13 % sester potřebu nemá.

### Závěr

Výsledky signalizují, že povědomí o specifikách jednotlivých kulturních etnik nedosahují takové výšky, abychom mohli poskytovat kulturně ohleduplnou a citlivou péči. Již víme, že kvalita ošetrovatelské péče spočívá v uspokojování individuálních potřeb pacientů. Podmínkou pro splnění kvalitní péče je tedy zákonitě osoby ošetřující, kteří mají odpovídající vlastnosti, znalosti, schopnosti a zkušenosti. Základem multikulturního přístupu je pro sestru znalost historie,

zvyklostí, tradic, postojů ke zdraví a k nemoci u jednotlivých příslušníků minoritních skupin. Do budoucna se od každého zdravotnického pracovníka očekává ve větší míře znalost cizího jazyka a fakt, že dokáže pochopit multikulturní neverbální projevy člena jiné kultury. V poskytování ošetrovatelské péče bude multikulturní komunikace sehrávat stále významnější roli. V současnosti by se cílem multikulturní komunikace mělo stát nejen dorozumění jazykové, ale i respektování zvyků, náboženského přesvědčení, životních hodnot a vědomí biologických specifíků. Výsledky našeho průzkumu potvrzují, že je nevyhnutelné, aby problematika multikulturního ošetrovatelství vystoupila do popředí. V ošetrovatelské praxi to bude znamenat nejenom zvýšení prestiže profese, ale i ochranu pacienta před vznikem kulturního šoku.

Pokud provedeme komparaci s některými materiály na podobné téma, pak dojdeme k následujícím výsledkům. Drábková (2015, s. 76) uvádí, že „na komunikační úroveň má vliv také stupeň vzdělávání sester. Čím je vzdělání sester vyšší, tím je následně vyšší úroveň jejich komunikace“. A také, že sestry, které vystudovaly podle původních osnov před novou Konceptí ošetrovatelství z roku 2004, mají nižší teoretickou přípravu ze střední školy, pravděpodobně se s touto problematikou učební plány výrazně nezabývaly. Rolantová (2012) zjistila, že sestry s vysokoškolským vzděláním mají znalosti o specifikách muslimských pacientů na úrovni 95 %, zatímco sestry se středoškolským vzděláním dosahují 50 % znalostí potřebných specifíků. Nosianová (2016) ve své diplomové práci dokládá podobné výsledky, ukazuje 96 % vysokoškolsky vzdělaných respondentek se znalostmi specifíků v poměru k 44 % respondentkám středoškolsky vzdělaných. Dobsonyová, Jankechová, Kollárová (2015) predikovaly tezi, že sestry mají nedostatek vědomostí o specifické péči, kterou je nutno poskytovat pacientům. Také předpokládaly absenci potřeby poskytovat pacientům jiných etnik specificky kulturně zaměřenou péči. Výsledek jejich průzkumu poukazuje na nedostatek vědomostí sester v uvedené problematice péče o pacienty jiných kulturních etnik, stejně jako nedostatečně vypracovaný systém zabezpečení a kontroly kvality poskytované multikulturní péče. Podobného výsledku dosáhly Zamboriová, Simočková, Sováriová Soósová (2015), které se ve své práci zabývaly pohledem sester na multikulturní péči a na zkušenosti sester s danou problematikou. Přestože porovnávaly zkušenosti a znalosti mezi respondentkami českými a slovenskými, komplexní výsledek je, že vědomosti sester v multikulturním ošetrovatelství jsou na velmi nízké úrovni.

Výsledkem naší práce je vytvoření manuálu pro zdravotníky, který poskytne návod jak neverbálně komunikovat s kulturně odlišnými etniky. K dispozici je zdarma ke stažení na stránkách uložit to:

<https://uloz.to/lZ6Ehk4hvDS2g/manual-zakladni-specifika-verbalni-komunikaci-s-pacientem-kulturne-odlisneho-etnika-pdf>

Název manuálu je ZÁKLADNÍ SPECIFIKA NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE S PACIENTEM ODLIŠNÉHO KULTURNÍHO ETNIK (arabského, vietnamského, romského a ukrajinského)

## Seznam bibliografických odkazů

- BITTNEROVÁ, D. 2013. *Etnické komunity. Romové*. 1. vyd. Praha : FHS UK, 2013. 223 s. ISBN 978-80-87398-45-6.
- BITTNEROVÁ, D., MORAVCOVÁ, M. 2010. *Etnické komunity. V kulturní a sociální různosti*. 1. vyd. Praha : FHS UK, 2010. 314 s. ISBN 978-80-87398-08-1.
- DOBSONYOVÁ, A., JANKECHOVÁ, M., KOLLÁROVÁ, L. 2015. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s inou kultúrou. In *Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami*. Zborník - Piešťanský deň ošetrovateľstva. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2015. ISBN 978-80-8132-137-5, s. 54 - 63.
- DRÁBKOVÁ, K. 2015. Evaluace komunikačních schopností sester. In *Zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou „Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami“*, In *Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami*. Zborník - Piešťanský deň ošetrovateľstva. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2015. ISBN 978-80-8132-137-5, s. 64 - 84.
- HANSEN, J., 2010. Teaching Without Talking. *Phi Delta Kappan*. ISSN 00317217, 2010, 92(1), s. 35 - 40.
- HUČÍN, J. 2008. Romové jsou jiní a jiní zůstanou. In *Psychologie dnes*. ISSN 1212 96072004, roč. 10, č. 5, s 9 - 13.
- KHIDAYER, E. 2011. *Arabský svět - jiná planeta?* 1.vyd. Praha : Mladá fronta, 2011. 244 s. ISBN 978-80-204-2495-2.
- KRISTOVÁ, J. 2009. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. 3. vyd. Martin : Osveta, 2009. 182 s. ISBN 80-8063-160-3.



KRCHOVÁ, E. 2015. Specifika arabské řeči těla aneb pozor nejen na levou ruku. In *O psychologii*. [online] [citované 2016-01-05] Dostupné z internetu:

<http://www.opsychologii.cz/clanek/156-specifika-arabske-reci-tela-aneb-pozor-nejen-na-levou-ruku/>

LINHARTOVÁ, L., JANKŮ, T., TOPINKA, D. 2015. Multikulturní ošetrovatelství: péče o muslimské pacienty. In *Florence*. 2015, ISSN 1801-464X, 2015, roč. 11, č. 11, s. 28 - 31.

ROLANTOVÁ, L. 2012. *Respektování zvyklostí a rituálů při ošetrování minorit* : diplomová práce České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2012. 192 s.

RYŠLINKOVÁ, M. 2009. *Česká sestra v arabském světě: multikulturní ošetrovatelství v praxi*. Praha : Grada, 2009. 123 s. ISBN 978-80-247-2856-8.

SCHOLZ, P., TÓTHOVÁ, V. 2008. Čínská minoritní skupina a její specifika v ošetrovatelství. In *Sborník příspěvků - Multikulturalita a menšiny v evropském kontextu: 1. mezinárodní konference, 27. - 28. listopad 2008 Liberec*. Liberec : Liberecké romské sdružení, 2009. ISBN 978-80-903953-3-6, s. 133 - 137.

ŠPATÉNKOVÁ, J., KRÁLOVÁ, J. 2009. Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry. 1. vyd. Semily : Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-7262-599-4.

TÓTHOVÁ, V. 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1. vyd. Praha : Triton, 2010. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.

TÓTHOVÁ, V., SEDLÁKOVÁ, G., VELEMÍNSKÝ, M. 2007. Aspekty životního stylu vietnamské a čínské minority. In *Kontakt*. ISSN 1212- 4117, 2007, roč. 9, č. 2, s. 221 - 229.

ZAMBORIOVA, M., SIMOČKOVÁ, V., SOVÁRIOVÁ SOŠOVÁ, M. 2015. Multikultúrne aspekty ošetrovatelstva. In *Zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou „Ošetrovatelstvo naprieč kultúrami“*, In Zborník - Piešťanský deň ošetrovatelstva. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2015. ISBN 978-80-8132-137-5, s. 207 - 217.

## Kontakt

Mgr. Blanka Stárková

mobil: 420 725 308 858

e-mail: [BlankaStarkova@seznam.cz](mailto:BlankaStarkova@seznam.cz)

# Vybrané riziká v rámci domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Dimunová Lucia

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

Domáca starostlivosť v krajinách Európskej únie predstavuje oblasť integrovanej starostlivosti. Aktuálne riešenou problematikou súvisiacou s domácou ošetrovateľskou starostlivosťou na európskej úrovni je oblasť rizikových faktorov. Najčastejšie diskutované sú ergonomické, fyzikálne, bezpečnostné, biologické, chemické, psychologické a sociálne riziká. Príspevok približuje vybrané rizikové faktory a poukazuje na možnosti prevencie a bezpečnosti v oblasti domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

**Kľúčová slova:** Domáca starostlivosť. Rizikové faktory. Bezpečnosť. Pacient.

•

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je súčasťou zdravotníckych služieb takmer vo všetkých členských krajinách Európskej únie. Cabanas, et al. (2009) definuje domácu starostlivosť ako starostlivosť poskytovanú profesionálnymi zdravotníckymi pracovníkmi v domácom prostredí klienta. Domáca ošetrovateľská starostlivosť môže byť poskytovaná v rôznych formách. Jarošová (2007) k nim radí akútnu domácu starostlivosť, dlhodobú domácu starostlivosť, preventívnu domácu starostlivosť, domácu hospicovú starostlivosť a domácu starostlivosť ad hoc. Rozsah služieb domácej starostlivosti môže byť preventívny, rehabilitačný alebo v rovine paliatívnej starostlivosti (OECD, 2010). Domáca ošetrovateľská starostlivosť rešpektuje v plnom rozsahu integritu pacienta s jeho vlastným sociálnym prostredím a individuálne vnímanie kvality života. Starostlivosť so sebou prináša spektrum benefitov jednak pre samotného pacienta ako príjemcu ošetrovateľskej starostlivosti, ale aj pre zdravotníctvo, ako poskytovateľa ošetrovateľskej starostlivosti (Kožuchová, 2014).

Domáca ošetrovateľská starostlivosť v jednotlivých krajinách EÚ napreduje a rozvíja sa vzhľadom k potrebám spoločnosti. Jednou z kľúčových úloh pri zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti je poskytovanie kvalitných zdravotníckych služieb a ich monitoring (Raková, Jaballlah, 2014). Autori Genet et al. (2012) poukazujú na niektoré problémy a výzvy súvisiace s domácou ošetrovateľskou starostlivosťou na európskej úrovni. Jednou z oblastí sú rizikové faktory vplývajúce na zdravie a pracovný výkon zdravotníckych pracovníkov, ktorí poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť v domácom prostredí. Samostatne možno vnímať aj riziká vplývajúce na samotných pacientov v domácom prostredí. Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci EU-OSHA v roku 2014 vydala dokument „Súčasný a vznikajúce problémy v sektore zdravotnej starostlivosti vrátane domácej a komunitnej starostlivosti“ (EU-OSHA, 2014). V uvedenom dokumente špecifikuje osobitné riziká v oblasti bezpečnosti pre pracovníkov poskytujúcich zdravotnú starostlivosť v domácom prostredí. Ako hlavné uvádza ergonomické, fyzikálne, bezpečnostné, biologické, chemické psychologické a sociálne riziká.

V súvislosti s pracovným prostredím hovoríme o *ergonomických rizikách*. Rizikom je stavebné usporiadanie bytu alebo domu, kde zdravotnícky pracovník realizuje intervencie. Miestnosti v domácom prostredí nemusia spĺňať podmienky vhodného stavebného usporiadania, čo môže viesť k poškodeniu zdravia zdravotníckeho pracovníka najmä v oblasti pohybového aparátu. Nedostatočný priestor na sprchovanie alebo kúpanie pacienta predstavuje ergonomické riziká a riziká súvisiace s manuálnou manipuláciou. Najzávažnejším problémom sú nepohodovateľné postele. Medzi fyzicky najnáročnejšie úkony sestry zaraďujeme manipuláciu s pacientom ako je zdvíhanie, prenášanie, polohovanie. Práve zdvíhanie pacientov v nevhodných polohách a dvíhanie bez pomoci sú významnými prediktormi trvalej pracovnej neschopnosti. Okrem spomínaných činností môže sestra vykonávať vertikalizáciu pacienta (antigravitačné aktivity: posadzovanie, vstávanie, stoj, zdvíhanie a premiestňovanie z lôžka na vozík alebo do kresla) a zúčastňovať sa pasívnej rehabilitácie imobilného pacienta (Bubeníková, 2014). Sestry, ktoré pri svojej práci pracujú s imobilnými pacientmi patria do rizikovej skupiny so zvýšenou záťažou chrbta a v porovnaní s inými profesiami majú 6-krát vyššiu prevalenciu bolesti chrbta (Bednár, 2010). V porovnaní s inými pracovníkmi sú sestry v poskytujúcej ošetrovateľskej starostlivosť v domácom prostredí častejšie práceneschopné na základe symptómov poškodenia podporno-pohybovej sústavy súvisiacej s prácou (EU-OSHA). Z pohľadu pacienta je v súvislosti s možnými ergonomickými rizikami najaktuálnejšia možnosť úrazu a pádu. Príčin úrazov a pádov v domácom prostredí je viacero. Autori Agostini, Hann, Tinetti, 2004; Leveille et al., 2009; Mikuláková a kol., 2013; Tinetti, Kumar, 2012 identifikovali ako najčastejšie faktory, ktoré môžu zvyšovať riziko pádu

a úrazov v domácom prostredí nasledovné: prítomnú históriu pred pádom (anamnézu), inkontinenciu moču, zhoršené videnie, chôdzu, chronickú bolesť, svalovú slabosť a užívanie liekov, ako napr. opiáty, antikonvulzíva, antihypertenzíva, hypnotiká, laxatíva a sedatíva.

*Fyzikálne a bezpečnostné riziká* v domácnosti súvisí najmä so správnym osvetlením. Sestry potrebujú na výkon bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti primerané osvetlenie, čo v domácnostiach nie je vždy zabezpečené. Dôvodom môže byť šetrenie zo strany pacienta. Ďalším nebezpečenstvom je kyslík, ktorý predstavuje riziko požiaru. Z ďalších fyzikálnych rizík pôsobiach v domácom prostredí je popálenie, napr. horúcou vodou, elektrickými spotrebičmi a obarenie, napr. pri kontakte s mokrým teplom (horúca para). Tieto riziká sú spoločné pre sestry aj pacientov. Špecifickým rizikom pre pracovníkov poskytujúcich starostlivosť v domácom prostredí je vedenie motorového vozidla, ktorým sa dopravujú k pacientom.

Vykonávanie rôznych procedúr v rámci domácej ošetrovateľskej starostlivosti môže predstavovať riziko infekcie, čo zahŕňajú *biologické a chemické riziká*. Najpravdepodobnejšie je vystavenie sa riziku v dôsledku krížovej kontaminácie, napr. pri prenose patogénov priamym a nepriamym kontaktom s kontaminovanými neživými objektmi, v nehygienických domácnostiach sa môžu vyskytovať aj škodcovia vrátane hlodavcov, vší a pod. Samostatným problémom je taktiež bielizeň pacienta. Biologickým rizikom pre sestru je aj zdravotný stav pacienta. Zdrojom patogénnych mikroorganizmov môže byť aj nesprávne zaobchádzanie s biologickým odpadom. Sestry sú zodpovedné za bezpečné používanie a likvidáciu ostrých predmetov (napr. injekčné ihly), problémom však je, že pacienti a ich rodiny často ostré predmety nelikvidujú primeraným spôsobom. Použité ostré predmety môžu nechať položené v domácnosti alebo v košoch na odpadky, čo býva hlavným rizikovým faktorom pre sestry.

Za najčastejší a závažný faktor v rámci pracovného prostredia sa popisuje *psychická záťaž* (Kilíková a kol., 2013). Môže dochádzať k nezhodám medzi sestrou a pacientom v súvislosti s pomocou požadovanou zo strany pacienta a možnosťami zo strany sestry. V štúdií autorov Sováriová Soósová a kol. (2012, 2013) sestry považovali pracovnú záťaž, smrť a umieranie pacienta, pracovné prostredie a komunikáciu s rodinou pacienta za najvýznamnejšie príčiny stresu v ich povolani. V dôsledku dlhotrvajúcej psychickej záťaže prebiehajú v organizme zmeny, ktoré sa prejavujú v somatickej, behaviorálnej a emocionálnej oblasti (Křivohlavý, 2009). Nadmerná psychická záťaž zvyšuje riziko chýb pri výkonoch a rozhodnutiach, ktoré sestra musí realizovať počas starostlivosti o pacienta. Okrem toho negatívne vplýva na pracovný výkon, zdravotný stav ale tiež nepriaznivo pôsobí aj na ich rodinu, či vzťahy s najbližšími ľuďmi (Bubeníková, 2014). Rizikovo môže pôsobiť aj skutočnosť, že sestry pracujú osamote, sú vystavované možnému násiliu zo strany pacientov aj rodinných príslušníkov.

Dlhodobá starostlivosť je prioritnou témou v Európe aj na Slovensku (Raková, Kačmárová, 2014), v rámci ktorej tvorí domáca starostlivosť významnú časť. Rozvoj oblasti domácej ošetrovateľskej starostlivosti napreduje, o čom svedčí aj vznik organizácie NIVEL, ktorá vytvorila databázu 31 európskych krajín zaoberajúcich sa práve problémami a výzvami v oblasti domácej starostlivosti. V rámci tejto databázy je možné porovnať informácie ohľadom organizácie, financovania a pozície domácej starostlivosti v celej Európe. Aktuálne riešená problematika je bezpečnosť pacienta a zdravotníckeho pracovníka v domácom prostredí a jej zaradenie do legislatívneho rámca všetkých členských krajín Európskej únie.

## Zoznam použitej literatúry

BUBENÍKOVÁ, M. Záťaž sestier pracujúcich v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In KOŽUCHOVÁ, M. a kol. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin : Osveta, 2014. ISBN 978-80-8063-414-8, s. 196–215.

BEDNÁR, R. Záťaž sestry ako hlavný prediktor bolesti chrbta. In *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2010, roč. 17, č.4, s. 194-201.

CABANAS, M., ONDIVIELA, M. A., BOLIBAR, B. et. al. EURHOMAP: mapping professional home care in Europe. In *International Journal of Integrated Care*, 22 June 2009. ISSN 1568-4156.

EU-OSHA. Súčasné vznikajúce problémy v sektore zdravotnej starostlivosti vrátane domácej a komunitnej starostlivosti. Európske observatórium rizík. Zhrnutie. [online] 2014. [cit. 2016-09-2]. Dostupné na internete:

<https://osha.europa.eu/sk/tools-and-publications/publications/reports/executive-summary-current-and-emerging-occupational-safety-and-health-osh-issues-in-the-healthcare-sector-including-home-and-community-care>.

GENET, N., BOERMA, W., KRONEMAN, M. et al. *Home Care across Europe*. Current structure and future challenges. World Health Organization 2012, ISBN 978-92890-02882-978.

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 99s. ISBN 978-80-247-2150-7.

KILÍKOVÁ, M., DIMUNOVÁ, L., KALÁTOVÁ, D., PALKOVÁ, Ľ. *Zdravie pri práci v klinickej praxi sestry*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2013, s. 135. ISBN 978-80-8132-082-8.

KOŽUCHOVÁ, M. a kol. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin : Osveta, 2014. ISBN 978-80-8063-414-8, s. 19-55.

LEVEILLE, S. G. et al. Chronic musculoskeletal pain and the occurrence of falls in an older population. In *JAMA*. 2009, vol. 302, no. 20, p. 2214–2221.

MIKUĽÁKOVÁ, W. a kol. Rizikovo pádov u pacientov s Alzheimerovou chorobou. In *Molisa 10: Medicínsko-ošetrovateľský list Šariša*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2013. ISBN 978-80-555-1041-5, s. 111 – 115.

NIVEL. Netherlands institute for health services research. Home Care in Europe. Dostupné na internete: <http://www.nivel.nl/en/home-care/Country-information-on-home-care>.

OECD. Health Data [online/offline database]. Services of long-term nursing care. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/health/>, accessed 8 June 2010)

RAKOVÁ, J., JABALLAH, Z. Moderná rola sestry výskumníčky v aktuálnych klinických podmienkach. In Pribišová, E., Beňo, P., Šramka, M. (eds.) *Civilizačné ochorenia a ich vplyv na kvalitu života, zdravia a sociálno-ekonomickú oblasť*. Prešov: ÚSVaZ bl. P.P. Gojdiča, 2014. s. 9-15, ISBN 978-80-89464-27-2.

RAKOVÁ, J., KAČMÁROVÁ, L. Analýza vybraných ukazovateľov v kontexte zdravotnej a sociálnej starostlivosti o seniorov. In: Szyska, M. a kol. (eds.) *Instytucjonalne i pozainstytucjonalne formy wsparcia dla osób starszych*. Stalowa Wola: Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, 2014. s. 249. ISBN 978-836137-19-8.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária, Varadyová, A. 2012. Stres v práci sestier v anestéziologickej a intenzívnej starostlivosti. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*. ISSN 1804-,2740, 2012, vol. 3, no. 1, p. 340-347.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária, SUŠINKOVÁ, Jana, CENKNEROVÁ, Mária. 2013. Stres v práci sestier v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*. ISSN 1804-,2740, 2013, vol. 4, no. 3, p. 622-627.

TINETTI, M.E. – KUMAR, C. 2012. The patient who falls: „It's always a trade-off“. In *JAMA*. 2012, vol. 303, no. 3., p. 258-266.

## Kontakt

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

UPJŠ, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovatelstva

Tr. SNP č.1 040 01 Košice

e-mail: [lucia.dimunova@upjs.sk](mailto:lucia.dimunova@upjs.sk)

# Zvládnutí břišní katastrofy v domácím prostředí

Glozarová Alžbeta

*Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jana N. Neumanna,  
ÚVN-VFN Praha*

Cílem podávání parenterální výživy bylo u prezentovaného pacienta udržet dlouhodobě uspokojivý nutriční stav a stav vnitřního prostředí. Jednou z indikací parenterální výživy byl syndrom krátkého střeva způsobeného abdominální katastrofou. Doba domácího ošetřování trvala rok. Ošetrovatelská péče byla zaměřena na péči o Broviacův katetr, operační ránu, stomii a píštěle píštěl. Cílem domácí ošetrovatelské péče bylo edukovat pacienta a jeho rodinu v náviku sebedpěče.

**Klíčová slova:** Břišní katastrofa. Syndrom krátkého střeva. Parenterální terapie. Domácí péče. Sebedpěče.

•

## ÚVOD

Parenterální výživa byla zavedená do klinické praxe v 60. - 70. letech 20. století s dobrou myšlenkou pozitivně ovlivnit hojení nutriční intervencí. Nutriční podpora je indikovaná v případě stávající malnutrice nebo u nemocných v dobrém stavu výživy, kteří nejsou a nebudou schopni dostatečně přijímat potravu po dobu delší 10 dní. Nejčastější indikace parenterální výživy jsou: syndrom krátkého střeva, ileózní stavy, střevní píštěle, střevní stenózy, stav po rozsáhlých střevních operacích, akutní pankreatitida, idiopatické střevní záněty, postiradiační enterokolitida, poruchy digesce, malabsorpce, těžké průjmy nebo zvracení, jaterní insuficience.

Kontraindikace parenterální výživy jsou: dostatečně funkční trávicí trakt, terminální stav pacienta, odmítání nutriční podpory ze strany pacienta.

Cílem podávání parenterální výživy je udržet dlouhodobě uspokojivý nutriční stav a stav vnitřního prostředí pacienta, vyžadujícího nutriční podporu.

Podávání parenterální výživy u těchto pacientů bývá po stabilizaci stavu často jediným důvodem hospitalizace a upoutání na nemocniční lůžko by vedlo k jejich prakticky trvalé invalidizaci. Ideálním řešením pro tyto pacienty je zajištění aplikace parenterální výživy v domácím prostředí, se kterou bylo započato zhruba před 30. lety a která umožnila mnoha pacientům návrat do běžného života. V České republice je péče pro tyto pacienty zajišťovaná ve specializovaných nutričních centrech přidružených k jednotkám intenzivní metabolické péče. Pro zahájení podávání domácí parenterální výživy je nutné splnění několika základních podmínek jako například spolupráce a schopnost edukovat pacienta a jeho rodinu v podávání parenterální výživy, dipsenzarizace a pravidelné kontroly v nutriční ambulanci, zajištění hospitalizace pacienta na jednotce metabolické péče v případě rozvoje komplikací spojených s podáváním parenterální výživy, vhodné je i zajištění domácí ošetrovatelské péče.

## KAZUISTIKA

72. letý pacient byl v září 2015 akutně hospitalizovaný na chirurgickém oddělení pro enteroragii s časnou revizí a vyvedením ileostomie. Do té doby se s ničím neléčil. Pro poruchu hojení s infekcí bylo nutné pacienta opakovaně reoperovat a aplikovat VAC terapii. Po stabilizaci zdravotního stavu byl pacient propuštěn do domácího ošetřování se zajištěním plné domácí parenterální výživy a agentury domácí péče (ADP). V průběhu ošetřování pacienta v domácím prostředí byla nutná změna ADP, z důvodu nedostatečně kvalifikovaného ošetřujícího personálu a tím způsobená dvakrát rehospitalizace pro dehydrataci s elektrolytovou poruchou a renálním selháním (11/2015 a 1/2016). S výměnou ADP byl sestaven ošetrovatelský tým ze tří sester, které byly certifikované pro podávání domácí parenterální terapie, ošetřování Broviac katetru a v péči o stomii. ADP úzce spolupracovala s nutričním centrem, stomickou poradnou a ambulancí hojení chronických ran, čímž se zabránilo nutnosti další rehospitalizace. Frekvence návštěv ADP byla zpočátku 2 x denně, kterou doplňovaly telefonické konzultace. Náplní dopoledního ošetření pacienta bylo zkontrolovat fyziologické funkce a bilanci tekutin. Poté byl pacient odpojen z parenterální terapie. Byla provedena ranní hygiena ve sprše, bylo potřebné osprchovat

operační ránu a píštěl, vývod. Následovalo ošetření stomie dle indikace stomické sestry. Pacient používal dvoudílný výpustný stomický systém napojený na sběrný sáček pro vysoké odpady stolice. Okolí pomůcky bylo nutné fixovat lepícími páskami a přídržným páskem. Dále byl proveden převaz operační rány a píštěle, dezinfekce, débridement a aplikace lokální terapie dle indikace ambulance hojení chronických ran. Dle indikace ošetřujícího lékaře z nutriční ambulance byly prováděny odběry biologického materiálu. Z výsledků aktuální laboratoře byla upravená parenterální terapie. Nedílnou součástí bylo také kontrolovat denně pacientovu hmotnost. Poté byla u pacienta zavedená rehydratační infuzní terapie po dobu 4 hodin, které předcházelo kontrola a ošetření Broviac katetru. Odpolední návštěva byla zaměřená na odpojení pacienta z infuzní terapie, provedení rehabilitačního ošetřování, přípravy a aplikace parenterální terapie. U pacienta a jeho manželky probíhala edukace v péči o ileostomii, Broviac katetr, operační ránu a píštěl, přípravu parenterálního vaku, infuzní terapie, obsluha pumpy. Vzhledem k psychiatrické anamnéze manželky pacienta nastaly mnohdy komplikace a nemožnost řádné edukace pacienta a manželky, obzvláště v prvopočátku ošetřování. Důležité bylo psychicky podpořit jak pacienta tak jeho manželku, situaci uklidnit a věnovat dostatek času a prostoru pro edukaci. V 10/2016 plánovaná okluze ileostomie.

## **ZÁVĚR**

Prognóza pacientů na domácí parenterální výživě je obecně velmi dobrá a závisí víceméně na průběhu základního onemocnění. Zavedení domácí parenterální výživy umožňuje těmto pacientům i přes velmi závažná onemocnění prakticky návrat do poměrně kvalitního života s minimálním omezením aktivit, mohou pracovat, studovat, věnovat se svým koníčkům. Náklady na domácí parenterální výživu jsou poměrně vysoké, přesto jsou významně nižší, než při hospitalizaci na jednotce metabolické péče. Na úspěchu domácí parenterální terapie se také významně podílí vyškolený specializovaný tým a multidisciplinární spolupráce s jednotlivými ambulantami.

## **SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ**

KOHOUT P., KOTRLÍKOVÁ E. 2009. *Základy klinické výživy*. Praha : Forsapi. 2009. 113 s. ISBN 978-80-87250-05-1

KOHOUT P., RUŠAVÝ Z., ŠERCLOVÁ Z.. 2010. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. Praha : Forsapi. 2010. 184 s. ISBN 978-80-87250-08-2

## **Kontakt**

Bc. Alžbeta Glozarová

Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha

Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN

U Vojenské nemocnice 1200

169 02 Praha 6

e-mail: alzbeta.glozarova@uvn.cz

# Prirodzená larválna terapia u pacienta - kazuistika

Sekáč Juraj, Valášková Jela, Furdová Alena

*Klinika oftalmológie LFUK a UNB Ružinov*

Úvod: V práci prezentujeme 46 r. pacienta – casus socialis, v celkovo zanedbanom stave, s početnými ranami na celom tele, najmä v spojkovom vaku obojstranne s početnými larvami múch mäsiarov.

Vlastné pozorovanie: Pacientovi bola poskytnutá prvotná zdravotná starostlivosť na kožnej, očnej, ORL, internej a infekčnej klinike UN Bratislava. Po manuálnom odstránení lariev z rán a s následnou lokálnou a celkovou liečbou bol hospitalizovaný na JIS infekčnej kliniky. Počas 2 týždňov liečby – celkovo Cefotaxim/Tazocin+Klindamicín, a lokálnej liečby do oboch očí Tobramicín+Dexametazón sa pacientov stav výrazne zlepšil. Rany po odstránení lariev boli v prvom a druhom štádiu chronických rán, avšak bez prítomnosti nekróz, čo lokálne hojenie pravdepodobne urýchlilo. Pravý bulbus po odstránení lariev bol celistvý, bez svetlocitu. Po 2 týždňoch liečby sa stav zlepšil, pravé oko s funkciou počítania prstov na 0,5 metra. Ľavý bulbus už po prvotnom ošetrení bol deštruovaný, bez prítomnosti predného segmentu s nástupom a rozvojom flegmonózných zmien, bez osteolýzy kostného tkaniva orbity na MRI. Ďalším postupom bude enukleácia ľavého bulbu.

Záver: Sekrét vylučovaný larvami a larvy prítomné v ranách sa stali ochranným faktorom odstraňujúcim nekrotické časti tkaniva a zabráňujúcim ďalšiemu šíreniu rán do hĺbky, čo sa ukázalo ako protektívny faktor a dobrý základ pre ďalšiu liečbu. Nepochybné, najdôležitejším faktorom v liečbe takýchto pacientov je rýchle poskytnutie prvotného ošetrenia, včasná a správna diagnostika a cielená terapia. Treba však upozorniť aj na nutnosť psychologickú a sociálnu podporu pacienta. Starostlivosť o pacienta by mala byť interdisciplinárna, nielen lekárska a zdravotnícka, ale aj psychologická a sociálna s postupným začleňovaním pacienta do spoločnosti.

**Kľúčové slova:** casus socialis, larvy, larválna terapia, interdisciplinárna starostlivosť

•

## Úvod

U pacientov, kde dostupná zdravotná a sociálna starostlivosť je nevyužitá, kde zlyháva compliance pacienta, hlavnú úlohu preberajú prírodné možnosti, zdroje a úkazy. Možno práve preto človek nachádzajúci sa na okraji spoločnosti je schopný prežiť aj za extrémnych podmienok. Napriek tomu sa nemožno spoliehať na prírodné zdroje a vo vyspelej spoločnosti je nevyhnutné zaoberať sa starostlivosťou aj o pacientov casus socialis, nachádzajúcich sa na okraji spoločnosti. Treba si však uvedomiť, že nie je žiaduce takýmto pacientom pripomínať ich zlyhania a poukazovať na ich minulosť, pretože práve tá je často príčinou ich zdanlivo bezvýchodiskovej situácie. Ale práve naopak, je nevyhnutné snažiť sa týchto ľudí vrátiť späť do spoločnosti, a to ako plnohodnotných členov, ktorí dokážu byť pre seba i svoje okolie prínosom. V starostlivosti o takýchto pacientov je nevyhnutná interdisciplinárna spolupráca a to na viacerých úrovniach. Je nevyhnutné poskytnúť im lekársku a zdravotnú starostlivosť, ktorá zabezpečí život a žitie ako také. Avšak, týmto sa starostlivosť o pacienta nekončí. Ďalej musí nadväzovať práca sociálnych pracovníkov a organizácií, ktoré pacientovi pomôžu získať späť stratenú identitu a nájsť miesto v spoločnosti (Mátel, Schavel, 2014; Mátel a kol, 2010). Aj na nevyhnutnosť tejto spolupráce chceme poukázať v našej práci.

## Vlastné pozorovanie – kazuistika pacienta

### 1. Anamnéza

Pacient prezentovaný v našej práci je 46 ročný bezdomovec, žijúci v okolí nákupných centier v Bratislave – mestská časť Lamač. Vzhľadom na nedostupnosť zdravotnej dokumentácie pacienta sa opierame o dokumentáciu a záznamy získané z databázy centrálného príjmu nemocnice UNB Ružinov a UNB Kramáre a o informácie získané na základe viacerých rozhovorov s pacientom. U pacienta je od roku 1995 zaznamenaný problém s alkoholom. Počas života absolvoval opakovane protialkoholické liečenie. Po pár mesiacoch od liečenia pacient sa vrátil späť k alkoholu. V januári 2009 bol hospitalizovaný na chirurgickej klinike Nemocnice L. Dérera Kramáre pre omrzliny oboch dolných končatín, kde

realizovaná transmetatarzálna amputácia oboch dolných končatín. Vtedy pacient nájdený v ebriete na ulici. V ďalšom období bol hospitalizovaný na klinike plastickej chirurgie pre doriešenie kýptov dolných končatín formou kožných transplantátov. V januári 2016 opäť hospitalizovaný, tentokrát pre recidivujúce luxácie ľavého bedrového kĺbu. V dostupných záznamoch centrálnych príjmov sú zaznamenané opakované vyšetrenia cestou CPO Ružinov a Kramáre pre etylizmus a ďalšie komplikácie súvisiace s chronickým požívaním alkoholu.

Pri prvých návštevách pacient odpovedá stroho, jednoslovne, no po viacerých návštevách na jednotke intenzívnej starostlivosti infekčnej kliniky si postupne získavame pacientovu dôveru a na naše otázky už neodpovedá len v jednoduchých vetách, ale začína sa zdôverovať a rozprávať aj o svojej rodine, známych, problémoch a o svojej minulosti. Pacientova mama bola liečená na onkologické ochorenie, ktoré nevedel bližšie špecifikovať. Tomuto ochoreniu podľahla, keď mal pacient 13 rokov. O jeho ďalšiu výchovu sa staral otec, ktorý je však zdravotne postihnutý. V domácnosti žil ešte so sestrou. V ďalšom rozprávaní sa pacient zmieňuje o svojej manželke, ktorú ako udáva, taktiež „stratil“. Ako vdovec sa vrátil k svojmu otcovi a sestre. Avšak pre alkoholizmus a viaceré neúspešné pokusy o ústavnú liečbu bol vyhodený na ulicu. Kontakt z rodinou je prerušený. Pacient bol umiestňovaný vo viacerých domovoch sociálnych služieb, ktoré však často aj z vlastnej vôle opustil. Viaceré pokusy zdravotných pracovníkov Infekčného oddelenia Kramáre kontaktovať rodinu pacienta boli neúspešné. Otec i sestra neprejavili žiadny záujem o akúkoľvek starostlivosť.

## 2. Terajšie ochorenie a prvotné ošetrenie.

Pacient bol dňa 7.9.2016 okolo obeda privezený rýchlou záchranou službou na internú ambulanciu centrálného príjmu Kramáre. Podľa správy rýchlej zdravotnej služby bol nájdený na ulici, údajne zbitý. Pacient objektívne vo veľmi zanedbanom stave, s celkovým tremorom, verbálny kontakt s ním výrazne sťažený a to najmä pre ebrietu. Po celom tele a najmä v spojovkovom vaku prítomné početné červy, preto bol pacient odoslaný na Klinik dermatovenerológie fakultnej nemocnice Bratislava. Tam z priestorových dôvodov a s prihliadnutím na celkový stav pacienta vyšetrený priamo v sanitke a so záverom: „Vzhľadom k tomu, že v popredí je očné ochorenie, krvácanie z očníc, ktoré nie sú ani viditeľné“ odoslaný na konziliárne oftalmologické vyšetrenie na Centrálny príjem Univerzitnej Nemocnice Bratislava – Ružinov. O 20:30 hod bol privolaný službukonajúci lekár Kliniky oftalmológie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Univerzitnej nemocnice Bratislava. Lokálny očný nález bol už na prvý pohľad veľmi vážny. Mihalnice pravého i ľavého oka boli výrazne opuchnuté, v spojovkovom vaku oboch očí sa nachádzali početné larvy o veľkosti približne 0,5cm, samotné očné bulbi nevidno. Pacientovi sme poskytli primárne oftalmologické ošetrenie, ktoré pozostávalo s veľmi zdĺhavého a prácneho manuálneho odstraňovania láriev zo spojovkových vakov a povrchu očnej gule pomocou pinzety, lyžíc a rozvierača, za súčasnej lokálnej anestézy anestetickými kvapkami a následnej dezinfekcie roztokom Betadinu a Ophtalmoseptonexu a ošetrenia lokálnymi antibiotickými kvapkami. Po odstránení láriev z povrchu bulbov sme ďalej realizovali revíziu očí, kde sme sa pokúsili definovať rozsah poškodenia. Právě oko bolo bez svetlocitu a bez pohyblivosti bulbu, avšak celistvé bez viditeľného porušenia očnej gule. Ľavé oko bolo výrazne poškodené, zisťujeme absenciu predného segmentu s veľkým otvorom v mieste predného segmentu. Vzhľadom na prítomnosť červov aj v nosohltane a ústach sme konzultovali otorinolaryngologické oddelenie a realizovali CT vyšetrenie mozgu, orbity a paranazálnych dutín pre zistenie rozsahu ďalšieho poškodenia. Po výsledku a lokálnom ošetrení sme vzhľadom na početné rany vyplnené červami na ďalších častiach tela telefonicky kontaktovali infekčné oddelenie Nemocnice Kramáre, ktoré odporučilo Vermox a hospitalizáciu na dermatovenerologickej klinike. Pacienta sme s nasadením lokálnej antibiotickej liečby Ofloxacin a celkovej antibiotickej liečby Ciprofloxacin odoslali na dermatovenerologickú kliniku Fakultnej nemocnice Univerzity Komenského Bratislava – Mickiewiczova. Tam pacient z kapacitných dôvodov nehospitalizovaný a odoslaný na Infekčnú kliniku nemocnice L.Dérera Kramáre, kde bol dňa 8.9.2016 o 2 hodine ráno prijatý na jednotku intenzívnej starostlivosti. Tu je pacientovi poskytovaná ďalšia nevyhnutná celková i lokálna zdravotná starostlivosť.

## 3. Hospitalizácia na infekčnom oddelení a ďalší postup z oftalmologického hľadiska

Pacientovi bola počas hospitalizácie podávaná celková i lokálna liečba, realizované odbery a stery na bakteriologické, virologické a parazitologické vyšetrenie ako aj ďalšie vyšetrenia a konzília nevyhnutné k stabilizácii a zlepšeniu celkového i lokálneho stavu. Taktiež bol stanovený typ larvy – larva muchy mäsiarky. Počas prvého týždňa hospitalizácie bol podávaný intravenózne Ciprofloxacin a Klindamicín. Po týždni bola celková antibiotická liečba upravená na intravenózne Tazocín a Klindamicín, v treťom týždni na intravenózne Tazocín a perorálny Ciprofloxacin. Rany na koži boli ošetrované lokálnymi dezinfekčnými a antibiotickými obkladmi. Oči sme obojstranne v prvom dni hospitalizácie ošetrovali antibiotickými kvapkami Uniflox (s účinnou látkou Ofloxacin) a výplachom Ophtalmoseptonexom. Na druhý deň sme



liečbu upravili na kombináciu antibiotík a kortikosteroidov – Tobradex kvapky a Tobradex masť, s účinnými látkami Tobramicín a Dexametazón. Počas obdobia hospitalizácie dochádza k celkovému i lokálnemu zlepšeniu stavu. Po 2 týždňoch je pravé oko schopné rozpoznať pohyb ruky pred okom, ľavý bulbus je však nefunkčný. Na 14 deň hospitalizácie je na našu žiadosť realizované magnetická rezonancia orbity, ktorá ukázala prítomnosti ftízy ľavého očného bulbu s edémom tukového tkaniva so zväčšením a edémom slznej žľazy na podklade flegmonózných zmien, bez osteolýzy kostného tkaniva orbity a bez poškodenia pravej orbity. V ďalšom období je realizované interné a anestéziologické konzílium, ktoré pacienta uschopňuje k operácii v celkovej anestéze. Ďalším postupom bude hospitalizácia na Klinike oftalmológie pre dovyšetrovanie lokálneho nálezu a operačnej revízie v celkovej anestéze.

Počas hospitalizácie na infekčnej klinike bolo tiež realizované konzílium sociálnym pracovníkom, kde so súhlasom pacienta bude pacient po stabilizácii celkového a lokálneho nálezu umiestnený do domova sociálnych služieb v Bratislave.

## Diskusia

Larválna terapia je v súčasnom období veľmi populárna a hoci sa považuje za pomerne novú metódu liečby, prirodzená liečba larvami niektorých druhov múch, prípadne sekrétov z lariev aplikovaných priamo do rany je už celé stáročia jednou z prirodzených možností liečby rán na rôznych častiach tela. Často sa larvy v ranách vyskytli náhodne, bez vedomého pričinenia človeka, keď muchy nakládli vajíčka priamo do rán. Samotné larvy a sekrét produkovaný larvami tak pôsobil ako ochranný faktor a zabránil ďalšiemu šíreniu rán (Polakovičová, 2006).

*„Rôzne druhy hmyzu produkujú široké spektrum biologicky aktívnych látok, vrátane hormónov, obranných látok a jedov“ (Čambal, 2013).*

Pacient prezentovaný v našej práci by mohol predstavovať prípad prirodzenej larválnej terapie, kedy sa larvy, ktoré sa dostali do rany bez pričinenia človeka, stali ochranným faktorom odstraňujúcim nekrotické časti tkaniva a zabraňujúce ďalšiemu šíreniu rán.

Podstatou terapie larvami je využitie biomolekúl, ktoré produkuje hmyz, na liečbu pacientov s chronickými ranami, ktoré môžu spôsobiť významné zhoršenie kvality života samotného pacienta i jeho okolia (Polakovičová a kol, 2011; Čambal, 2013).

Opierame sa o tvrdenie Vargovej (2015), sekrét vylučovaný larvami a larvy prítomné v ranách predstavujú ochranný faktor odstraňujúci nekrotické časti tkaniva a zabraňujúci ďalšiemu šíreniu rán do hĺbky. To sa u nami prezentovaného pacienta ukázalo ako protektívny faktor a dobrý základ pre ďalšiu liečbu.

Tak ako to uvádza Čambal a kol. (2013) vo svojej práci práve prítomnosť lारीv v ranách je príčinou toho, že nedošlo k šíreniu rán do okolia. Ich význam spočíva najmä vo vyčistení, dezinfekcii a debrítmente nektróz.

Avšak pri opieraní sa o tvrdenia Gajdošíka a Takáča (2010) larvy múch by nemali byť prítomné v otvorených ranách komunikujúcich s telesnými dutinami a v blízkosti veľkých krvných ciev. Preto pravdepodobne aj u nášho pacienta došlo v prvých dňoch k rozvoju septických komplikácií. Môžeme tak vyvodiť záver, že prítomnosť lारीv v pravom oku a na ranách na tele predstavoval ochranný faktor a zabraňoval ďalšiemu rozvoju poškodenia. Larvy prítomné v ľavej očníci, kde vznikla komunikácia s nosovou dutinou verifikovaná na MRI snímke predstavovali riziko pre pacienta. Preto proces liečby pacienta a zlepšenie jeho celkového stavu je úspešný práve vďaka promptnej a kvalitne poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Dôležitú úlohu v procese zlepšenia celkového stavu pacienta v procese liečby má i jeho dobrý psychický stav a správna compliance pacienta. Tu zohral dôležitú úlohu ošetrojúci personál, lekári, zdravotné sestry, sanitári, ktorí pôsobili nielen na zlepšenie telesného stavu, ale podporovali aj psychickú stránku pacienta, tým, že načúvali jeho potrebám a stali sa jeho poslucháčmi, čo nepochybne zlepšilo pacientov pohľad na život a dodalo chuť bojovať z problémami. Ďalšia starostlivosť je v rukách zdravotných a sociálnych pracovníkov ako i pracovníkov domova sociálnych služieb, kde bude pacient umiestnený.

## Záver

Larvy a sekrét produkovaný larvami prítomné v ranách sa u pacienta prezentovaného v našej práci ukázalo ako ochranný faktor a dobrý základ pre ďalšiu liečbu

Najdôležitejším faktorom v liečbe takého pacienta je rýchle poskytnutie prvotného ošetrovania, včasná a správna diagnostika a cielená terapia. Treba však upozorniť aj na nutnosť psychologickú a sociálnu podporu pacienta. Preto starostlivosť o takého pacienta by mala byť interdisciplinárna, nielen lekárska a zdravotnícka, ale aj psychologická a sociálna s postupným začleňovaním pacienta do spoločnosti.

Pri takýchto pacientoch je dôležité prihliadať aj na ich minulosť, nie však v zmysle výčitiek či predsudkov, ale v snahe pochopiť životnú situáciu pacienta, aby sme dokázali pacientovi prinavrátiť pocit sebadôvery a sebaúcty, bez ktorých nie je možné pokračovať v ďalšej starostlivosti, a ktoré sú dôležitým stavebným prvkom pyramídy začleňovania do spoločnosti.

## Použitá literatúra

Čambal, M. a kol. 2013. Larválna terapia a chronické nehojace sa rany. In *Slovenská chirurgia*. 2013, roč.10, č.1, s. 8-11. Dostupné na internete: <[http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=6215&magazine\\_id=17](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6215&magazine_id=17) >

Gajdošík, M. – Takáč, P. 2010 *Larválna terapia a jej využitie v klinickej praxi*, dostupné na internete: <<http://www.uzsav.eu/workspace/media/documents/gajdosik-larvalna-terapia-a-jej-vyuzitie-v-klinickej-praxi-abstrakt.pdf+&cd=1&hl=sk&ct=clnk&gl=sk>>

Mátel, A. – Schavel, M. 2014. *Teória a metódy sociálnej práce I*. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce. 420 s.

Mátel, A. – Schavel, M. - Mühlbacher, P. - Roman, T. 2010. *Aplikovaná etika v sociálnej práci a ďalších pomáhajúcich profesiách*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 413 s.

Polakovičová, S. – Danišovič, L. Čambal M. a kol. 2011. Účinok exkrétu/sekrétu (ES) z lariev bzučivky *Lucilia (Phaenicia) sericata* v procese hojenia rán. In *Hojení Rán*. 2011, roč. 5: s. 9- 12.

Polakovičová, S. Larválna terapia – história, technika, účinky a jej využitie v súčasnosti v liečbe rán. In *Derma*. 2006, roč. 6, s. 22-27.

VARGOVÁ, V. 2015. *Larválna terapia - Výskum a využitie sekrétu zo slinných žliaz muchy Lucilia sericata na liečbu chronických rán*. Univerzita Komenského v Bratislave - Lekárska fakulta, 2015, 63 s.

# Standardy a jejich význam v péči

Šrajerová Ladislava

*Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jana N. Neumanna,  
Proton Therapy Center Czech s.r.o.*

V příspěvku se zabývám významem standardů ošetřovatelských postupů, jejich vlivem na zkvalitnění práce ošetřovatelského personálu a zvyšování kvality péče v českých nemocnicích. Teoretická část práce popisuje principy kvality, standardizace a akreditace. Předkládám popis tvorby standardu. V empirické části zjišťuji a hodnotím znalosti i názory manažerek a sester na práci podle standardů ošetřovatelských postupů ve dvou zdravotnických zařízeních, uplatňující program kontinuálního zvyšování kvality, z nichž jedno zařízení je akreditováno. Práce zohledňuje lidský faktor.

**Klíčová slova:** standard ošetřovatelské péče, kvalita, akreditace, audit, manažer, všeobecná sestra, zdravotnický asistent

•

Ve svém příspěvku se zabývám problematikou standardizace a jejího významu z pohledu všeobecných sester a manažerek. Zavedení standardů ošetřovatelských postupů je jedním z mnoha prvků programu kontinuálního zvyšování kvality péče.

Teoretická část obsahovala připomenutí koncepce ošetřovatelství, objasnění kontinuálního zvyšování kvality péče, zaměřila jsem se na standardy ošetřovatelských postupů, jejich tvorbu a kontrolu. Jedna kapitola se týkala samotného auditu. Protože se mne tato problematika úzce dotýká a zajímám se o vše, co se standardizací souvisí, zajímají mne i názory týkajících se SOP a přístup mých kolegyní na všech pozicích a v různých zdravotnických zařízeních k nim. Proto jsem ve svém šetření oslovila obě skupiny sester, jak „řadové“, tak i manažerky, ve dvou nemocnicích ONMB a FNHK. V obou nemocnicích jsou SOP zavedeny. FNHK je na rozdíl od ONMB akreditovaným zařízením a se standardizací zde sestry mají větší zkušenosti.

V empirické části jsem hodnotila pomocí dotazníkového šetření, každou skupinu vybraných vzorků, zvlášť. V obou zkoumaných nemocnicích jsem nejprve oslovila náměstkyně pro ošetřovatelskou péči a seznámila je s mou výzkumnou činností. Spolu s žádostí o povolení výzkumu jsem předala i vypracované dotazníky, cíle a hypotézy svého výzkumného šetření. Šetření probíhalo v období leden-březen 2011. Zaměřila jsem se na znalosti sester týkajících se práce podle SOP a jejich zkušenosti s nimi. Stejně jako u této skupiny, tak i u skupiny manažerek mne zajímalo, zda v zavedení SOP vidí pro svou práci, oddělení i nemocnici přínos.

Informace nutné pro vypracování výzkumné části mé práce, jsem získala metodou nestandardizovaného dotazníku. Distribuce dotazníků probíhala prostřednictvím kontaktních osob – vrchních sester. Celkem jsem distribuovala 150 dotazníků. Skupina manažerek, čítala celkem 50 dotazníků. Skupina sester a zdravotních asistentů 100 dotazníků. V každém zdravotnickém zařízení jsem distribuoval 25 dotazníků manažerkám a 50 dotazníků sestrám a zdravotnickým asistentům.

## Od manažerek se vrátilo:

- z ONMB 23 dotazníků což je 92% návratnost
- z FNHK 24 dotazníků což je 96% návratnost.

Celkový počet vrácených dotazníků obou nemocnic byl 47 což, je 94% návratnost.

## Od sester a zdravotních asistentů se vrátilo:

- z ONMB 48 dotazníků což je 96% návratnost
- z FNHK 46 dotazníků což je 92% návratnost.

Celkový počet vrácených dotazníků obou nemocnic byl 94 což je 94% návratnost. Výsledky jsem zpracovala v programu Microsoft Office Excel 2007 do tabulek a grafů. Hodnoty v tabulkách jsem uváděla v podobě absolutní četnosti (dále

abs.č.) a relativní četnosti (dále real.č.) v procentech. Chtěla jsem zjistit, jaké znalosti mají sestry o standardech ošetrovatelských postupů a o auditech. Zajímalo mne hodnocení práce podle SOP v čem, vidí přínos sestry a v čem jejich manažerky. Zda díky jim vidí zlepšení kvality ošetrovatelské péče. Stanovila jsem si pět cílů a pro každou skupinu sedm hypotéz.

## **CÍLE**

**Cíl 1.** Zjistit jak dlouho jsou standardní postupy ošetrovatelské péče (dále jen SOP) ve zkoumaných nemocnicích zavedeny.

**Cíl 2.** Zjistit jaké typy SOP jsou ve zkoumaných nemocnicích vytvořeny (všeobecných nebo i specializovaných postupů).

**Cíl 4.** Zjistit shodnost či rozdílnost témat auditu standardních oddělení spolu s odděleními JIP a ARO.

**Cíl 5.** Zjistit názor sester, zda mají vytvořeny podmínky pro práci podle SOP.

## **HYPOTÉZY**

### **SESTRY MANAŽERKY**

- |                                                                                                                          |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>H 1.</b> Sestry manažerky pokládají standardní postupy ošetrovatelské péče za přínos pro zlepšení ošetrovatelské péče | <b>100%</b>                           |
| <b>H 2.</b> Sestry manažerky vyhodnocují audit                                                                           | <b>50%:50%</b>                        |
| <b>H 3.</b> Sestry manažerky se podílejí na tvorbě standardů                                                             | <b>50%:50%</b>                        |
| <b>H 4.</b> Sestry manažerky jsou členy týmu auditorek                                                                   | <b>50%:50%</b>                        |
| <b>H 5.</b> Ve zkoumaných nemocnicích se audit provádí každý měsíc                                                       | <b>100%</b>                           |
| <b>H 6.</b> Ve zkoumaných nemocnicích je audit prováděn vždy na odděleních                                               | <b>na všech 80%, na vybraných 20%</b> |
| <b>H 7.</b> Zavedení standardů a náprava zjištěných chyb při auditu přineslo zvýšení kvality péče                        | <b>100%</b>                           |

### **VŠEOBECNÉ SESTRY a ZDRAVOTNÍ ASISTENTI**

- |                                                                                                                                                   |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>H 1.</b> Všeobecné sestry a zdravotní asistenti vědí, co jsou standardní postupy ošetrovatelské péče                                           | <b>100%</b>            |
| <b>H 2.</b> Ve zkoumaných nemocnicích jsou zavedeny standardní postupy ošetrovatelské péče                                                        | <b>100%</b>            |
| <b>H 3.</b> Na všech odděleních se pracuje se standardními postupy ošetrovatelské péče                                                            | <b>ano 80%, ne 20%</b> |
| <b>H 4.</b> Všeobecné sestry a zdravotní asistenti nevidí přínos standardních postupů ošetrovatelské péče pro svou práci                          | <b>ano 70%, ne 30%</b> |
| <b>H 5.</b> Všeobecné sestry a zdravotní asistenti vědí, k čemu slouží audit                                                                      | <b>50%:50%</b>         |
| <b>H 6.</b> Všeobecné sestry a zdravotní asistenti jsou se SOP seznámeni svým vedoucím pracovníkem nebo se s ním seznamují sami z vlastního zájmu | <b>ano 80%, ne 20%</b> |
| <b>H 7.</b> Všeobecné sestry se podílejí na tvorbě standardů                                                                                      | <b>50%:50%</b>         |

U prvního cíle jsem šetřením zjistila, že v obou nemocnicích mají SOP zavedeny více jak pět let. Druhým cílem jsem chtěla zjistit jaké typy SOP jsou v nemocnicích vytvořeny. Dotazníkové šetření prokázalo, že jsou v obou nemocnicích vytvořeny SOP všeobecné i specializovaných postupů. Třetím cílem zjišťovala, zda obě skupiny sester ví, kde naleznou SOP na svém oddělení. Zde se ukázalo, že větší procento sester ví, kde SOP naleznou.

Ve čtvrtém cíli jsem chtěla zjistit, zda téma auditu mají v obou nemocnicích stejné pro JIP a ARO, tak pro standardní oddělení. Vyhodnocením dotazníků jsem zjistila,

že v ONMB mají stejné téma a ve FNHK mají téma odlišné. Pátý cíl se týkal zjištění vytvořených podmínek pro práci podle SOP. I zde opět byla rozdílnost v jednotlivých nemocnicích. V ONMB sestry udávají, že nemají jednoznačně podmínky vytvořeny, zatím co sestry ve FNHK ano.

Ve vzorku skupiny manažerek šetření ukázalo, že podle stanovených předpokladů se ani jedna hypotéza nepotvrdila. Přesto u některých hypotéz celkový výstup byl pozitivní. Kladný výsledek, i když se tato nepotvrdila, šetření ukázalo u hypotézy č. 1. Větší část manažerek přínos v SOP vidí, pozorují zlepšení ošetrovatelské péče a zaznamenaly i snížení pochybení. Pozitivní je i podíl manažerek na tvorbě nebo připomínkování SOP.

Většina manažerek je členkami auditorského týmu, zde jsem předpokládala 50% auditorek. Bohužel jako negativní se ukázalo, že většina manažerek si nevede evidenci výstupů auditu a ne všechny provádí kontrolu náprav zjištěných neshod.

Ve vzorku u skupiny všeobecných sester se rovněž hypotézy nepotvrdily, ale také se zde našly pozitivní skutečnosti. Přestože u hypotézy prověřující znalosti sester, co jsou SOP, se předpoklad nenaplnil na 100%, její vyhodnocení s 95% není fiaskem. Hypotéza týkající se práce podle SOP také nebyla zcela negativní. Prokázala, že v obou nemocnicích větší část sester podle SOP pracuje. Jako pozitivní se ukázala i hypotéza, jakým způsobem jsou sestry s novými nebo revidovanými SOP, seznámeny. I hypotéza týkající se znalosti o auditu přinesla pozitivní výstup, poměrně velká část sester ví co je audit a k čemu slouží.

I když v menší míře, přesto se objevily názory na audit, jako způsob šikany, hledání chyb a možných postihů. Bohužel jako negativní se ukázaly podmínky pro práci podle SOP. Stejně tak nepříznivě dopadla hypotéza týkající se spolupráce sester na tvorbě SOP. Negativně byl hodnocen i přínos SOP. Většina tázaných přínos a zlepšení své práce a ošetrovatelské péče nevidí.

Mým zájmem také bylo zjistit, zda manažerky samy provádí audit a co jim přináší. Tato zjištění jsem chtěla porovnat nejen v rámci svého šetření, ale i zároveň je porovnat s jinými studiemi a pracemi na podobné či shodné téma. Na stránkách Masarykovy univerzity v Brně, jsem našla bakalářskou práci s názvem „Standardy ošetrovatelské péče v českých nemocnicích“, tuto práci vypracovala a v roce 2009 obhajovala Monika Hálková. ([http://is.muni.cz/th/214737/lf\\_b/](http://is.muni.cz/th/214737/lf_b/)). Hálková ve své práci srovnává názory a znalosti sester, ve třech nemocnicích, jsou to nemocnice v Kyjově, Břeclavi a v Masarykově onkologickém ústavu v Brně (dále jen MOU). Pro zajímavost uvádím některá srovnání jejího a mého výzkumu.

U položky zda mají v nemocnici zavedené SOP, v mém šetření i v šetření Hálkové kladně odpověděla převážná většina respondentů. Zjištěná data obou šetření jsou shodná.

V položce práce podle SOP v šetření Hálkové většina respondentů pracuje podle SOP **vždy**. Menší část **většinou** a zanedbatelné procento uvedlo **někdy**, že **nikdy** nepracují, podle SOP uvedly 3 respondentky. V mém šetření tato data také ukázala, že v obou nemocnicích převážná většina respondentů podle SOP pracuje. Menší část **většinou** **ano** a zanedbatelné procento uvedlo **někdy**, minimum **o tom nepřemýšlí**, nikdo z vybraného vzorku neuvedl, že by **nikdy** podle SOP nepracoval. Bocková ve své práci udává též, že převážná většina pracuje **vždy**, minimum podle SOP pracují **někdy** **ano**, **někdy** **ne** a několik jich **nikdy** podle SOP nepracuje. Oproti šetření Hálkové a Bockové mé šetření prokázalo, že z vybraného vzorku ani v jedné ze dvou nemocnic není nikdo, kdo by podle SOP **nikdy** nepracoval.

Zajímavá je položka týkající se auditu. Většina respondentů ví co je audit a k čemu slouží. V obou nemocnicích menší část respondentů udává, že slouží k šikaně a hledání chyb, za které hrozí trest. Šetření Hálkové ukazuje negativistický postoj respondentů, kdy část jich udává, že audit slouží k zastrašování nebo postihu zaměstnanců nebo je pouze formálním procesem požadovaným nadřízenými orgány. I přes negativismus některých respondentů u Hálkové šetření vyznívá pozitivně. Obě šetření prokázaly, že respondenti ví, co je audit a k čemu slouží. V položce seznámení s novým standardem

v šetření Hálkové všichni respondenti nejčastěji uváděli, že si jej nejdříve prostudují a pak podepíší, že s ním byli seznámeni. Minimum respondentů uvedlo, že jsou s ním seznámeni na provozní schůzi vrchní nebo staniční sestrou. Mé šetření prokazuje opak, převážně k seznámení dochází,

buď upozorněním, nebo na provozní poradě, vrchní nebo staniční sestrou. Další část si SOP prostuduje a podepíše, sami objeví SOP, udává menší část.

Na tvorbě standardu podle Hálkové se většina sester nepodílí. Podle mého šetření

ze vzorku v obou nemocnicích se na tvorbě SOP poměrově stejná část respondentek, podílí i nepodílí, menší část o této možnosti neví a minimum z dotázaných se o to nezajímá. Tato srovnání se prozatím týkala skupiny všeobecných sester.

Další zdroj pro mé srovnání jsem našla na internetových stránkách Theses.cz, sledující shodnost závěrečných prací. Diplomovou práci „Kontrolní proces naplňování standardizovaných ošetrovatelských postupů v nemocničním zařízení“ v roce 2010 vypracovala a obhajovala Bc. Soňa Bocková, na Univerzitě Palackého v Olomouci. (<http://theses.cz/id/1sldr8/79721-619901976.pdf>)

Bocková pak své šetření provádí ve dvou nejmenovaných nemocnicích označených X a Y a u dvou skupin sester - manažerek (vrchních a staničních sester) a registrovaných sester.

Bocková ve svém šetření zjistila, že z dotazovaných respondentů uvedl 1 respondent středoškolské vzdělání, větší část uvádí pomaturitní specializaci, menší část udává VŠ.

V mém šetření v porovnání nemocnic v ONMB ve vybraném vzorku na pozici manažerky nepracuje žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra a převažují sestry se specializačním studiem. Několik je absolventek Vyšší odborné školy s titulem Dis. (dále jen VOŠ). Oproti FNHK, kde ve vybraném vzorku na této pozici pracují jak sestry se specializačním studiem, sestry absolventky VOŠ, tak sestry bakalářky i sestry magistry.

V obou nemocnicích nevýšší procento manažerek je se specializačním studiem jako druhé je studium VOŠ třetí místo patří bakalářkám čtvrté magisterám a s titulem Ph.D z vybraného vzorku není žádná. Ve FNHK s tímto titulem pracuje zástupkyně náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a v ONMB koordinátor kvality. Vzdělání manažerek v zařízení v němž prováděla šetření Bocková je shodné se vzděláním manažerek v ONMB.

Další shodná ploška byla, podílení se na tvorbě SOP. Mé šetření ukázalo, že z vybraného vzorku zařazených respondentek, se většina na tvorbě SOP podílí a menší část se na tvorbě nepodílí. Bocková ve svém šetření zjistila, že z celkového počtu se též větší část respondentů na tvorbě SOP podílelo a menší část SOP připomínkovali. Obojí šetření se ukázalo jako pozitivní.

Pokud porovnám své a šetření mých kolegyně, je vidět, že ve všech zkoumaných nemocnicích jsou SOP zavedeny, jsou sestrám dostupné, jsou s nimi ne vždy dostatečně seznámeny a většinou podle nich pracují. Sestry chápou, co jsou SOP, proč jsou zavedeny, ve většině případů ví co je audit a co je jeho účelem a i přesto, však zavedení SOP a audit, berou jako útok na svou osobu, mnohdy zase jako banalitu a spíše nechtějí chápat jeho pravou podstatu. Mnohdy je to i vina manažerek, které výstupy z auditu neprezentují, bohužel nevěnují ani dostatečnou pozornost nápravě zjištěných pochybení, natož aby své podřízené v případě kladného výstupu pochválily. Negativismus k SOP mají především sestry z pracovišť, kde nemají pro práci podle SOP vytvořené dostatečné podmínky. Tento problém, je problémem manažerek, které sami problém kontinuálního zvyšování kvality a sním, jako jednu z podmínek, související zavedení SOP a kontrolu jejich plnění, podceňují.

Šetření odhalilo několik nedostatků v obou zkoumaných skupinách. Podle tohoto šetření, konzultací jeho výsledků s mými kolegyněmi, manažerkami a mnou prostudovaných materiálů se problémy týkaly několika oblastí.

Ve skupině manažerek bych viděla nápravu v těchto bodech:

- znalosti manažerek
- vzdělání
- délka práce na pozici.

Všechny tyto body spolu úzce souvisí. Manažerky by měly být znalé věcí, měly by být zkušené a zároveň ochotné dále se vzdělávat. V praxi by se mělo více využívat i mladších vysokoškolsky vzdělaných sester.

Ve skupině sester bych nápravu viděla v těchto bodech:

- poskytnutí více informací o KZK a standardizace
- informace o auditu
- podmínky pro práci podle SOP.

Sestrám by se mělo dostat informací pomocí seminářů, ať ústavních, tak pořádaných na oddělení. Mělo by se dát sestrám více možností podílet se na tvorbě SOP. Pak by se i lépe zaváděly a nebyly by pro ně nesmyslným nařízením.

Sestry by měly být informovány o auditu, informovány o tom co audit je, jaký má význam, v jakých cyklech se provádí a kdo jsou to auditorky. Audit by měl probíhat podle platných pravidel – být předem oznámen, domluven vhodný termín a čas a měla by být zajištěna nezávislost auditorů a kompetenčnost auditorů. Nedostatek je i v oblasti předávání informací výstupu auditu. Po skončení auditu by měly dostat sestry kvalitně zpracovaný výstup, na jehož základě se pak podílely na nápravě případných zjištěných nedostatků a v případě zjištěné shody, aby se jim dostalo od svých manažerek náležité odměny. Odměna je pro další práci vždy motivujícím prvkem a nemusí být vždy jen finanční. Pochvala a vyzdvižení před kolektivem nejen potěší dotyčné, ale je motivací i pro ostatní sestry. Další závažným nedostatkem jsou podmínky pro práci podle SOP. Překážkou není jen materiálové vybavení, ale mnohdy i personální a organizační.

Snažila jsem se zmapovat nejpálčivější body svého šetření a zamyslet se nad jejich příčinou a jak se jich vyvarovat. Doufám, že má práce bude přínosem a inspirací pro případné nápravy, zjištěných nedostatků.

Výsledky tohoto výzkumného šetření a poznatky byly předány náměstkyním ošetrovatelské péče zdravotnickým zařízení, v nichž jsem své šetření prováděla.

Tímto výzkumem jsem také chtěla přiblížit nezměrné úsilí, všech, kteří se na kontinuálním zvyšování kvality ošetrovatelské péče podílejí a své negativistické spolupracovníky se snaží nejen přesvědčit, ale především motivovat. Neboť tato práce je s lidmi a o lidech.

## **Literatura**

GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, a STRNAD, Ladislav. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 183 s. ISBN 57 – 865 – 98.

KONTROVÁ, Ľubica, ZÁČEKOVÁ, Mária, a HULKOVÁ, Viera. Štandardy v ošetrovatelstve. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 216 s. ISBN 80 – 8063 – 198 – 0.

KOLEKTIV AUTORŮ, trans. MARX, David, STANĚK, Ivan. JCI. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 287 s. ISBN 80 – 247 – 0629 – 6.

# Řízená péče jako skrytá rezerva finančních nákladů na zdravotní péči

Funtová Veronika

Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžbety

Zdravotnictví jako každý jiný rezort nemá přebytek finančních zdrojů a proto nemůže neustále navyšovat náklady, ale musí se naučit hledat skryté rezervy v existujícím systému. Česká zdravotnická zařízení začínají přijímat zkušenosti vyspělých světových ekonomik z oblasti zdravotnictví (řízená péče, DRG systém atp.), popřípadě si vytvářejí vlastní strategie. Ošetřovatelství musí také reagovat a aplikovat všechny dostupné a ověřené strategie k optimálnějšímu a efektivnějšímu využití svěřených zdrojů. Sestry by měly umět existující zdroje proaktivně řídit. Důležitým článkem k získání úspor je delegování osobní odpovědnosti za ekonomickou prosperitu oddělení na sestry manažerky, které mají možnost náklady ovlivnit. Je potřeba personál vzdělávat a seznámit se skutečnou cenou zdravotnického materiálu a zároveň ho motivovat osobními finančními odměnami. Každá sestra by si měla uvědomit, že její odpovědnost není pouze v zajišťování kvalitní ošetřovatelské péče, ale také v zajišťování efektivního využití všech zdrojů (čas, finanční prostředky, zdravotnický materiál, léky atp.).

**Klíčová slova:** sestra, náklady, řízená péče

•

## Úvod

Hospodářská krize v minulých letech, měla devastující dopad na pracovníky ve zdravotnictví i na dostupnost péče. Zapříčinila zastavení nábory nových pracovníků do zdravotnictví a zmrazení počtu zaměstnanců v době, kdy celosvětový nedostatek sester doprovázela zvýšená poptávka po zdravotní péči. Vlády mnoha zemí po celém světě omezily výdaje na zdravotnictví a zejména na ošetřovatelství. Cílem každého manažera zdravotnického zařízení by měla být maximalizace zisku za současné minimalizace nákladů. Nejde o nic objektivního – snižovat své náklady a zvyšovat zisk je každodenní boj všech podnikatelských subjektů, tedy i zdravotnických zařízení. Sestry, jako nejpočetnější profese ve zdravotnictví, mají dobrou výchozí pozici k tomu, aby prosazovaly opatření pro zlepšení efektivity a současně poskytovaly kvalitní péči a dosahovaly optimálních výsledků pro pacienty. Rozhodnutí, které každá sestra dělá při své běžné činnosti několikrát denně, mohou znamenat zásadní rozdíl pro efektivitu celého systému. Sestry jsou tedy ústředním bodem snahy dosáhnout nejlepšího poměru kvality a nákladů. Je nutné, aby získali lepší povědomí pro dosažení bezpečnosti a kvality péče nákladově efektivním způsobem, získali přehled o financování zdravotnictví, včetně efektivního využití zdrojů.

## Hledání optimálního vztahu mezi kvalitou a náklady

Jednou z hlavních priorit ošetřovatelského managementu je úspěšně řídit náklady na zdravotnický materiál na oddělení. Efektivního řízení nákladů lze dosáhnout pomocí nástrojů jako je *řízená péče*, *plánované propouštění pacientů*, *mapy péče*, *case management* nebo *řízení zdrojů*. Erudovaná sestra manažerka může úspěšně řídit ekonomiku svého oddělení, a tak přispět zdravotnickému zařízení k dosažení jeho poslání, vize a strategických cílů. Vhodně nastavené pracovní procesy, pomohou zdravotnickému zařízení držet náklady tzv. na uzdě mnohem lépe a efektivněji. Plýtvání bývá většinou způsobeno špatnými nebo nedostatečně definovanými procesy. Zároveň je velmi důležité, aby za každou činnost byl někdo plně kompetentní (Škrlovi, 2003).

## Řízená péče v ošetřovatelství

Řízená péče se týká kvality a osobní odpovědnosti, tj. „řízeného“ chování všech členů multidisciplinárního týmu a kostrou celé filosofie řízené péče společně s kontrolou nákladů. V podstatě je to aktivní řízení nákladů, kvality a toku služeb. V České republice mají důležitý význam hlavně nástroje řízené péče řešící praktické problémy ošetřovatelství ve zdravotnických zařízeních. Některé nástroje řízené péče jsou mnohdy zaváděny na odděleních zdravotnických zařízení, aniž byly cíleně označovány jako řízená péče (plánované propouštění pacientů, integrovaná zdravotnická dokumentace, program kontinuální zvyšování kvality, mapy péče apod.). Tyto nástroje řízené péče jsou prověřeny mnohaletou praxí. Sestry jsou a mohou být významnými nositelkami progresivních změn v oblasti řízené péče. Postoje, osobní odpovědnost



za kvalitu péče, vzdělávání, efektivní využívání všech zdrojů, kreativitu, kritické myšlení a touhu být profesionální špičkou představuje novou filozofii. Celý profesionální zdravotnický svět se ubírá tímto směrem neuvěřitelnou rychlostí a řízená péče představuje naši budoucnost.

### **Nástroje řízené péče**

- *plánované propouštění pacientů* (cílem je zajištění kontinuity péče po propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení),
- *mapy péče* (standardizované a popsané plány péče, kdy lze přesně rozpoznat odchylku od plánovaného výsledku),
- *case management* (případová studie)
- *efektivní řízení všech zdrojů* (časové zdroje, vynakládané finanční prostředky, lidské zdroje, používaný zdravotnický materiál, léková politika zdravotnického zařízení atd.).
- *přesně definované kompetence* jednotlivých zaměstnanců a přesně popsané procesy.

Filozofie řízené péče se stala standardem všech zdravotnických systémů, ve kterých sestry v ekonomicky vyspělých zemích pracují. Na této cestě je však mnoho překážek. Největší z nich je člověk se svou přirozenou rezistencí ochotně, rychle a s nadšením reagovat na potřebné změny. Rozvoj řízené péče ve světě má za následek trvalé změny ve způsobu, jakým sestry poskytují svým pacientům ošetrovatelskou péči. Chytřejí, s větším důrazem na výuku o podpoře zdraví, kontinuálním zvyšováním kvality či zkracováním hospitalizační doby s ohledem na partnerský vztah k pacientovi a jeho rodině a celostnímu přístupu k osobě pacienta. Výhody řízené péče a jejích nástrojů, které by mohly být přínosem pro české ošetrovatelství, lze shrnout do následujících bodů:

- snížení variability zdravotnické dokumentace a ošetrovatelského procesu,
- podpoření kontinuity - case management, program plánovaného propouštění pacientů,
- snížení počtu mimořádných událostí,
- snížení nákladů oddělení,
- zlepšení kvality péče - kontinuální zvyšování kvality,
- vylepšení vztahů v multidisciplinárním týmu (Škrlovi, 2003).

### **Mapy ošetrovatelské péče**

Jedním z nástrojů řízené péče jsou i mapy péče. Jejich výsledným cílem je dosažení maximální kvality péče za minimální náklady. Mapy péče pomáhají sestrám konat svou práci chytřejí, levněji, kvalitněji, efektivněji, rychleji a účelněji. Procesy, intervence a očekávané výsledky jsou rozvrženy v čase, který odpovídá délce hospitalizace a klinickému průběhu u průměrného pacienta. Hlavní výhodou map péče (standardizovaných plánů péče) je snížení variability v léčebné a ošetrovatelské péči. Obsah map péče, stejně jako podrobné intervence a očekávané výsledky, jsou předem určeny a zakládají se na zkušenostech multidisciplinárního týmu, ošetrovatelských standardech péče, literatuře, doporučených postupech a směrnicích odborných organizací. Mapa péče takřka okamžitě upozorní členy léčebného týmu na odchylku od plánovaného výsledku péče. V takovém případě hovoříme o „odchylce“, kterou je nutné okamžitě vyhodnotit a řešit (Boudová, Pašková, Kilíková, 2013)

Mapy péče jsou multidisciplinárním nástrojem pro řízení péče pacientů. Byly vypracovány pro specifickou diagnózu (DRG), proceduru či operační zákrok. Zabývají se nejen kvalitní péčí, ale také optimálními výstupy a výsledky ošetrovatelské péče. Na každý hospitalizační den je rozpracován plán, který navrhuje postup pro následující léčebnou ošetrovatelskou péči: diagnostiku, zákroky, medikaci, dietu, pohybový režim, výuku a plánované propouštění. Pro sestry jsou mapy péče ideální, protože ošetrovatelské intervence jsou načasovány za účelem dosažení specifických cílů.

**Význam map péče** - jsou důležitým klinickým nástrojem sester, založeny na poznatcích vědy, osobních znalostech a zkušenostech, kultuře, tradicích, výzkumu, dostupných zdrojích a ekonomických možnostech. Maximální efektivnosti lze dosáhnout tím, že každý člen týmu zná přesně proces a harmonogram, očekávané cíle, kterých je potřeba při léčbě pacienta dosáhnout. Sestrám mapy péče pomohou nahradit vypracovávání individualizovaného plánu ošetrovatelské

péče nebo dlouhé denní zápisy o průběhu péče. Nabízejí ideální nástroj k neustálému zvyšování kvality, lze je snadno upravit v souladu s novými poznatky a potřebami pacientů.

Při zavádění map péče je vhodné, aby si oddělení vypracovalo mapy péče pro několik případů (diagnóza.) s vysokou frekvencí, vysokými náklady nebo případy, o které je mimořádný zájem. Jakmile je vybrána specifická skupina pacientů (diagnóza, chirurgický zákrok atp.), sejdou se klíčoví pracovníci, kteří s touto diagnózou přicházejí do styku a jsou za péči o tyto pacienty odpovědní. Při jejich použití je skoro nemožné opomenout jakýkoliv důležitý aspekt péče a veškeré intervence jsou jasně a přesně dokumentovány. Mapy péče představují racionální přístup k problému nekontrolovatelně narůstajících nákladů. Umožňují nový pohled na plán péče, chrání lékařský a ošetrovatelský personál před následky soudních sporů.

#### ***Přínos map péče:***

- snížení nákladů na lékařskou a ošetrovatelskou péči,
- zlepšení kvality a kontinuity veškeré péče,
- zaměření na výsledky zdravotní a ošetrovatelské péče,
- lepší spolupráce celého týmu,
- odstranění variability procesu péče,
- okamžité aktuální reakce na odchylky od plánovaného průběhu léčby (Škrlovi, 2003)

#### **Case management – řízení případů**

Tento nástroj řízení péče se stal v ošetrovatelství ve světě tak populární, že netrvalo dlouho a vznikla potřeba nová kategorie sester, která by se v praxi case managementem zabývala. Sestrám v této roli se říká „case manažerky“ nebo také „manažerky případů“. Tyto sestry jsou odpovědné za koordinaci všech členů multidisciplinárního týmu při poskytování léčebné a ošetrovatelské péče u vybrané skupiny pacientů. Týká se většinou o případy rizikové, s možnými vážnými komplikacemi nebo vysoce akutní, které nepředstavují více než 20 % hospitalizovaných pacientů oddělení, kdy jejich léčba vyžaduje až 80 % všech zdrojů. Cílem case managementu je pečovat o tyto náročné pacienty, aby se jejich stav co nejdříve stabilizoval a jejich požadavky na zdroje co nejrychleji normalizovaly. Jsou manažerky případů, které se specializují např. na pacienty s dg. Diabetes mellitus, pacienty rozsáhlými popáleninami nebo pacienty po mozkové mrtvici. V této pozici se nazývají manažerkami onemocnění (disease manager).

Manažerky případů vytvářejí podmínky pro to, aby pacientům mohla být poskytnuta kontinuální a efektivní péče nejvyšší kvality. Jsou silnou hnací silou v celém systému řízení případů. Využívají nástrojů, jako jsou CPG (clinical practice guidelines- doporučené klinické postupy) nebo mapy péče (care maps). Case management velmi podporuje efektivní komunikaci mezi všemi členy léčebného týmu a pomáhá ostatním sestrám trávit více času u pacientova lůžka

#### ***Řízení případů*** (proces podobný ošetrovatelskému procesu)

- výběr případů,
- vyhodnocení pacienta podobně jako ošetrovatelská anamnéza,
- vytváří a koordinuje léčebný plán a plán propuštění,
- kontinuálně řídí případ až do konečného plánu (až po propuštění pacienta),
- konečné vyhodnocení s následnými kontrolami pacienta.

#### ***Klinická role***

- při příjmu pacienta provádí příjmové vyhodnocení pacientů,
- plánuje péči a využívá mapy péče,
- dohlíží na kvalitu kontinuity léčebné péče,

- identifikuje odchylky od předem plánovaného průběhu léčby,
- monitoruje případné stížnosti pacientů,
- vyhodnocuje zlepšování zdravotního stavu pacientů,
- reviduje péči a spolupracuje s multidisciplinárním týmem kvůli odstranění odchylek,
- iniciuje proces propuštění pacienta.

#### **Manažerská role**

- je spojkou a v případě potřeby je k dispozici členům multidisciplinárního týmu,
- zajišťuje efektivní využití času (prioritní procedury a diagnostiku pro své pacienty),
- dohlíží na dodržování ošetřovatelských standardů a principy kontinuálního zvyšování kvality,
- účastní se všech sesterských porad týkajících se pacientů na oddělení.

#### **Finanční role**

- zná DRG systém, doporučené léčebné postupy a jejich praktickou aplikaci na oddělení,
- zabraňuje duplikaci a fragmentaci péče,
- má pod kontrolou veškeré přidělování zdrojů,
- snaží se předvídat, zda bude pacientova hospitalizace vyžadovat delší než standardní dobu,
- kontroluje odchylky od normálu a okamžitě reaguje,
- identifikuje a ihned řeší systémové ošetřovatelské problémy na oddělení.

#### **Plánované propouštění pacientů**

V roce 1910 bylo poprvé v odborné literatuře doporučeno, aby v každé nemocnici pracovala sestra, jejíž pracovní náplní bude sblížení a spřátelení se s pacienty před jejich propuštěním a měla by se umět vžít se do role a situace pacienta. Přesvědčit se, zda na tyto pacienty někdo doma čeká, a v případě potřeby zařídit přijetí v jiném léčebném nebo pečovatelském zařízení. V sedmdesátých letech Národní ošetřovatelská liga v USA vydala tato doporučení:

- v každé nemocnici bude určena osoba, která se bude zabývat plánováním péče o pacienta po propuštění,
- plánování propouštění se bude realizovat v průběhu hospitalizace,
- v každém zdravotnickém zařízení budou vypracovány přesně definované směrnice pro překlad pacientů do jiných typů léčebných zařízení,

Cílem těchto doporučení je uspokojit potřeby celé osobnosti pacienta, u kterého změna zdravotního stavu vyvolala a vyžaduje spolupráci se všemi členy multidisciplinárního týmu, pacientem a jeho rodinou. Vyhodnotit pacientův podpůrný systém jeho i rodiny a přesvědčit se, jestli prostředí, do kterého se vrací, vyhovuje podmínkám potřebné péče. V celé této etapě je důležité zajištění informovaného souhlasu pacienta a jeho rodiny s realizací pokračování další léčby nebo doléčování po propuštění z nemocniční péče. Je potřeba zajistit výuku pacienta a členů rodiny a udržovat kontakty s organizacemi nabízejícími formy péče nebo podpory v dalším léčení. Těsně před propuštěním pacienta je důležité mít přehled o skutečném celkovém zdravotním stavu pacienta za účelem posledních možných změn. Plánované propouštění pacientů se zaměřuje hlavně na pacienty starší 65 let, pacienty, kteří nejsou schopni sami vykonávat aktivity denního života a potřebují pomoc se sebe péčí. Dále na pacienty trpící onemocněním, které do budoucna bude mít dlouhodobé následky jako je např. rakovina, chronické selhání ledvin, diabetes mellitus, atp. Plánované propouštění se týká i pacientů, kteří mají problémy s medikací, dovednostmi v péči o své tělo (kolostomie, aplikace inzulínu nebo aplikace kyslíku). Týká se zkrátka všech pacientů, kteří potřebují jakýkoliv podpůrný systém, nejsou schopni si sami zajistit následnou péči a potřebují pomoc v podobě služby, pomůcek, které jsou v místě bydliště k dispozici (sestra, pečovatelka, sociální pracovník, invalidní vozík apod.).

Plánované propouštění pacienta začíná s příjmovým vyhodnocením stavu a potřeb pacienta, kdy personál na základě ošetřovatelské anamnézy a stanovených propouštějících kritérií vyhodnotí, zda pacient bude vyžadovat pozornost specializovaného týmu. V případě, že je pacient zařazen do této rizikové skupiny, je informována koordinátorka plánovaného propouštění pacientů speciálním formulářem. Koordinátorka vyhodnocuje, aby nebyla opomenuta žádná potřeba, dochází k opakovaným návštěvám a dialogům s pacientem, se členy rodiny a členy multidisciplinárního týmu. Plán následné péče je v podstatě „ušit na míru“ podle skutečných potřeb pacienta. Je nutné jej na základě nově získaných informací aktualizovat a upravovat. Stanovením uvedených cílů není snadné a je prakticky nemožné, pokud se odkládá na poslední dny hospitalizace. Ideální je provádět plánované propouštěcí vizity jednou či dvakrát týdně. Cílem vyhodnocení, je pacientův funkční status, prognóza, rodinné poměry a sociální situace. Tyto vizity pomáhají koordinátorce získat včasné informace, kdy může začít plánovat pacientovy budoucí potřeby. Plánované propouštění pacientů se týká procesu, jehož cílem je předvídat změny v potřebách pacienta a dlouhodobým cílem je zajistit kontinuitu péče. Sestry jsou klíčovými členy multidisciplinárního týmu, protože mají daleko užší kontakt s pacientem a jeho rodinou než kterýkoliv jiný člen (Škrlovi, 2003).

### **Příjem nových změn v ošetřovatelství**

Řízení změn se stává klíčovou funkcí managementu všech zdravotnických zařízení. Velmi zajímavě dělí manažery Necpál (2009), *na správce dneška* – kteří udržují stabilitu zdravotnického zařízení a *architekty zítřka* - manažery, kteří vytváří změny potřebné k zajištění prosperity zdravotnického zařízení a přitom narážejí na odpor ostatních spolupracovníků. Změny jsou dnes ve zdravotnictví každodenní záležitostí. Významní světoví představitelé managementu tvrdí, že změny se v tomto století stanou normou. Sestry manažerky mají velkou odpovědnost za realizaci změn na svém oddělení i za to, že tyto změny proběhnou plynule, bez narušení kvality a kontinuity péče. Tyto změny by měly být realizované velmi opatrně, tak aby se předešlo zbytečným problémům (frustrace a nespokojenost zaměstnanců, nárůst chyb, zvýšená fluktuace). Změny je potřebné chápat jako nové příležitosti a ne jako hrozby. Stavět se ke změnám negativně znamená ohrozit existenci i rozvoj zdravotnického zařízení. Během realizace a řízení změn je nutné podrobně rozebrat staré formy a struktury a vytvořit nové formy, které lépe vyhovují novým potřebám budoucnosti. Dynamika změn ve zdravotnictví vyžaduje rychlost a flexibilitu, rychlejší tok informací a myšlenek, trpělivost a efektivní komunikaci na všech úrovních.

Je potřeba se zeptat jak nahradím staré novým?

- Udělám něco jinak.
- Stanu se jiným.
- Něco odstraním, něco vytvořím a něco posunu dopředu.

Proces změn je proces trvalý, spojený s lidmi a hlavně o lidech. Je důležité je nasměrovat ke společnému cíli, vše ostatní jsou jen metody, techniky a postupy. Realizace změn je složitá a nesnadná cesta. Každá změna je vždy spojena se strachem, nejistotou a počátečním odporem. Proč často nechápou všechny sestry manažerky důležitost potřeby změn a potřebu transformace a proč nevidíme více změn na našich odděleních? Kde je problém? Problém je v samotných sestrách, Jsou to právě sestry, které mohou vdechnout novému programu život, nebo jej zabít! Schopnost a ochota sester ke změně myšlení a postojů, je klíčem k potřebným změnám na oddělení.

### **Hledání dalších možných úspor**

#### ***Vyloučení drobných prostojů:***

- hledání potřebných pomůcek,
- napravování problémů v systému (nefungující technika, hledání chybějícího materiálu),
- neochota pomoci kolegyně kolegyni,
- řešení zbytečných nedorozumění, způsobených neefektivní komunikací s ostatními členy multidisciplinárního týmu apod.,
- odchylky v intenzitě pracovního zatížení – řízení lidských zdrojů,
- přeřazení personálu (rekvalifikace pro práci na několika pracovištích),

- zpracovat odpovídající pracovní náplně na jednotlivé pracovní pozice,
- sledování využití a výtěžnosti přístrojové techniky (návratnost investic drahých přístrojů – málo vyšetření a léčebných zákroků).

#### **Účelné vynakládání (cílené používání) zdravotnického materiálu**

- náhrada za chybějící úklidové nebo ostatní pomůcky,
- používání zdravotnického materiálu k hygienickým potřebám pacientů nebo personálu,

#### **Model pracovních pozic s ohledem na náročnost práce**

- sledování obratu pacientů,
- efektivní počet sester ve směně,
- celoživotní vzdělávání sester,
- přijímání nových vzorců chování a myšlení.

Motivace k hledání a realizaci úspor se jeví jako nejtěžší krok. Prioritou ošetrovatelského managementu úspěšně řídit náklady na oddělení je cesta k dosažení vize a strategických cílů zdravotnického zařízení. Motivace a angažovanost sester na úsporách se odvíjí od zdravé organizační kultury a v celkovém klimatu ve zdravotnickém zařízení (ipodnikatel.cz, 2013).

#### **Firemní kultura**

Podle Škrlových (2003) kvalitní a efektivní péči nelze vnímat jen jako soubor metod, postupů a technik, ale jako filosofii, která je spojena s organizační kulturou a závisí na mnoha faktorech (např. hodnoty a postoje zaměstnanců).

Zacílení a směr strategie zdravotnického zařízení – představuje strategické cíle, specifické cíle a akční plány. Hodnoty, postoje a chování představují tzv. tah na branku, který pozitivně ovlivňuje dění ve firmě (zdravotnickém zařízení). Firemní kultura nejsou jen zaměstnanecké benefity, je to především interní i externí vnímání organizace, efektivní využití informací od zaměstnanců k vlastnímu rozvoji, angažovanost, identifikace s organizací (sounáležitost) a vyšší pracovní výkon zaměstnanců.

Přínosy pozitivní firemní kultury:

- organizace je dlouhodobě stabilnější a ziskovější,
- stává se žádaným zaměstnavatelem,
- představuje nízkou fluktuaci zaměstnanců.

#### **Závěr**

Ošetrovatelská péče se stala součástí ucelené zdravotní péče, které poskytuje zdravotnické zařízení, ale i v tomto prostředí platí ekonomické zákony. Zdraví samo o sobě nemá vlastnosti zboží, není a nemůže být předmětem koupě a prodeje, ale zdravotnická zařízení se musí chovat jako průmysl - zvýšit svoji produktivitu a snižovat své náklady. Kvalitu a ekonomiku zdravotnických zařízení nelze významně zlepšit bez eliminování variability v lékařské a ošetrovatelské praxi. A je to právě řízená péče, která nám nabízí nástroje a strategie k dosažení stanovených cílů. Není důležité, zda se i v České republice bude používat termín „řízená péče“. Podstatné je, zda se vžije její filozofie, nástroje a principy. Nejslabším článkem tohoto procesu bude pravděpodobně lidský faktor, jeho neochota nebo neschopnost zbavit se starého způsobu myšlení, tradic a jeho sklon udržet se v mezích svých pohodových mantinelů. Posledních mnoho let transformace českého zdravotnictví mnohdy nepřineslo očekávané progresivní změny. Zda nám v budoucnu pomůže aplikace filozofie a nástrojů řízené péče, bude záležet jen na nás.

## Seznam bibliografických odkazů

BOUDOVÁ, J., PAŠKOVÁ, M., KILÍKOVÁ, M. 2013. Mapy ošetřovatelské péče. In KILÍKOVÁ, M. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Příbram. Ústav sv. J. N. Neumanna Příbram, 2013. 252 s. ISBN 978-80-260-3756-9-8.

IPODNIKATEL. 2013. *Finanční řízení- jak udržet náklady na podnikání na uzdě*. [on line]. Praha: podnikatel.cz. [citované 2016-09-18]. Dostupné na internetu: <http://www.ipodnikatel.cz/Financni-řízení/jak-udrzet-naklady-na-podnikani-na-uzde.html>.

NECPÁL, J., 2009. Proces změn je hlavně v lidech. In *Moderní řízení – zásady úspěšné realizace změn*. Praha: Economia, 2009. Roč. XIX, s. 44-45, ISSN 5181-3964.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha: Advent - Orion spol. s.r.o., 2003. 445 s. ISBN 807172-841-1.

## Kontakt

Veronika Funtová, PhDr.  
Janovská 374  
109 00 Praha 10  
e-mail: [funtova@seznam.cz](mailto:funtova@seznam.cz)

# Tragédia v zariadení pre seniorov: 70-ročná žena vypadla z okna. Reflexia etickej dilemy v praxi sociálnych služieb

Mátel Andrej, Jarošová Oľga

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety*

Zariadenia sociálnych služieb usilujú o štandardizáciu kvality poskytovaných služieb. Medzi priority patrí rešpektovanie ľudských práv užívateľov sociálnych služieb, úsilie o čo najvyššiu mieru autonómie a sebaurčenia. Zariadenie má byť pre klienta akoby druhým „domovom“. Profesionálni pracovníci by mu mali pomáhať, ale nemali by ho kontrolovať a strážiť. Takýto ideál však prináša v praxi rozličné prípady, ktoré tieto princípy spochybňujú. Jedným z nich je tragická smrť klientky v jednom zo zariadení sociálnych služieb. Príspevok má za cieľ predstaviť etickú reflexiu tohto prípadu, vrátane dilem pred ktoré sú postavení poskytovatelia sociálnych služieb a konkrétni pracovníci. Dôraz bude kladený na dôslednú prevenciu a systematický postup riešenia dilematických situácií.

**Kľúčová slova:** autonómia, etická dilema, ľudské práva, sociálne služby

## Úvod

Dodržiavanie základných ľudských práv a slobôd je prvým kritériom podmienok kvality sociálnej služby. S ním úzko súvisí posilňovanie klienta k jeho sebestačnosti a autonómii. Slobodná vôľa k autonómnemu konaniu má však svoje riziká. Jedným z nich je aj možnosť sebaopoškodzujúceho správania, vrátane privodenia si vlastnej smrti. Hoci k tragickému úmrtiu vlastným zavinením môže dôjsť kdekoľvek, takáto udalosť v zariadení sociálnych služieb vzbudí záujem masmédií aj širokej verejnosti. Príspevok chce byť etickou a teoretickou reflexiou jednej z takýchto udalostí.

## 1 Teoretické východiská etickej reflexie praxe

Tradičný prístup vyučovania teórie, metód, ako aj etiky sociálnej práce, je prezentovanie opisov (eticých) teórií v pregraduálnom a graduálnom vysokoškolskom štúdiu a následné povzbudzovanie študentov využívať teóriu v praxi. Sociálni pracovníci by následne mali vedieť implementovať teórie a metódy do rozličných situácií sociálnej práce vzhľadom na konkrétnych klientov s ktorými pracujú (Mátel, 2012). Podobne by mali na základe teoretických vedomostí z oblasti etických teórií, štandardov a etických dilem vedieť náležite reagovať na eticky problémové a dilematické situácie v praxi. Tento prístup má však niekoľko fundamentálnych otázok súvisiacich s takými faktormi, ako sú obmedzenia ľudskej pamäte, či rôzne rozptyly. Porozumieť teórii v jej abstraktnej rovine a s odstupom času ju využiť v praxi je veľmi zložitá. Problematickosť tohto prístupu sa prehlbuje vtedy, ak študenti sociálnej práce nemajú dostatočne zabezpečenú kvalitnú odbornú prax. Formalizmus k odbornej praxi, či už zo strany študentov alebo poskytovateľov sociálnych služieb, prehlbuje vzdialenosť medzi akademickým vyučovaním teórie a možnosťou jej overovania v praxi. V tomto kontexte aj mnohí študenti vnímajú teóriu ako málo použiteľnú v praxi a neschopnú dať priame odpovede na praktické otázky. Odlišným prístupom ako zavrnutie teórie je začať s praxou, a potom pozorovať ako teóriu môžeme do nej vniesť podľa potreby. Neil Thompson (2010) tento prístup pomenoval „teoretizovanie praxe“ (*theorizing practice*) alebo voľnejšie by sme mohli preložiť *reflexia praxe*. Medzi techniky takéhoto prístupu patrí reflexia kazuistických prípadov. V oblasti etiky tento prístup aplikovali Banks a Nøhr (2012) v rámci European Social Ethics Project. Využili pritom špecifickú metodológiu naratívnej etiky, ktorá užíva príbehy z praxe na objasnenie etickej reflexie a rozhodovania. V tomto prístupe sa nezačína s prezentovaním etickej teórie, ale reflexia začína konkrétnymi prípadmi z praxe, ktoré sú predstavované v rámci systému a špecifických okolností, v akých sa vyskytli. Spoločnou reflexiou sa hľadajú eticky korektné postoje k danému prípadu, prihliadajúc na teoretické znalosti z filozofických konceptov etiky, etické hodnoty a princípy prezentované v etických kódexoch sociálnej práce, špecifiká danej organizácie a podobne. „Kazuistika pritom nie je normatívnou teóriou, ale metódou pre robenie etického posúdenia a rozhodnutia. Pri etike založenej na kazuistikách zohráva kľúčovú rolu morálne rozvažovanie“ (Banks, Nøhr, 2012, s. 9). Tento prístup využijeme aj v predložennom príspevku.

Na druhej strane je potrebné uviesť, že reflexia a analýza akéhokoľvek javu nemôže byť samovoľným alebo spontánnym procesom, ak má vykazovať znaky systematického vedeckého prístupu. Reflexia prípadu v oblasti etiky sociálnej práce a

sociálnych služieb by mala byť systematickou z hľadiska procesu ako aj obsahu a spôsobu kladenia otázok. Z hľadiska postmoderného myslenia treba uviesť, že do samotnej reflexie vstupuje významným podielom osoba resp. osoby, ktoré prípad prezentujú (rozprávači) a osoba/y, ktoré realizujú samotnú reflexiu. Z hľadiska rozprávačov je dôležitý úmysel s ktorým príbeh rozprávajú, napr. novinár chce upútať pozornosť čitateľov (preto nezriedka podsúva vlastné interpretácie, dohady), policajt má úlohu zistiť objektívne skutočnosti v súvislosti s vyšetrovanou udalosťou (komunikuje len fakty) a pod. Etická a teoretická reflexia realizovaná odborným pracovníkom má za cieľ skvalitňovanie poskytovaných sociálnych služieb. Pri individuálnej reflexii o procese, obsahu a spôsobe kladenia otázok rozhoduje a zodpovedá jedna osoba, pri skupinovej reflexii ide o tímovú prácu, ktorá má z hľadiska procesu (nie však obsahu) zvyčajne jedného koordinátora. Vo všeobecnosti je skupinová reflexia pre účastníkov prínosnejšia, nakoľko odкрýva každému z členov skupiny nové uhle pohľadu, či už z hľadiska rodu („ženské a „mužské“ videnie), veku (pohľad „skúsených“ a pohľad „nováčikov“), zodpovedností (rozličné manažérske pohľady), profesionálnej roly (sociálna pracovníčka, sestra, opatrovatelka, terapeut a pod), kultúry, národnosti, etnika atď.

## 2 Kazuistika

Predtým než predstavíme príbeh pani Zdenky cez dvoch nezávislých rozprávačov (redaktor novín a sociálna pracovníčka), najskôr stručne uvedieme prostredie, v ktorom sa príbeh odohráva. Domov sociálnych služieb a Zariadenie pre seniorov Rača je rozpočtová organizácia s právnou subjektivitou, ktorej zriaďovateľom je Bratislavský samosprávny kraj. Zariadenie vzniklo v roku 1992, postupne rozširovalo svoje služby a priestory. V súčasnosti je najväčším zariadením sociálnych služieb v Bratislavskom kraji. Má kapacitu 281 klientov a sociálne služby poskytuje v štyroch budovách. V roku 2014 sa zariadenie zapojilo do národného projektu „Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb Bratislavského samosprávneho kraja.“ Cieľom novej formy služieb bude vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých klientov odkázaných na pomoc spoločnosti v prirodzenom sociálnom prostredí komunity. Proces deinštitucionalizácie zariadenie bude prebiehať niekoľko rokov, nakoľko je to proces dlhodobej a zásadnej zmeny systému a filozofie sociálnych služieb. Preto je potrebné pracovať na zmene myslenia zamestnancov, ale aj zabezpečiť potrebné a vhodné nehnuteľnosti, do ktorých sa klienti a personál budú sťahovať. Zmena myslenia a správania zamestnancov, ktoré podporuje autonómiu a samostatnosť klientov je cieľom, ktorého dosiahnutie je potrebné v zariadení dosahovať tu a teraz (nielen v budúcnosti), so súčasnými užívateľmi služieb (nielen s tými budúcimi).

### PRÍBEH PANI ZDENKY

*Rozprávanie médií.* ŽENA UMRELA PO ZÁHADNOM PÁDE Z OKNA DOMOVA DŮCHODCOV: AKTIVISTI VOLAJÚ PO SPRAVODLIVOSTI

(Bratislava 17. 8. 2016). Smutné okamihy zažili obyvatelia jedného z domovov dôchodcov v bratislavskej Rači. Po páde z okna na treťom poschodí totiž zahynula Zdenka (†70). K tragickej udalosti došlo o tretej hodine nadržanom. Zdenka mala vypadnúť z okna bytu obytného domu Jeseň ZpS. Po páde ešte volala o pomoc, ktorú jej privolať jej susedka. Dôchodkyňa však nakoniec na následky zranení zomrela. Opatrovateľky poskytovateľa údajne prišli na miesto o niekoľko minút. V bytoch v dvoch budovách, ktoré pred rokom 1989 obývali zamestnanci armády, sú umiestnení prevažne dôchodcovia, ktorí nie sú odkázaní na pomoc iných. Zdenka však mala patriť k seniorom s najvyšším stupňom odkázanosti - VI a v danom byte podľa všetkého nemala čo robiť. „Vynára sa otázka, ako je možné, že osoba vyžadujúca nepretržitý dohľad pri všetkých činnostiach bola umiestnená v samostatnom jednoizbovom byte bez dohľadu a poskytnutia pomoci v súlade s jej potrebou (najvyšší stupeň odkázanosti–VI),“ čuďuje sa Silvester Obuch, prezident Asociácie prijímateľov sociálnych služieb v SR (APSSSR) a vyzýva na vysvetlenie situácie ([www.topky.sk](http://www.topky.sk)).

*B. Rozprávanie sociálnej pracovníčky zariadenia.* K tragickej udalosti došlo v časti Zariadenia pre seniorov, ktorým je bytový dom s bytovými jednotkami, kde klienti bývajú samostatne. Z toho dôvodu je potrebné, aby spĺňali určité podmienky, ktoré sa posudzujú pred prijatím do zariadenia, teda či v zmysle zákona dovŕšili dôchodkový vek a či sú odkázaní na pomoc inej fyzickej osoby so stupňom odkázanosti najmenej IV, podľa prílohy č. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. V zmysle Zriaďovacej listiny zariadenia sa tiež skúma, či žiadateľ je mobilný bez použitia kompenzačných pomôcok a tiež či spĺňa požiadavku orientácie v priestore a čase. Klientka spĺňala všetky podmienky. Prijímateľka mala v čase tragickej udalosti 70 rokov. V zariadení jej bola poskytovaná služba 17 mesiacov. Svoj život a svoje aktivity počas dňa si však plánovala samostatne, nemala záujem o aktivity organizované zariadením. Boli jej preto poskytované služby podľa jej individuálnych potrieb. Udržovala pravidelný kontakt s rodinou, najmä bratom, ktorý ju



navštevoval aj v zariadení. Nikto zo zamestnancov zariadenia, ktorí boli s klientkou v priamom kontakte nespozoroval v jej správaní suicidálne prejavy. Predpokladáme, že išlo o náhle skratové jednanie, ktoré nebolo možné predvídať. Bezodkladne po zistení udalosti službukonajúca zdravotná sestra s opatrovatelkou prišli na inkriminované miesto. Klientka bola okamžite ošetrovaná a bola jej privolaná rýchla zdravotná pomoc (RZP), ktorá prijímateľku sociálnej služby prevzala do svojej starostlivosti. Následne RZP bola privolaná polícia a ďalšia posádka RZP s lekárom. Klientka napriek pomoci zomrela v dôsledku viacerých závažných poranení po páde z výšky. Políciou cudzie zavinenie nebolo zistené.

### 3 Etická a teoretická reflexia

Tragická smrť pani Zdenky nepochybne zasiahla množstvo ľudí. Ak by išlo o smrť pádom z okna vlastného bytu vo viacpodlažnom paneláku, boli by dotknutými osobami najmä rodinní príslušníci a do istej miery aj ďalší obyvatelia paneláku. Možno by jestvovali špekulácie o tom, či jej „niekto nepomohol“, či išlo o lúpežné zabitie alebo dohady o tom, prečo z toho okna sama vyskočila (problémy s rodinou, samota, psychické problémy a pod.). Medializovaný prípad tragickej smrti pani Zdenky však išiel iným smerom, keďže išlo o klientku zariadenia sociálnych služieb. Bez toho, aby polícia vydala akékoľvek stanovisko, pretože vyšetrovanie sa len začalo, slovenské masmédiá sa už pustili do hľadania vinníka (zariadenie, riaditeľ, pracovníci) s prezumciou viny zanedbania odbornej starostlivosti o klientku s najvyšším stupňom odkázanosti na sociálnu službu. Svedčí o tom jeden z titulkov novín (*Kto je za tragédiu zodpovedný?*) a výroky typu „opatrovatelky prišli až o niekoľko minút“ (v skutočnosti tam bola aj sestra a klientke bola poskytnutá prvá pomoc a zavolaná RZP); „riaditeľ, ktorý umiestnil klientku tam, kde sa jej dohľad a pomoc nezabezpečovali“; „... keďže bola v jednoizbovom uzatvorenom byte...“ a pod. V okamihu sa redaktor novín stáva odborníkom na sociálne služby a bez rešpektu podsúva verejnosti tvrdenia typu „v danom byte podľa všetkého nemala čo robiť“; „mali na ňu dohliadať“ a pod. V mediálnej hre na hľadanie vinníka sa na stranu advokácie postavila riaditeľka Odboru sociálnych vecí zriaďovateľa tohto zariadenia. Okrem zdôraznenia toho, že každý klient je „pre nás dôležitý“ (ide o všeobecné tvrdenie osoby, ktorá v zariadení nepracuje) uviedla, že „každému človeku sa poskytuje pomoc na základe jeho individuálnych potrieb a podľa miery odkázanosti“ a že „najvyšší stupeň odkázanosti automaticky neznamená, že ten človek je už nesamostatný“.

Prípad pani Zdenky otvoril etickú a odbornú diskusiu ohľadom pomeru miery starostlivosti a ochrany o klientov s vyšším stupňom odkázanosti, najmä v prípadoch vážnych porúch psychického zdravia. Na jednej strane zariadenie sociálnych služieb je spolu zodpovedné za bezpečnosť klientov, čo však neznamená 24 hodinový dohľad a kontrolu. Prejavom aktu suicidálneho konania nie je možné zabrániť ani v nemocničných zariadeniach ba ani v zariadeniach na výkon trestu odňatia slobody, kde sa realizuje 24-hodinový dohľad. Na druhej strane súčasnou filozofie sociálnych služieb je dôsledné dodržiavanie ľudských práv klientov, ich autonómie a sebaurčenia do čo najvyššej miery, ako to je možné. Podľa znenia zákona o sociálnych službách „fyzická osoba má právo na poskytovanie sociálnej služby, ktorá svojím rozsahom, formou a spôsobom poskytovania umožňuje realizovať jej základné ľudské práva a slobody, zachováva jej ľudskú dôstojnosť, aktivizuje ju k posilneniu sebestačnosti, zabráňuje jej sociálnemu vylúčeniu a podporuje jej začlenenie do spoločnosti“ (§ 6 ods. 2 zákona č. 448/2008 Z. z. v z. n. p.). Dodržiavanie základných ľudských práv a slobôd je prvou oblasťou a kritériom podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby. Dohľad nad poskytovaním sociálnej služby a spôsobu jej vykonávania, najmä z hľadiska dodržiavania základných ľudských práv a slobôd, má Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny v SR. Zariadenia teda zo zákona musí dbať o to, aby užívateľov služieb posilňovali k sebestačnosti a samostatnosti, v opačnom prípade bude konať protizákonne. Okrem toho treba podotknúť, že „pri poskytovaní sociálnych služieb v zariadení nemožno používať prostriedky netelesného a telesného obmedzenia prijímateľa sociálnej služby. Ak je priamo ohrozený život alebo priamo ohrozené zdravie prijímateľa sociálnej služby alebo iných fyzických osôb, možno použiť prostriedky obmedzenia prijímateľa sociálnej služby, a to len na čas nevyhnutne potrebný na odstránenie priameho ohrozenia“ (§ 10 ods. 1 zákona č. 448/2008 Z. z.). V konkrétnom prípade pani Zdenky je potrebné konštatovať, že jej samostatnosť, ako aj bývanie v 1-lôžkovej izbe, je v zásade znakom kvality sociálnej služby, ak nikto z personálu nezaznamenal konanie, ktoré by bolo prejavom náznaku suicidálneho správania. V zásade aj vstup do súkromia izby klientky má svoje pravidlá. Do súkromia izby by zamestnanci nemali vstupovať okrem prípadoch uvedených v zákone: „Poverený zamestnanec poskytovateľa sociálnej služby má právo v zariadení vstúpiť do obytnej miestnosti a príslušenstva obytnej miestnosti aj bez súhlasu fyzickej osoby, ktorej sa v nej poskytuje ubytovanie, ak vec neznesie odklad a vstup je nevyhnutný na ochranu života, zdravia alebo majetku tejto fyzickej osoby, na ochranu práv a slobôd iných fyzických osôb alebo ochranu majetku zariadenia“ (§ 61 ods. 5 zákona č. 448/2008 Z. z.). O nejakom „strážení“ klienta a nepretržitom dohľade nad ním teda

nemôže byť ani reč. Zariadenie, jeho štatutárny zástupca ani zamestnanci nemajú nielenže takúto povinnosť, ale ani právo robiť to, keďže ide o klienta sociálnych služieb.

Podobnou optikou ako zákon sa pozerá na túto situáciu aj etický kódex. V aktuálnom Etickom kódexe sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce v SR (2015) sa uvádza: „*Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce usiluje o zveladenie klientových spôsobilostí, podporuje jeho vlastnú zodpovednosť a autonómiu, právo na sebaurčenie a spoluúčasť... podporuje, posilňuje a zmocňuje klienta k vlastnej zodpovednosti, vlastným návrhom riešení, spoluúčasti a sebaurčeniu... Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce rešpektuje klientovo súkromie.*“ Právo na sebaurčenie (*right to self-determination*) uznáva potreby užívateľov sociálnych služieb slobodne robiť vlastné rozhodnutia a voľby. Banksová (2006) rozlišuje negatívny a pozitívny význam sebaurčenia. V negatívnom zmysle ide o umožnenie niekomu konať podľa jeho vlastného výberu. V pozitívnom význame ide o vytvorenie podmienok, ktoré dotyčnému umožnia stať sa viac sebaurčujúcim, čo znamená pomôcť mu dosiahnuť stav, v ktorom bude mať schopnosť vidieť dosiahnuteľné možnosti (Mátel, Mališková, 2016). Súčasťou práva na sebaurčenie je aj *autonómia*, čím sa rozumie spôsobilosť zaistiť svoje vlastné potreby, vykonávať nezávislé konania bez kontrolovania inými (por. Barker, 2003). Medzinárodný etický kódex poukazuje aj na skutočnosť, že právo na sebaurčenie v praxi nie je absolútne – platí za „predpokladu, že neohrozí práva a legitímne záujmy druhých“ (IFSW/ IASSW, 2004). Teda jestvujú prípady, keď je limitované klientovou zníženou schopnosťou robiť racionálne rozhodnutia (napr. v prípadoch niektorých duševných chorôb, u drogovu závislých osôb a pod.), v prípadoch porušovania práv iných alebo zákonných nariadení, ďalej pri sebaopoškodzovaní, v prípadoch pozbavenia osôb spôsobilosti na právne úkony, u maloletých detí a podobne. Podľa vyjadrení sociálnej pracovníčky zariadenia však v prípade pani Zdenky žiadne takéto prejavy správania neboli spozorované.

Z uvedenej eticko-právnej reflexie môže jednoznačne vyplývať, že podpora autonómie klienta je pre každé zariadenie záväzok, ktorý vyplýva z povahy sociálnych služieb ako takých. Autonómia a právo na sebaurčenie nesie v sebe riziká a najvýznamnejším z nich je riziko sebaopoškodenia, vrátane konania, ktoré vedie k smrti. V prípade pani Zdenky k takémuto konaniu došlo. Zariadenie ani službu konajúci zamestnanci tomu s najväčšou pravdepodobnosťou nemohli nijako zabrániť, čo potvrdila aj polícia. Daná udalosť však môže byť pre zariadenie k podnetom k vlastnej reflexii. Teoretickým východiskom môžu byť sociálno-ekologické teórie. Sociálno-ekologická perspektíva zameriava pozornosť najmä na osobu v prostredí (*person in environment*), ako aj kontinuálne interakcie a transakcie medzi osobami, rodinami, skupinami, komunitami a ich prostredím (Mátel et al., 2015). V našom prípade je to interakcia medzi pani Zdenkou, jej rodinnými príslušníkmi, ďalšími klientmi zariadenia a samozrejme aj pracovníkmi, ktorí s ňou prichádzali do kontaktu počas jej 17 mesačného pobytu. Reflexia prípadu pani Zdenky by mala byť dôležitou súčasťou skvalitnenia poskytovania sociálnych služieb v danom zariadení. Priestorom reflexie môže byť pracovné stretnutia organizované manažérom zariadenia (riadiateľ, vedúca oddelenia) alebo supervízne stretnutia koordinované akreditovaným supervízorom. Reflexie môžu prebiehať v súlade so sociálno-ekologickou perspektívou v troch rovinách:

*Vzhľadom na osobu pani Zdenky.* Kto bol pre ňu dôležitou osobou v jej živote? Komunikoval/a táto osoba s niekým zo zariadenia dáke dôležité osobné informácie? Čo bolo jej zmyslom života? Kto bol jej kľúčovým pracovníkom v zariadení? Zaznamenal kľúčový pracovník (drobné) zmeny v správaní klientky v ostatnom období pred tragickou udalosťou? Venoval jej niekto osobitú sústredenú pozornosť? Nastali dáke zmeny z hľadiska ošetrovateľskej práce (zmena zdravotného stavu), opatrovateľského procesu? Ak áno, aké? Keďže sa klienta nezapájala do aktivít v zariadení, kto a ako ju motivoval? Čo bolo dôvodom odmietania účasti v terapeutických a voľno-časových aktivitách?

*Interakcie medzi klientkou a jej sociálnym prostredím:* Nastali v živote pani Zdenky v ostatnom období pred jej smrťou dáke závažné zmeny v jej rodine, vzťahoch alebo v samotnom zariadení? Ak áno, o aké zmeny išlo? Bola pod dákym tlakom? Ako pracovníci zariadenia napomáhali v adaptácii na zmenu? Mala pani Z. dáke obľúbené priateľky – iné klientky v zariadení? Mala (ne)funkčnú sociálnu sieť osobných vzťahov? Ako jej v tejto oblasti pomáhali pracovníci zariadenia?

*Systémové nastavenie prostredia, konkrétne podmienok práce v zariadení:* Disponuje zariadenie dostatočným množstvom pracovníkov, aby sa mohli venovať aj individuálnym klientom (mimo odbornej ošetrovateľskej a opatrovateľskej práce), zvlášť takým, ktorí sa nezúčastňujú spoločných aktivít? Ako je funkčná rola kľúčového pracovníka v zariadení? Ako sú pracovníci odborne pripravení rozpoznať a rozlíšiť zmeny v správaní indikujúce suicidálne sklony? Venuje sa tejto oblasti celoživotné vzdelávanie? Ako je nastavené terapeutická a sociálna práca s klientmi v zariadení, ktorí sa nezúčastňujú spoločných aktivít? Je bývanie klientov prispôbené ich zdravotnému stavu? Ako má zariadenie spravovaný manažment rizík?

Zistené údaje môžu byť podkladom na zlepšenie manažmentu rizík a pre vypracovanie pre systémové preventívne opatrenia. Podľa sociálno-ekologickej teórie medzi jedincom a prostredím jestvuje vzájomná prepojenosť a práve na ich spoločných hraniciach vzniká mnoho životných stresov a problémov (Gitterman, Germain, 2008 In Mátel et al., 2015). Im je preto potrebné venovať zvýšenú pozornosť

## Záver

V príspevku sme zdôraznili, že podpora autonómie klienta je pre každé zariadenie záväzok, ktorý vyplýva z povahy sociálnych služieb ako takých. Autonómia a právo na sebaurčenie nesie v sebe riziká a najvýznamnejším z nich je riziko sebaškodzenia, vrátane konania, ktoré vedie k smrti. Ak dôjde k tragickej udalosti v zariadení sociálnych služieb, pre príslušníkov polície je povinnosťou vyšetriť či išlo o vlastné alebo cudzie zavinenie. Pre pracovníkov sociálnych služieb by takéto a podobné udalosti mali viesť k povinnosti dôslednej reflexie, či už formou supervízie alebo kolegiálnych intervizií. Etické a teoretické reflexie praxe sa môžu stať integrálnou súčasťou učiacej sa organizácie a nástrojom skvalitňovania poskytovania sociálnych služieb.

*Príspevok vznikol v rámci riešenia projektu VEGA 1/0335/15 Identifikovanie profesijných hodnôt sociálnej práce v Slovenskej republike.*

## Zoznam použitej literatúry

BANKS, S. 2006. *Ethics and Values in Social Work*. 3<sup>rd</sup> Ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 218 s. ISBN 978-1-4039-9420-2.

BANKS, S., NØHR, K. (eds.) 2012. *Practising Social work Ethics around the World. Cases and commentaries*. London: Routledge. 264 s. ISBN 978-0-415-56033-7.

BARKER, R. L. 2003. *The Social Work Dictionary*. 5<sup>th</sup> Ed. Washington, DC: NASW. 493 s. ISBN 0-87101-355-X.

International Federation of Social Workers, International Association of Schools of Social Work. 2004. *Ethics in Social Work: Statement of Principles*. Geneva: IFSW, 2004. [online 2015-15-8]. Dostupné na internete: <<http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/>

MÁTEL, A. 2012. „Teoretizovanie praxe“ v slovenskej sociálnej práci: výzva pre (ďalšie) vzdelávanie sociálnych pracovníkov. In: *Výzvy a trendy vo vzdelávaní v sociálnej práci : medzinárodná vedecká konferencia*, Prešov: Prešovská univerzita, s. 168-175. ISSN 978-80-555-0613-5.

MÁTEL, A., HARDY M., BACHYNCOVÁ GIERTLIOVÁ D. 2015. *Teória a metódy sociálnej práce II*. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce. 344 s. ISBN 978-80-971445-3-1.

MÁTEL, A., MALÍŠKOVÁ, Z. 2016. *Etické kodexy sociálnej práce*. Příbram: Ústav sv. Jana N. Neumanna. 234 s. ISBN 978-80-906146-6-6.

Slovenská komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce. 2015. *Etický kódex sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce SR*. [cit. 2015-18-9]. Dostupné na: [http://socialnapraca.sk/wp-content/uploads/2015/10/Etick%C3%BD-k%C3%B3dex\\_final.pdf](http://socialnapraca.sk/wp-content/uploads/2015/10/Etick%C3%BD-k%C3%B3dex_final.pdf).

THOMPSON, N. 2010. *Theorizing Social Work Practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 274 s. ISBN 978-0-230-55306-4.

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

## **Kontakt**

doc. PhDr. ThDr. Andrej Mátel, PhD., mim. prof.

PhDr. Oľga Jarošová, doktorandka

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Nám. 1. mája č. 1

810 00 Bratislava

Slovenská republika

E-mail: andrej.matel@gmail.com

# Ekonomika versus etika a právo v sociálnej práci

Ďurkovský Peter

Národné centrum prevencie sociálnej patológie, o. z.

Pokiaľ máme otvorene hovoriť o systéme pomoci v súčasnosti, bez väčších prieskumov na základe všeobecnej znalosti reality môžeme povedať, že je likvidačný. Etika sociálnej práce ostáva na papieri a do praxe väčšinou nemá šancu preniknúť. Tomuto stavu napomáhajú a udržiavajú ho personálne previazania s minulým režimom, ktoré sa dedia, neustále legislatívne zmeny, ktoré nedávajú záruku stability pracovných pomerov a neustále zmeny zriaďovateľov inštitúcií sociálnej práce. Napriek uvedenému je potrebné hľadať východiská a navrhovať riešenia.

**Kľúčová slova:** Etika. Právo. Sociálna práca.

•

## LEGALIZOVANÉ POTLÁČANIE ĽUDSKÝCH PRÁV POD ZÁMENKOU POMOCI

Podľa známej ľudovej múdrosti sa v kalných vodách loví najlepšie. Pri zaostrení na oblasť sociálnej práce to znamená, že najúčinnejšie sa ľudské práva môžu potláčať s deklarovaným dôvodom ich presadzovania. Pre dokreslenie obrazu, ako sa dá napríklad pomocou šarlatánstva psychiatrie a neurochirurgie legálne popraviť bezbranná osoba, možno uviesť príklad klanu Kennedyovcov. „1941 – Rosemary Kennedy (poznámka: sestra prezidenta Johna F. Kennedyho): verilo sa, že je mentálne postihnutá, ale podľa niektorých zdrojov len trpela silnými depresiami. Pre vážne výkyvy jej nálad sa jej otec, Joe Sr., rozhodol, že dcéra podstúpi lobotómiu, čo je v podstate prerušenie nervových spojov medzi mozgom a vnútornou stranou čela. Namiesto uzdravenia však táto metóda spôsobovala vážne zmeny v správaní a povahe pacientov. Stali sa z nich živé mŕtvolky. Toto isté sa stalo aj Rosemary Kennedy. Zomrela v roku 2005.“<sup>1</sup> Uvedený príklad môže pôsobiť ako extrém z krajiny hororových príbehov a nie vedeckých diskusií, no jednak vychádza z nepopierateľnej reality, a jednak uvedená metóda sa aj u nás považuje za liečebnú. Hoci k liečbe pri nej dochádzať nemôže.

Ako občania krajiny, ktorá je členom Rady Európy, ktorí takto majú možnosť pri zlyhaní vnútroštátnych mechanizmov na ochranu ľudských práv hľadať nápravu na Európskom súde pre ľudské práva, sa však aj tu môžeme ocitnúť v postavení sestry prezidenta F. Kennedyho. Uvedená inštitúcia je preťažená a navyše jej pracovníci sú v častom kontakte s pracovníkmi vnútroštátnych orgánov, u ktorých individuálny sťažovateľ hľadal ochranu pred podaním sťažnosti na Európsky súd pre ľudské práva, čo samotné znižuje jeho objektivitu. V záujme urýchlenia procesu vybavovania sťažností takto bežný občan, ktorý sa nevolá JUDr. Štefan Harabín a nie je predsedom Najvyššieho súdu Slovenskej republiky, namiesto objektívneho posúdenia prípadu môže často prevziať paušalizovanú písomnosť o neprijatí jeho podania, ktorej chýba riadne odôvodnenie, čo je v rozpore s článkom 45 ods. 1 Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd.<sup>2</sup> Kancelária tohto súdu sa v písomnosti otvorene prizná, že nemá možnosť uviesť dôvody domnelého rozhodnutia samosudcu, ktorý vzhľadom na všetky okolnosti nemusel vidieť pôvodnú sťažnosť ani v jazyku sťažovateľa, a už vôbec nie v úradnom preklade. Pôsobí to, ako keby podania ľudí, ktorí majú tú smolu, že nie sú celebrity, riešil obyčajný úradník. Úradná ochrana ľudských práv a slobôd na vnútroštátnej úrovni musí často prebiehať rovnako.

## ACIE ZA ŽIVOT A PROTI ŽIVOTU

V roku 2013 sa v Košiciach konal takzvaný „pochod za právo na život“. Niekoľko ľudí sa rozhodlo presadzovať právo nenarodených, odsúdených na potrat, na znovuzrodenie. Verejne dokonca presadzovali povinnosť ženy na donosenie plodu znásilnenia a jeho vychovanie. Týchto aktivistov nikto verejne za schizofrenikov, na rozdiel od ľudí v sociálnej núdzi, ktorí sa ocitajú v rukách šarlatánov, neoznačil. Ženy, ktoré znásilnili v kultúrnej vyspelejšej západnej spoločnosti opisujú,

---

<sup>1</sup> 2013

<sup>2</sup> 1992

akým humánnym spôsobom na rozdiel od našej kultúry k ním na západe po znásilnení pristupovali pri vyšetrovaní, aj na súde. Sú tam prítomné kvalifikované sociálne pracovníčky, ktoré majú u úradníkov rešpekt, a ktoré dbajú na úctu obete. U nás býva obeť znásilnenia predmetom šikanovania aj pri vyšetrovaní, aj na súdnom procese, aj po ňom. Navyše sa tejto obeti samotné znásilnenie zvykne dávať za vinu s tým, že vraj páchatela tvarmi tela vlastne „vyprovokovala“, a s tým, že pohybmi bokov pri chôdzi vraj vysielala „ústretové signály“. Násilníkovi takto môžu znížiť trest, alebo ho dokonca oslobodiť. Uvedená obeť môže mať ešte šťastie, lebo súdni znalci disponujú mocou a sú schopní jej spomínanú schizofréniu diagnostikovať tiež. Takže po jednom znásilnení s traumou na celý život môžu prísť ďalšie.

Psychiatria je aj vo vysoko kultúrnych krajinách čiernou dierou, v ktorej mizne neželané. Ako už odznelo, aj v Spojených štátoch amerických sa jej prostredníctvom legalizujú popravy. Pritom všetka vina odsúdeného spočíva iba v jeho narodení sa, čo by z hľadiska trestného práva bolo neprípustné, lebo toto v prevažnej miere vyžaduje úmyselné zavinenie, prípadne zavinenie z nedbanlivosti. Nikto z nás sa nerodí so zlým úmyslom narodiť sa. A nikto sa ani nenarodí z vlastnej hrubej nedbanlivosti. Holocaust židov v druhej svetovej vojne odsúdil takmer celý svet. Lobotómia ostáva v slovníku odborníkov liečebnou metódou, hoci nič priamo, a dokonca ani nepriamo, nelieči. Slovenská republika je pohrobkom totalitnej Československej socialistickej republiky. Kontrarozviedka s názvom Štátna bezpečnosť moc psychiatrov posilnila aj iniciáciou legislatívy v rozpore s ľudskými právami a základnými slobodami, aj praxou, ktorá vysoko nad rámec zákona ich všemocnosť tolerovala.

Až doposiaľ, čo je už dvadsaťpäť rokov po prevrate z roku 1989, sa šarlatáni bránia prv, než by niekto vôbec začal uvažovať o možnej nekalej podstate ich činností. Celkom bežné je, ak sa v regionálnych novinách objaví správa o štyridsaťročnej žene, ktorá utiekla s balíkom peňazí z domu. A to vraj urobila určite kvôli tomu, lebo sa liečila na schizofréniu. Nikoho nezarážá, že ide o absolútne porušovanie lekárskeho tajomstva, práva na ochranu osobných údajov a práva na súkromie. Redakcia si je istá, že dievča sa nebude po právnej stránke brániť už len preto, lebo sa nikdy nemohla ubrániť ani pred porušovaním práv a slobôd zo strany vlastnej rodiny, ktorá sa stále snaží túto ženu zlikvidovať. Rovnako sú porušované práva ostatných ľudí v sociálnej núdzi, ktorých fotografie bývajú publikované v tom istom médiu. Pri obrázkoch sú krátke noticky a vyzývajú, aby občania tolerovali duševne chorých. Pochopiteľne vyvolajú presne opačný efekt. A o to ide. O úplne znemožnenie jedincov, ktorí sa ocitli v mafiánskych sieťach. Ak by ste sa o niekoľko dní po uverejnení takejto vašej reklamy objavili v niektorom kolektíve, príjemnejšie by pre vás bolo obesiť sa. O tom, že účinne poukážete na podvod zo strany vydieračov, ktorí zneužijú nenávisť rodiny na pochovanie za živa, môžete len písať.

Je všeobecnou praxou, že psychiatrický špecialista vychádza z informácií iného špecialistu. Nikdy si nedá námahu zisťovať skutočný stav. Čiže, pokiaľ nejaký kysucký opilec, ktorý sa fiktívne môže volať doktor Erban, napíše do karty diagnózu schizofrénie, obeť sa jej nezbaví. Erbanov kolega v Bratislave, či v inom meste, pozrie do zložky, aby pokračoval v záznamoch v štýle kysuckého kolegu. Výnimku tvoria takzvaní „úzki špecialisti“. Pokiaľ sa nejaký zameriava napríklad na epilepsiu, oidipov komplex, neurastenický syndróm nevzretej osobnosti, mánickú depresiu, alebo na hocičo iné, tak diagnózu alkoholika opraví na epilepsiu, na oidipov komplex, na neurastenický syndróm nevzretej osobnosti, mánickú depresiu, alebo na hocičo iné, na čo sa špecializuje. Kto neverí, že sa zo zdravého človeka dá vyrobiť umelou diagnózou epileptik, je takisto vedľa. Dávať farmaceutické prostriedky, ktoré záchvat podobný epilepsii napokon vyvolajú nie je z hľadiska súčasného stavu poznania problém. Celkovo aj podľa predstaviteľov antipsychiatrického hnutia psychiatria ako taká „nedisponuje platnými postupmi v určovaní psychiatrických diagnóz, koncept sociálnej deviácie zužuje na morálno – politický názor či úsudok.“<sup>3</sup> Súdni znalci a lekári všeobecne sa v tomto odbore dobre poznajú, ich vzťahy bývajú podobné rodinným v pozitívnej rovine, metou im býva úspešná kariéra vrátane kongresovej turistiky, takže o nejakom všeobecnom záujme dodržiavať ľudské práva klientov sociálnej práce často nemôže byť reč. Naopak, uvedený stav dáva obrovský priestor Scientologickej cirkvi, ktorá je všeobecne považovaná za medzinárodný zhubný koncern, no nevedeckosť metód, záverov a v konečnom dôsledku na nehumánne procesy v pomáhajúcich profesiách s prísnu logikou upozorňuje. Stredoveké procesy s bosorkami, kedy sa vopred určilo posadnutie obete diablom, ktoré sa dokazovalo mučením, aby následne bola označená osoba upálená sa od procesu diagnostikovania, následnej neurotizácie a doživotného nálepkovania nelíšia.

---

<sup>3</sup> Muříková, 2001, s. 110

## ÚSTAVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY V KONTRASTE S MEDZINRODNÝMI ZMLUVAMI

Takzvané nevypovedateľné Vatikánske zmluvy, (2000), sotva zodpovedajú článku 1 ods. 1 Ústavy Slovenskej republiky<sup>4</sup>, podľa ktorého „Slovenská republika je zvrchovaný, demokratický a právny štát. Neviaže sa na nijakú ideológiu ani náboženstvo“. Slovenská republika sa takto môže v mnohých aspektoch javiť ako dŕžava pápeža Františka, od ktorého vôle môže závisieť napríklad, či sa niekedy budú zdaňovať zatiaľ nielen nekontrolovateľné milodary. Pre ostatné subjekty, ktoré sa aspoň formálne tiež venujú sociálnej práci, ide o diskrimináciu, čiže o porušenie nielen Ústavy Slovenskej republiky<sup>5</sup>, ale aj Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd<sup>6</sup>, lebo oni sa daňovej povinnosti legálne vyhnúť nemôžu. Hoci v takej silne katolíckej krajine, akou je Taliansko, Cirkv nedisponuje ani zvláštnymi výhodami, ani nie je financovaná štátom.

Navyše, pokiaľ sa vo vzdelávacom procese tolerujú zo strany školiteľov posudky, ktoré hovoria o monopole Cirkvi na pravdu<sup>7</sup>, čo je jednak v rozpore s článkom 1 ods. 1 ústavy, a dokonca, pokiaľ sa takéto posudky ostatnými vyučujúcimi schvaľujú, občan nielenže nemôže mať dôveru v právo a spravodlivosť, lebo tie zákonite prevládajú ideológia, ale nie je ani možné veriť ktorémukoľvek sociálnemu pracovníkovi. Okrem toho sa na vedeckých konferenciách v rámci ideológie cirkví o zákaze potratov často až glorifikujú diktátori ako Stalin a Ceaușescu, prispieva to k rastúcemu trendu potláčať ľudské práva všade. A cirkvi ako nestranné združenia sa ocitajú uprostred politického hnutia, pričom negatívna skupinová dynamika vytvára efekt boľševizmu. Zjednodušene povedané, kto sa nestotožňuje s politickou ideológiou väčšinového náboženstva v danom regióne, pocíti veľmi rýchlo obmedzenie garantovaných práv nielen v oblasti vierovyznania. V krajinách bývalej Juhoslávie takýto trend viedol k masovým etnickým čistkám na sklonku dvadsiateho storočia napríklad v Bosne a Hercegovine.

## TAKZVANÁ RÓMSKA OTÁZKA A ĎALŠIE MENŠINOVÉ SPORY V KONTRASTE PRÁV VÄČŠINY

Ohľadom takzvanej rómskej otázky je v prvom rade vhodné poukázať na bezprecedentnú raritu, keď predstaviteľ legislatívy Polák je zároveň predstaviteľom výkonnej moci, čo takisto nemá byť v súlade s ústavou<sup>8</sup>, s princípmi právneho štátu a s princípmi demokracie celkovo. Pokiaľ ide o často neúmerne nafúknutú diskrimináciu rómskeho obyvateľstva, zaujímavé je poukázanie na prípady, kedy policajt odmietne trestné oznámenie nerómskeho občana na rómskeho z deliktu nebezpečného vyhrážania s tým, že u Rómov je vyhrážanie sa smrťou súčasťou životného štýlu<sup>9</sup>, prípadne sa vec posunie na priestupkové konanie, hoci ide o prečin nebezpečného vyhrážania<sup>10</sup>. Podobne tomu bolo po takzvanom Hurbanovskom masacre v roku 2012, kedy mestský policajt nezvládol fakt, že známi porušovatelia zákona pravdepodobne zásluhou korupcie opätovne vyviazli bez prísnejšieho trestu a niekoľkých v afekte zastrelil. Organizácie, ktoré samy seba označujú za ochrancov ľudských práv, dokonca až za eliminátorov rasizmu a xenofóbie, sa len niekoľko minút po tragédii ocitli v priamom televíznom vysielaní s plamennými prejavmi proti neznášanlivosti, hoci v skutočnosti toto hromadné vraždenie žiadny rasistický podtón nemalo. Skutočných prejavov rasizmu sa však v priamom televíznom vysielaní dopúšťali pozostatí, ktorí sa vyhrážali všetkým väčšinovým obyvateľom vraždou. Nielenže nedošlo v ich prípade k trestnému stíhaniu, ani k obvineniu, ale ani k podaniu trestného oznámenia. Ťažko teda hovoriť o dodržiavaní zákazu diskriminácie.

V rámci takzvanej rómskej otázky je vhodné spomenúť aj novelu zákona o pomoci v hmotnej núdzi<sup>11</sup>, ktorý laicky pre právne dôsledky možno nazvať aj zákonom o nútených prácach. Pre množstvo rozporov bolo nevyhnutné, aby bol na ústavnom súde napadnutý. Verejná ochrankyňa práv JUDr. Jana Dubovcová ako nezávislý orgán Slovenskej republiky, ktorý v rozsahu a spôsobom ustanoveným zákonom chráni základné práva a slobody fyzických osôb a právnických osôb v

<sup>4</sup> 1992

<sup>5</sup> 1992, čl. 12, čl. 20 ods. 1

<sup>6</sup> 1992, čl. 14

<sup>7</sup> Fabian, 2009

<sup>8</sup> 1992, čl. 1 a nasledujúce

<sup>9</sup> Jesenský, 2012

<sup>10</sup> 2005, § 360

<sup>11</sup> 2013

konaní pred orgánmi verejnej správy a ďalšími orgánmi verejnej moci, ak je ich konanie, rozhodovanie alebo nečinnosť v rozpore s právnym poriadkom, ktorý je konštituovaný podľa článku 151a ods. 1 Ústavy Slovenskej republiky<sup>12</sup>, rozporuplný zákon o pomoci v hmotnej núdzi napadla. No sústredila sa najmä na zneužitie riešenia takzvanej rómskej otázky, pričom tento zákon má potláčať práva a slobody všetkých, vrátane podnikateľských subjektov, ktorým štát konkuruje za zvlášť zvýhodnených podmienok. Táto istá verejná ochrankyňa práv pritom prekračuje kompetencie dané základným zákonom, keď sa zúčastňuje politických demonštrácií. Najznámejším bolo podujatie s názvom „Dnes Hedviga, zajtra Ty? Spravodlivosť pre všetkých!“<sup>13</sup> Na podporu politickej demonštrácie, ktorá si za zámienku zobrala ochranu pochybných práv občianky Maďarskej republiky Hedvigy Malinovej, použila vlastný úrad. Keď odhliadneme od faktu, ako v prípade domnelého útoku na Malinovú maďarské médiá o všetkom vedeli skôr ako naši policajti<sup>14</sup>, verejná ochrankyňa práv bola predsa volená slovenským parlamentom, aby chránila práva a slobody slovenských občanov a občanov, ktorí žijú na území Slovenskej republiky. Nemá sa v rámci úradu angažovať na politických demonštráciách, a nemá ani chrániť práva a slobody cudzích štátnych príslušníkov, ktorí žijú v cudzine. Otázka je, koho teda vlastne úrad Verejnej ochrankyne práv, ako jedna z posledných možností klientov sociálnej práce, chráni? V praxi sa ako keby jej činnosť väčšiny veľmi nedotýkala.

Sám som sa na jej úrad obrátil vo veci neprípustnosti viazania predaja elektrickej energie na nútenú kúpu vysielania takzvanej verejnoprávnej televízie, ktorá sa javí verejnoprávnou len podľa názvu. Inak pracuje na tvrdej komerčnej báze, avšak v porovnaní so súkromnými televíziami je neprimerane zvýhodnená štátnymi dotáciami, na ktoré sa skladáme všetci v podobe veľmi pochybných koncesionárskych poplatkov, pričom s najväčšou pravdepodobnosťou ide o dvojité zdanenie. Odpovedala mi v duchu, že o žiadne viazanie kúpy elektriny na kúpu služieb verejnoprávneho média nejde, hoci pri zrieknutí sa programu tejto inštitúcie sa domácnosť musí uskromniť s petrolejovými lampami a elektrinou z naftového vojenského agregátu<sup>15</sup>. A dotovanie tohto médiá nemá byť porušením pravidiel hospodárskej súťaže. Až na niekoľko bezvýznamných detailov verejné médium sa od súčasných súkromných nelíši. Zo skúseností viem, že prevažná časť obyvateľov hlavného mesta, kde úrad Verejného ochrancu práv doposiaľ pôsobil, má nejakú rodinnú väzbu na človeka, ktorý na verejnoprávnom médiu RTVS buď profituje, alebo je od neho existenčne závislý, takže vyhybavú odpoveď JUDr. Jany Dubovcovej si s týmto faktom spájam.

## ZÁVER

Po roku 1989 sa k moci dostávali ľudia, ktorí zmanipulované davy priviedli k osvojeniu si rovnice, podľa ktorej sa termín „socialistický“ rovná termínu „totalitný“. A aj vďaka kolektívnemu nevedomiu slovenského a českého národa sa občania nepostavili na odpor evidentnému bezpráviu, ktoré začalo liberalizáciou cien na podnet podľa vtedajšej legislatívy ťažkého recidivistu a posledného prezidenta voleného komunistami Václava Havla. Uvedená liberalizácia cien by mala zmysel len v prostredí na trhové hospodárstvo pripravenom. No pod ideologickou záštitou spomínaného štátnika a pod takzvaným odborným vedením bývalého komunistického ekonóma Václava Klauza sa od štátnej regulácie cien pristúpilo v prostredí dokonalého štátneho monopolu. Výsledkom boli a sú akurát nožnice s bohatými na jednej strane a s chudobnými na druhej, ktoré sa aj zásluhou bezprecedentného medzinárodného zoskupenia bez právnej subjektivity nazývaného Európska únia, stále otvárajú. Dá sa to porovnať aj s genocídou v afrických krajinách, čoho logickým dôsledkom je aj zníženie pôrodnosti v porovnaní s mortalitou. Najmä iniciátori tohto skrytého vyhladzovania a ich stranícki kolegovia túžia nahradiť úbytok obyvateľstva vraj vzdelanými ekonomickými imigrantmi z tretieho sveta, ktorí však často ovládajú len nárečie a nerozumejú si s nimi ani tlmočníci. Podľa neúplatných zákonov ekonómie a záverov sociológie však môžu len pomyselné nožnice otvárať ešte viacej a ešte rýchlejšie.

Občania neadekvátnu legislatívu po roku 1989 neadekvátne prijali ako prirodzené právo, čo tiež v konečnom dôsledku uplatňovanie ľudských práv sťažuje. V nie tak ďalekom Grécku pritom obyvatelia vychádzajú do ulíc, aby protestovali pri

---

<sup>12</sup> 1992

<sup>13</sup> ČTK, 2014

<sup>14</sup> Szászová, 2010

<sup>15</sup> VOP, 2014



každom náznaku aj toho, že nezamestnaní Slovenskej republiky odmietajú sa uskromňovať na vyplácanie vysokých gréckych penzií, vysokých gréckych podpôr a vysokého gréckeho odstupného v zamestnaniach.

Tento referát nemá ambíciu priniesť univerzálne riešenie. Poukazuje na fakt, že pomenovanie človeka sociálnym pracovníkom ešte reálneho sociálneho pracovníka neznamená. Je ale takmer nemožné ním za súčasných existenčných tlakov záujmových skupín, vrátane cirkevných, ostať.

## Použitá literatúra

Aktuality.sk. 2013. Kennedyovci - tragédie v rodine [online]. Bratislava: [cit. 2015-03-28]. Dostupné na internete: <<http://osobnost.aktuality.sk/kennedyovci-tragedie-v-rodine>>.

ČTK. 2014. V Bratislave sa demonštrovalo na podporu Hedvigy Malinovej. 2014. [online]. Bratislava: Pravda, [cit. 2015-03-28]. Dostupné na internete: <<http://spravy.pravda.sk/domace/clanok/316317-v-bratislave-sa-demonstrovalo-na-podporu-hedvigy-malinovej/>>.

DEDEK, Richard. 2015. Fungovanie zdravotníctva v Nemecku - bez darov! 2015. [online]. Bratislava: SME.sk, Blog.SME.sk, [cit. 2015-04-10]. Dostupné na internete: <http://www.news.sk/rss/link/2015/02/341277/fungovanie-zdravotnictva-v-nemecku-bez-darov/>.

Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd v znení protokolov č. 3, 5 a 8. Oznámenie Federálneho ministerstva zahraničných vecí 209. In Zbierka zákonov č. 208 a 209/1992.

ĎURKOVSKÝ, Peter. 2008. Práva dieťaťa, ich uplatňovanie a možnosti zlepšenia súčasnej situácie legislatívou. Rigorózna práca. Banská Bystrica: Právnická fakulta Univerzity Mateja Bela, 2008.

FABIAN Aton. 2009. Oponentský posudok. Kultúry a sekty. Pokrok a regres JUDr. PhDr. Peter Ďurkovský. Písomná práca k dizertačnej skúške. Ružomberok: 2009.

JESENSKÝ, Mikuláš. 2012. Vyhrážky zabitím a sekery patria k Rómom, usúdil policajt.. [online]. Košice: Korzár [cit. 2015-03-28]. Dostupné na internete: <<http://roznava.korzar.sme.sk/c/6448351/vyhrazky-zabitim-a-sekery-patria-k-romom-usudil-policajt.html>>.

MUŇKOVÁ, Gabriela. 2001. Sociální deviace. Praha: 2001. ISBN 80-246-0279-2.

PECK, M. Scott. 1994. Dále nevyšlapanou cestou. Olomouc: Votobia, 1994. ISBN 80-85885-12-3.

Predpis č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky.

SITA. 2015. Prieskum odhalil praktiky u lekárov, úplatky sú rutinou. [online]. Bratislava: Webnoviny [cit. 2015-04-10]. Dostupné na internete: <http://www.webnoviny.sk/ekonomika/clanok/923781-prieskum-odhalil-praktiky-u-lekarov-uplatky-su-rutinou/>

SZÁSZOVÁ, Katarína. Všetkým krátkozrakým. 2010. In HAŠTO, Jozef. Otvorený list ministrovi vnútra SR JUDr. Róbertovi Kaliňákovi. Diskusia. Bratislava: W Press, Týždeň [cit. 2015-03-28]. Dostupné na internete: <<http://www.tyzden.sk/nazivo-doma/otvoreny-list-ministrovi-vnutra-sr-panovi-judr-robertovi-kalinakovi.html>>.

VEREJNÝ OCHRÁNCA PRÁV. 2014. Podanie na Ústavný súd - Zákon o pomoci v hmotnej núdzi. [online]. Bratislava: [cit. 2015-03-28]. Dostupné na internete: <<http://www.vop.gov.sk/podanie-na-ustavny-sud-zakon-o-pomoci-v-hmotnej-nudzi>>.

VEREJNÝ OCHRÁNCA PRÁV. 2014. 3166/2014/VOP.

Základná zmluva medzi SR a Svätou Stolicou [online]. Bratislava: [cit. 2015-03-28]. Dostupné na internete: <<https://vaticanskezmluvy.wordpress.com/2010/08/27/hello-world/>>.

Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v platnom znení.

Zákon č. 417/2013 Z. z. O pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

## **Kontakt**

Peter Ďurkovský, JUDr. PhD. PhD.

Národné centrum prevencie sociálnej patológie, o. z.

Predmestská 62

010 01 Žilina

Slovenská republika

E-mail: [peter.durkovsky1@gmail.com](mailto:peter.durkovsky1@gmail.com)

# Etické aspekty parafilií v percepci zdravotně-sociálního pracovníka

Pruknarová Michaela, Novotná Jana

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Parafilie jsou velmi citlivým tématem, s nímž je spojeno mnoho etických aspektů. Tento příspěvek si klade za cíl, na základě kvalitativního výzkumu doplněného o obsahovou analýzu textu nadefinovat hlavní etické problémy související s péčí o osoby s diagnózou parafilie.

**Klíčová slova:** parafilie, etika, etické problémy

•

## 1. Parafilie

Termín parafilie, dříve známý pod pojmem sexuální deviace, byl poprvé použit v roce 1980. Řadíme sem široké skupiny sexuálních poruch. Dodnes jsou platné definice, podle kterých pak byla parafilie určena. Kritéria vyžadovala, aby se u jedince vyskytovaly opakované sexuální fantazie, sexuální potřeby nebo sexuální chování, které by zahrnovaly:

Nehumánní objekty.

Utrpení nebo ponížení sebe nebo partnera.

Děti nebo jiné nesouhlasící osoby.

Parafilie jsou také charakterizovány jako sexuální impulzy, fantazie nebo praktiky, které jsou neobvyklé nebo bizarní. (Weiss, 2008)

Sexuální deviace (parafilie) je možné považovat za kvalitativní odchylku struktury sexuálního motivačního systému. Vnější projevy sexuálních deviací zahrnují širokou škálu aktivit od neškodného a spíše jen společensky obtížného chování (exhibice) až po nejnebezpečnější trestné činy proti lidské důstojnosti, zdraví či životu. (Zvěřina, 2003)

Parafilie je možné rozlišit na dvě skupiny - na deviace v aktivitě a deviace v objektu. Mimo toto rozdělení je možné rozeznat deviace kombinované či polymorfní – u nichž se vyskytuje více druhů deviantních preferencí. (Weiss, 2010)

### 1.1. Deviace v aktivitě

Jedná se o poruchy ve způsobu dosahování sexuálního vzrušení a uspokojení. Do této kategorie je možné zařadit voyerismus, exhibicionismus, frotérismus, tušérství, patologickou sexuální agresivitu, agresivní sadismus, sadomasochismus a jiné. (Weiss, 2010)

#### Voyerismus

Vzrušení je u této deviace dosahováno sledováním intimního počínání nic netušících objektů (svlékajících se či masturbujících žen, souložících párů), spojené s masturbací.

Ve většině případů se voyeři nedostanou do styku se zákonem, protože jejich aktivity zůstanou neodhalené. Pokud jsou přistiženi při masturbaci, mohou být stíháni za výtržnictví. Tento problém lze částečně řešit společensky akceptovaným způsobem, a to uspokojovat sexuální potřeby sledováním striptýzových show, peep-show, či používáním vizuální pornografie. Počet voyerů nelze zcela přesně určit. Tito parafilici většinou pomoc nevyhledávají a málokdy bývají při svých aktivitách přichyceni. (Šulová, Fait, Weiss, 2011)

#### Exhibicionismus

Vzrušení je u exhibicionistů dosahováno odhalováním genitálu před neznámými ženskými objekty. Patří mezi nejčastěji se vyskytující sexuální deviace. K expozici genitálu dochází na osamělých místech – průchody, parky. K sexuálnímu vzrušení tomuto jedinci stačí pohled kolemjdoucí ženy a jejich reakce. (Weiss, 2010)

#### Frotérismus

U frotérismu je vzrušení dosahováno třením se o anonymní, neznámé ženské objekty v tlačenicích – fronty, tramvaje. Do střetu se zákonem se dostávají zřídka kdy, protože většina žen nerada riskuje veřejnou scénu upozorněním na chování pachatele a raději v těchto případech vystoupí z tramvaje nebo se snaží odsunout na jiné místo bez viditelného odmítnutí. Někdy si ženy uvědomí, že se staly obětí frotéra ve chvíli, kdy mají znečištěné oblečení od spermatu.

### **Tušértví**

Tušér dosahuje vzrušení doteky intimních míst anonymních ženských objektů. Tento parafilik obvykle předstírá náhodný dotyk na ňadro, hýždě či genitál ženy. K těmto útokům dochází často v tlačenicích, v parku nebo v dopravním prostředku (Weiss, 2008)

### **Patologická sexuální agresivita**

Sexuálního vzrušení a uspokojení je u patologické sexuální agresivity dosahováno překonáváním odporu napadené anonymní ženy a minimalizací její kooperace. Tato deviace patří k těm nejnebezpečnějším.

Chování deviantního sexuálního agresora má mnohé rysy chování predátorského – svou oběť často pronásleduje, přepadá ji, na opuštěném místě ji povalí na zem a vyhrožuje jí zraněním či zabitím. (Zvěřina, 2003)

### **Agresivní sadismus**

Jako agresivní sadisty označujeme parafiliky, kteří pro dosažení vzrušení potřebují objekt svého sexuálního zájmu před stykem, během něho či místo styku učinit nehybným. Do této kategorie se řadí většina sexuálních vrahů. Pro tyto devianty je důležitá především možnost s oběťmi libovolně manipulovat. Někteří z nich po činu poškozují genitál obětí, uřezávají části jejich těla (ňadra, genitál a později s nimi masturbují či je pojidají).

V anamnéze agresivních sadistů je často možné najít i prvky jiných deviantních aktivit – exhibicionismu, voyeurismu, fetišismu, extrémní krutost ke zvířatům, či žhářství v dětství. (Weiss, 2008)

### **Sadismus a masochismus**

U sadismu je vzrušení dosahováno dominancí či totální kontrolou nad objektem. Sadista je vzrušován fyzickým a duševním utrpením oběti a pocitem, že oběť je plně v jeho moci.

U masochismu je vzrušení dosahováno totálním odevzdáním se partnerovi, vlastním ponížením i utrpením. Ve smyslu sexuální deviace se u sadismu i masochismu jedná pouze o ten typ chování, které směřuje jednoznačně k sexuálnímu vzrušení a uspokojení. Sadismus a masochismus se často vyskytují společně, mluvíme pak o sadomasochismu. Sadomasochistické aktivity se často vyskytují u partnerských vztahů.

Činnosti, které sadomasochisticky orientovaní jedinci používají k dosažení sexuálního vzrušení a orgasmu, jsou velmi různorodé, od bičování, bondage (svazování za účelem znehybnění), fyzické poškozování, fisting apod. (Šulová, Fait, Weiss, 2011)

## **1.2. Deviace v objektu**

Jako deviace v objektu je možné označit kvalitativní poruchy sexuální motivace charakterizované neadekvátním zaměřením erotické touhy, tedy tím, na jaký objekt je orientovaná sexuální touha. Patří sem především pedofilie, fetišismus a transvestitismus.

### **Pedofilie**

U této parafilie jde o erotické zaměření na objekty v prepubertálním věku – to je na chlapce a dívky bez znaků dospívání. Zaměřují se na děti ve věku 5 – 12 let, tedy bez přítomnosti sekundárních pohlavních znaků – ochlupení, prsa u dívek, chybějící ejakulace u chlapců. (Weiss, 2010)

### **Fetišismus**

U fetišistů jde o erotické zaměření na neživé předměty nebo na části těla. Fetišem se stávají především objekty, které jsou nošeny blízko sexuální vzrušujících částí těla a mají vizuální atributy genitálních signálů.

Kromě vizuálních signálů mohou hrát roli při vzniku fetiše a jiné (především čichové) podněty. Rozdělujeme tři základní kategorie možných sexuálních signálů: část těla, neživé prodloužení těla, specifické látky. Fetišistické aktivity jsou založeny na masturbaci s preferovaným předmětem (např. masturbace do boty, s plenami, gumou). (Zvěřina, 2003)

### **Transvestitismus**

Vzrušení je u této deviace dosahováno převlékáním se do šatů opačného pohlaví eventuálně i vystupováním v roli opačného pohlaví. Někdy je transvestitismus řazen k deviacím v aktivitě. První příznaky nacházíme obvykle už v dětství, kdy je převlékání nejdříve užíváno v rámci masturbačních aktivit, později se může automatizovat od primárně sexuálního účelu a sloužit jako prevence úzkosti. (Weiss, 2008)

### **1.3. Jiné deviace v objektu**

**Nekrofilie** je preference, která je zaměřená blízkost mrtvého těla a fascinace vším okolo pohrbů a mrtvol.

**Zoofilie** je charakterizována preferencí zvířat jako sexuálních objektů.

**Pyrofilie** je porucha, při níž je sexuálního vzrušení dosahováno ve spojitosti s ohněm, přičemž je nezdědka spojená i se zakládáním požárů. Výskyt této parafilie ve společnosti je poměrně řídký. (Weiss, 2010)

## **2. Terapie parafilních osob**

Léčba parafilií je záležitostí dlouhodobou a velmi náročnou, její konečný efekt závisí na mnoha faktorech, z nichž tím nejvýznamnějším je sám klient. V průběhu terapie parafilií je klient povinen sepsat životopis, podstoupit potřebná vyšetření a osvojit si základní znalosti o své sexualitě a parafiliích. Odborný tým sestavuje a projednává individuální plán léčby každého klienta. Klient si upřesňuje svůj životní cíl a již navyklé patologické chování. Rovněž udržuje nebo znovu navazuje kontakt se svou rodinou, otevřeně hovoří o svých nových zkušenostech a využívá partnerské poradenství.

V rámci základní ošetrovatelské péče musí personál pracovat podle stanoveného řádu oddělení. Velmi záleží na schopnostech zdravotníka, který musí být emočně vyrovnaný a osobnostně vyzrálý. Musí umět dobře komunikovat a zvládnout i náročnou práci s pacientem v rámci výchovného procesu. V práci ošetrovatelského týmu je důležité profesionální chování, otevřenost a vzájemná informovanost všech jejích členů. Členy zdravotnického týmu jsou zpravidla primář oddělení, lékař, psycholog, sociální pracovník, zdravotní sestry a ošetrovatelé.

Aby klient úspěšně zvládl sexuologickou léčbu, musí poznat sám sebe, dále vědět, jak se jeho parafilie projevuje a umět rozebrat svůj trestný čin, pochopit, co udělal a proč. Léčba mu pomáhá odhalit zkreslování reality, k němuž u jedinců s parafilií vlivem mnoha faktorů pravidelně dochází. Dále je snaha obnovit kontakt s příbuznými klientů, pokud jej nevyhledávají sami, zapojuje se do této etapy i sociální pracovník. (Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2016; Weiss, 2008)

## **3. Významné etické problémy**

Sexuální deviace, na rozdíl od naprosté většiny ostatních poruch či nemocí, které ohrožují primárně svého nositele, představují potencionální nebezpečí spíše pro jeho sociální okolí. Platí to především o těch nejnebezpečnějších formách duálních odlišností – sadismu a agresivním sadismu, patologické sexuální agresivitě, pedofilii. Proto ve většině zemí existuje pro sexuální devianty s kriminálním chováním ohrožujícím psychickou či fyzickou integritu jiných osob i právně ukotvený institut ochranné léčby. I ochranná léčba by však měla naplňovat etické požadavky, které stanovuje pro léčbu sexuálních delikventů: svobodný a informovaný souhlas, zahrnující právo pacienta odmítnout léčbu bez postihu, profesionální důvěru, akceptabilitu terapie a profesionální kompetenci terapeuta.

Weiss (2008) uvádí tři oblasti aplikace sexuologických intervencí u sexuálních deviantů:

**První oblast nutných zákroků.** Sem patří léčba nebezpečných deviantních sexuálních delikventů, zaměřená především na prevenci recidivy. Ta vychází z teze, že i léčba nařízená nemotivovaným jedincům proti jejich vůli je humánnějším řešením než jejich pouhá izolace od společnosti v rámci výkonu trestu, a to i za cenu dočasného zákonného omezení jejich práv.

**Oblast možných zákroků** v péči o nedelikventní pacienty, kteří sami a dobrovolně vyhledávají pomoc sexuologa či psychoterapeuta. Tito klienti si bývají dobře vědomi vlastních odlišností, obávají se vlastního selhání, nezdědka jsou však

příčinou jejich návštěvy i problémy, které jim přináší život v sexuálně většinové společnosti. Zde je úkolem zdravotníků především pomoci trpícímu vyrovnat se se svou sexuální odchylností a zmírnit sekundární symptomatiku.

Třetí je pak **oblast zásahů medicínsky i eticky neindikovaných**. Jako příklad tohoto druhu zahrnuje již zmíněnou snahu o změnu sexuální orientace u homosexuálů, a to především v této aplikaci již dávno překonanými metodami typu averzního podmiňování. Neindikované zákroky v sexuologii přitom podle názoru autorů souvisejí s přetrvávajícími předsudky v oblasti lidského pohlavního života a jedinou cestu k jejich překonávání vidí ve stále větší informovanosti odborné i laické veřejnosti.

V oblasti léčby sexuálních deviantů bylo vysloveno nejvíce etických námitek k tématu terapeutické kastrace. V zásadě se pochybnosti vztahují ke dvěma otázkám:

1. Zda je kastrace léčbou, nebo spíše trestem.
2. Zda se pro ni klient rozhoduje opravdu dobrovolně.

Je zřejmé, že pro kastraci či jakoukoli jinou operaci se málokdo rozhoduje zcela svobodně. Kritici kastrace však často neberou v úvahu nejen zájmy potenciálních obětí, ale také moment důležitý pro člověka, který by jinak trávil život stále ve vězení či v psychiatrických zařízeních. Pokud budeme brát vážně klientovo právo na svobodu a současně i normy sociální etiky, bude vždy nutné nést odpovědnost i za pouze částečně uspokojivé řešení – kastraci, pokud nakonec slouží i k dobru jedince a jeho biopsychosociálních vztahů.

Někteří však pokládají negativní etické postoje ke kastraci, jež považují tento zákrok za prostředek pomsty společnosti, za stejně oprávněné jako mínění, že oběť mužství na oltář bezpečnosti pro ženy a děti je nutná. Kastraci považují za terapeutický zákrok, je-li užita až jako poslední východisko ze situace nepřijatelného dilematu mezi zájmy obecné bezpečnosti a právem na svobodu. (Weiss, 2010; Janovský, 2003)

Jde o hledání rovnovážných vztahů mezi léčbou, trestem a ochranou společnosti. Je třeba respektovat lidská práva klientů. Podle mezinárodních autorit v oblasti lékařské etiky je přípustná hormonální útlumová léčba zejména za dodržení následujících podmínek:

- Byla diagnostikována parafilie po důkladném psychiatrickém vyšetření.
- Hormonální léčba je zaměřena proti konkrétním příznakům a přizpůsobena individuálnímu osobnímu stavu pacienta.
- Stav osobnosti představuje významné riziko poškození jeho zdraví nebo psychické či tělesné integrity jiných osob.
- Není dostupná jiná, méně invazivní léčebná metoda
- Lékař poskytne klientovi důkladnou informaci a získá jeho souhlas. Je-li to třeba, spolupracuje s konzultujícím endokrinologem.
- Hormonální léčba je součástí písemně formulovaného léčebného plánu, který je kontrolován v pravidelných intervalech a případně revidován. Souhlas je u této klientely nicméně často dáván v situaci, kdy pacient je subjektem jistého omezení a nátlaku. (Zvěřina, 2012)

Každý terapeut zabývající se léčbou parafilních osob se musí pokusit vnitřně sladit obojí – jak zájem společnosti, tak u nejlepší zájem pacienta. Žádná léčba sexuálních delikventů nemůže na 100 % vyloučit možnost recidivy. V rámci prevence se proto kromě terapie na celém světě hledají i jiné možnosti, jak společnost chránit před sexuální kriminalitou. Jednou z těchto cest, eticky však velmi diskutabilní, je informování komunity o tom, že pachatel je propuštěný z výkonu trestu a že se jedná o sexuálního delikventa. (Weiss, 2008)

## **Kazuistika: stalking - Erotografomanie**

**Definice erotografomanie:** Muž je vzrušován psaním erotických dopisů (současně např. SMS) anonymním ženám, často se sadistickým obsahem. Představuje si, jak žena dopis čte a vzrušuje ho to.

Kazuistika pojednává o čtyřicetiletém Vladislavovi, který se léčí se stalkingem a alkoholovou závislostí. Pan Vladislav je samotář a introvert. Na své dětství nevzpomíná v dobrém, neměl dobré vztahy s matkou, která jej později vydělila, měl ale velice rád svého otce a sourozence.

Svého problému si začal všimnout již v pubertě, kdy popisuje, jak na diskotékách a na nudaplážích pozoroval ženy a následně je následoval.

V místě kde pobýval, měl partu přátel, se kterou hojně zneužíval alkohol. Následně začal často navštěvovat obchodní centrum, kde prodavačkám v obchodech posílal erotické dopisy, doplněné o výhrůžky.

V souvislosti se svou parafilíí začal mít problémy také v zaměstnání. Sledoval kolegyně k automobilům, ale byl viděn na kamerách na parkovišti. Poté, co se o jeho problémech dozvěděli kolegové z práce a následně i přítelkyně, která také vyzorovala, že na diskotékách odejde pryč nebo dlouhou dobu pozoruje ženy kolem, vyhledal pan Vladislav pomoc. Dnes pan už abstinguje, bojí se kamkoli chodit, aby tomu opět nepropadl. Je optimistický v tom, že si může do budoucna najít i práci.

### **Etické problémy**

Hlavním etickým problémem v této kazuistice je začleňování se zpět do běžného života. Klient se šel léčit dobrovolně, vyhledal odbornou pomoc, téměř rok abstinguje. Ale velký problém pro tohoto klienta bude sehnat práci, z důvodu jeho minulosti.

Předsudky zaměstnavatelů o lidech, kteří si prošli léčebným zařízením. Ale všichni by měli dostat další šanci a tím také příležitost navázat nové vztahy. Také pro klienta je to zkouška, jak se začlenit zpět do běžného života. Postupovat podle terapeutických metod, čelit okolním nástrahám.

### **Závěr**

Odchylky v oblasti sexuální orientace jsou považovány za deviace. Na vzniku těchto poruch se podílí genetická výbava, ale i psychosociální faktory.

Za parafilie se označuje dlouhodobé abnormální sexuální zaměření, kdy člověk vyhledává neobvyklé situace, aktivity i předměty, k vlastnímu uspokojení (např.: fetišismus, voyeurismus,...). U těchto deviací jedinec nevyhledává fyzický ani sexuální kontakt, ale například u sadismu dochází k uspokojení pouze vyvrcholením agrese a násilí spácháním na své oběti.

Léčba pacientů se sexuální deviací spočívá obvykle ve farmakoterapii a psychoterapii. Klient se musí naučit žít se svou úchylnou tak, aby neohrožoval ani neobtěžoval své sociální okolí. V případech, kdy klient nedokáže svou poruchu zvládnout, je možné provést kastraci, nebo podat léky, které vyvolávají útlum sexuálního pudu, což je hlavním etickým problémem.

### **Zdroje**

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-80-7345-238-4.

WEISS, Petr. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7178-634-9.

WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

ZACHARIÁŠOVÁ, Jaroslava. *Péče o pacienty se sexuální deviací (parafilii)*. In: Sborník referátů z 15. celostátního kongresu k sexuální výchově, Pardubice 2007. [online]. [cit. 2016-10-04]. Dostupné z: <<http://1url.cz/1tNGW>>.

ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. 1. vyd. Brno: CERM, 2003, 287 s. ISBN 80-720-4264-5.

ZVĚŘINA, Jaroslav. *Terapie sexuálních delikventů – mezinárodní standardy*. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2012, 108, č. 1, 35 – 40 s. ISSN 1212-0383.

## **Kontakt**

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Katedra sociální práce

Tolstého 1556/16, 586 01 Jihlava

Email: [Jana.Novotnai@vspj.cz](mailto:Jana.Novotnai@vspj.cz)



# Reflexie absolventov Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave na oblasť vzdelávania v odbore sociálna práca

Schavel Milan

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety*

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave pripravuje študentov v odbore sociálna práca už vyše desať rokov. Pokladali sme za prínosné a dôležité poskytnúť zainteresovaným niekoľko reflexií absolventov v študijnom odbore sociálna práca na niekoľko oblastí, ktoré často v prostredí každej vysokej školy rezonujú a na ktoré študenti často nedostávajú odpovede. Ide o oblasť kvality poskytovaného vzdelania, organizáciu štúdia, obsah študijného programu a záujem o možnosť ďalej sa vzdelávať. Príspevok poskytuje na základe realizovaného výskumu niekoľko podnetov pre zainteresovaných aktérov vzdelávacieho procesu.

**Kľúčová slova:** sociálna práca, absolvent štúdia, vzdelávanie, obsah študijného programu, ďalšie vzdelávanie

•

## Úvod

Na Slovensku ale aj v zahraničí sa Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce (ďalej len VŠZaSP), ako nezisková organizácia prezentuje už 10 rokov, zakladateľom školy je prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc., multi. Drhc. Cieľom a samotnou ideou školy je od začiatku poskytovať vysokoškolské vzdelanie v profesiách, ktoré nevyhnutne súvisia s činnosťami zameranými na pomoc ľuďom so zdravotnými problémami a v nepriaznivých životných situáciách. Ojedinelým špecifikom školy je realizácia projektov v rozvojových krajinách celého sveta, momentálne škola realizuje 53 projektov zameraných na pomoc tým najchudobnejším, v ohrození na živote a životnej existencii. Do tohto rámca samotného poslania prirodzene zapadá aj vzdelávanie sociálnych pracovníkov, opodstatnenosť je odôvodnená narastaním ekonomických problémov, krízami v rodine, poskytovaním sociálnych služieb pre rôzne klientské skupiny, narastaním sociálno – patologických javov a problémov súvisiacich s oblasťou sociálnoprávnej ochrany detí, mládeže a dospelých.

V tejto fáze dynamického rozvoja študijného odboru bola zriadená VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave. Prví absolventi bakalárskeho štúdia ukončili akademický rok 2005/2006 v celkovom počte 340 absolventov.

VŠ ZaSP získala akreditácie na vzdelávanie v odbore sociálna práca vo všetkých stupňoch vysokoškolského štúdia a práva na udeľovanie vedecko – pedagogických hodností docent a profesor v odbore sociálna práca.

Faktom je, že škola prešla mnohými úskaliaми, je častým terčom kritiky pre vysoký počet študentov a realizáciu vzdelávania v rôznych regiónoch Slovenska. Na druhej strane ale, podľa hodnotenia ARRA<sup>16</sup> sa vysoká škola umiestňuje na poprednom mieste v porovnaní aj s inými verejnými vysokými školami. Naviac škola, ako jediná sa môže prezentovať v rámci realizovaných odborov medzinárodnou akreditáciou v odboroch sociálna práca, ošetrovateľstvo a verejné zdravotníctvo.

---

<sup>16)</sup> ARRA je nezávislá hodnotiacia agentúra vysokých škôl. Prvé hodnotenie (ranking) slovenských vysokých škôl (VŠ) a ich fakúlt zverejnila ARRA v roku 2005. Dovtedy sa žiadna štátna či neštátna inštitúcia systematickým hodnotením vedeckého a pedagogického výkonu vysokých škôl na Slovensku nezaoberala. Cieľom rankingu ARRA je poskytnúť širokej verejnosti a najmä uchádzačom o štúdium na VŠ prehľad zostavený na základe použitia čitateľných a všeobecne zrozumiteľných kritérií. Ambíciou nášho rankingu, tak ako je zvykom pri zahraničných rankingoch, je tiež iniciovať súťaživosť medzi inštitúciami poskytujúcimi vysokoškolské vzdelávanie a tým aj pozitívne zmeny v slovenskom vysokom školstve. Hodnotenie sa opiera o verejne dostupné a verifikovateľné údaje, ktoré sú rozdelené do dvoch základných skupín - vzdelávanie (počty študentov, pedagógov, záujem o štúdium) a výskum (počty publikácií a citácií, granty a doktorandské štúdium)

## Sociálna práca v procese teórie a praxe

Opodstatnenosť študijného odboru sociálna práca je nespochybniteľná aj napriek tomu, že už niekoľko rokov sa vedú diskusie najmä v akademickom prostredí či ide o vedu, praktickú činnosť alebo aplikáciu metód rôznych spoločenských vied prostredníctvom sociálnej práce do praxe.

Je potrebné si uvedomiť, že opodstatnenosť sociálnej práce ovplyvňuje už dlhoročne aj fakt, že sociálna politika prezentuje nový smer a rozloženie zodpovednosti štátu a občana sa výrazne menia: dôraz sa kladie na posilnenie zodpovednosti občana nielen za kvalitu svojho života, ale aj za svoju rodinu. Dôležitý je výber vhodných aplikovaných metód sociálnej práce, ktorý by mal zabrániť osobnej a sociálnej dezintegrácii občana a pôsobiť proti jeho dlhodobému zotrvaniu v situácii odkázanosti na pomoc iných, tak aby sa neefektívne neznehodnocovali značne obmedzené použiteľné zdroje štátu.

Na Slovensku sa až prijatím zákona o sociálnej pomoci sa v roku 1998 vytvoril predpoklad pre zmenu pozície, orientácie a úloh sociálnej práce z úrovne bezmocného administrátora na úroveň hlavného nástroja, ktorým sa realizujú reformné ciele sociálnej ochrany občanov. Faktom je, že tento predpoklad otvoril priestor pre rozvoj a ďalší rast sociálnej práce ako významnej sociálnej profesie najmä v oblasti sociálnych služieb, sociálnej prevencie, sociálnoprávnej ochrany ako aj kompenzácií dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia. V tom čase bola často formulovaná otázka, ako a či vôbec je súčasná prax výkonu sociálnej práce a prípravy vzdelávania sociálnych pracovníkov pripravená primerane reagovať na nastolenú požiadavku zmeny, na to, aby sa skutočne mohla stať účinným a reálnym nástrojom implementácie novej sociálnej politiky. Odpoveď je jednoznačná, akademická obec veľmi pohotovo reagovala na požiadavky praxe a potreby zabezpečenia často aj špecifických odborných činností v sociálnej praxi. Boli spracované nové študijné programy, kreovali sa nové študijné predmety, teoreticky boli rozpracované témy ako sociálne poradenstvo, supervízia, sociálna prevencia, krízová intervencia a ďalšie. Publikovali sa pre toto obdobie nové monografické diela. Osobnosťou, ktorá sa významne podieľala na kreovaní študijného odboru bol v tom období doc. Štefan Strieženc<sup>17</sup>.

V podstate od začiatkov kreovania študijného odboru sociálna práca prebieha diskusia o ukotvení profesie v praktickom prostredí výkonu sociálnej práce a o akceptovaní sociálnej práce ako spoločensko - vedného odboru. Dovoľujeme si teda na tomto mieste upozorniť na nasledovné okruhy problémov :

dlhoročne prebiehajúca avšak nedostatočne štrukturovaná, často partikulárna a utilitaristická diskusia o tom , kto je a kto nie je sociálnym pracovníkom, kto môže túto profesiu vykonávať, aké vzdelanie a kvalifikácia sú potrebné pre jej výkon, či je sociálna práca samostatnou vednou disciplínou a profesiou alebo je len zastrešujúcim názvom pre určitý súbor činností a poznatkov z iných vedných disciplín, t.j. diskusia o samotnej podstate, definícii, charaktere a hraniciach sociálnej práce<sup>18</sup>,

dynamický nárast počtu škôl a vzdelávajúcich inštitúcií v predchádzajúcom desaťročí deklarujúcich vzdelávanie v sociálnej práci, sprevádzaný roztrieštenosťou obsahu vzdelávacích programov, výkonom a kvalitou povinnej praxe študentov, ako aj absenciou uceleného, inštitucionálne zabezpečeného systému ďalšieho vzdelávania sociálnych pracovníkov<sup>19</sup>,

súčasná prax v obsadzovaní miest sociálnych pracovníkov vo verejnej správe a v zariadeniach sociálnych služieb využíva príliš širokú definíciu kvalifikačných predpokladov vzdelania bez štandardného vymedzenia kvalifikačných požiadaviek

---

<sup>17)</sup> Štefan Strieženc, docent v odbore sociálna práca, prvý predseda Asociácie vzdelávateľov v sociálnej práci, autor monografií v odbore sociálna práca : Slovník sociálneho pracovníka (1996), Úvod do štúdia sociálnej práce (1999), Teória metodológia sociálnej práce (2006). Zaslúžil sa o autonómiu študijného odboru sociálna práca ako vysokoškolského študijného odboru. Zomrel v roku 2006.

<sup>18)</sup> Vymedzenie sociálnej práce ako praktickej činnosti je čiastočne definované v Zákone č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a v Zákone č. 305/2005 Z.z.o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele.

<sup>19)</sup> Charakteristika študijného odboru sociálna práca je zverejnená na web. stránke Akreditačnej komisie pre posudzovanie spôsobilosti zabezpečovať vysokoškolské vzdelávanie v študijných odboroch na určených stupňoch vysokoškolského štúdia. Charakteristiku študijného odboru je potrebné inovovať. V oblasti ďalšieho vzdelávania rezort práce, sociálnych vecí a rodiny doposiaľ nemá spracovaný ucelený systém – koncepciu ďalšieho vzdelávania zamestnancov v sociálnej sfére.

zamerania a lebo odboru vzdelania zamestnancov sociálnej sféry, čo vyústilo do nedostatočnej kvalifikovanosti zamestnancov, spätne negatívne ovplyvňuje celkové vnímanie sociálnej práce ako profesie a nevedie k tvorbe potrebných štandardizovaných podmienok pre jej profesionálny výkon.

### Výsledky výskumu absolventov VŠ ZaSP sv. Alžbety v odbore sociálna práca

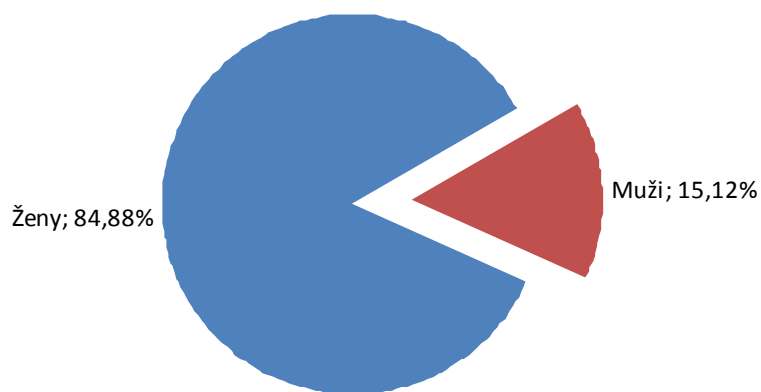
Vysoká škola v zmysle pokynov Ministerstva školstva, vedy, mládeže a športu SR pravidelne organizuje aj hodnotenie pedagogického procesu študentmi, výsledky sú pomerne priaznivé, sú štatisticky vyhodnocované, pričom vytvárajú predpoklad pre sústavné skvalitňovanie vzdelávania v jednotlivých odboroch štúdia.

Pomerne ojedinelým podľa našich zistení je evaluácia vzdelávania v jej jednotlivých súvislostiach prostredníctvom absolventov vysokej školy. Pri našom zisťovaní sme nezaznamenali žiadne relevantné výstupy realizovaných výskumov verejných alebo súkromných vysokých škôl, ktoré by aspoň čiastočne reflektovali názory absolventov v odbore sociálna práca. Zaujímavé pre prostredie jednotlivých vysokých škôl sú realizované výskumy, ktoré monitorujú uplatnenie absolventov a ich spokojnosť s absolvovaným študijným programom<sup>20</sup>.

V akademickom roku 2013/2014 sme uskutočnili výskum prostredníctvom elektronicky rozoslaných dotazníkov v celkovom počte 1837 respondentov. Výskum sme orientovali na tieto základné oblasti :

- motivácia pre štúdium v odbore sociálna práca
- využitie vedomostí a zručností v profesionálnej praxi,
- reflexia na obsah študijného programu v odbore sociálna práca a kvalitu pedagógov,
- záujem o ďalšie vzdelávanie a odbornú graduáciu v odbore sociálna práca.

Výskumu sa zúčastnili absolventi I. a II. stupňa vysokoškolského štúdia v odbore sociálna práca. Predpokladali sme že väčšinu respondentov budú tvoriť ženy, čo potvrdzuje aj nasledujúci graf 1.



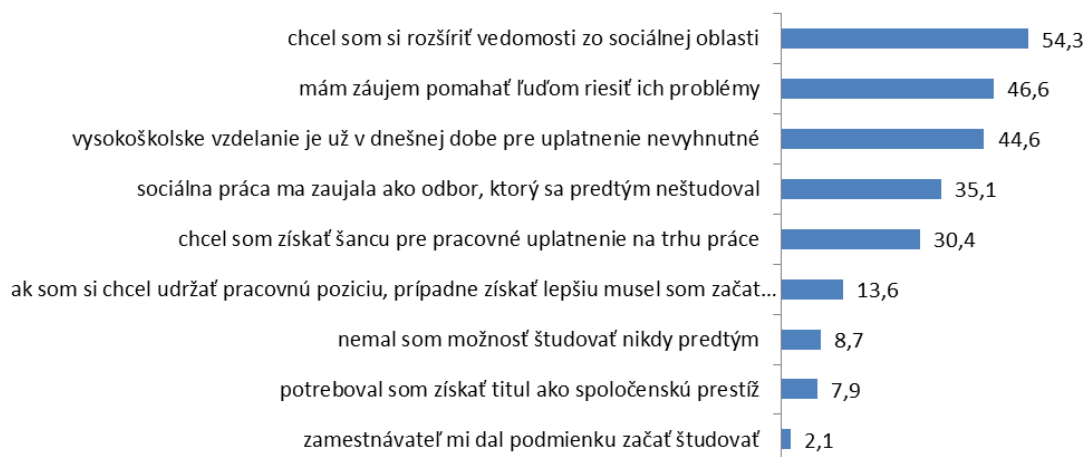
Graf 1 Pohlavie respondentov

Podobné zloženie študentov je aj na iných verejných vysokých školách, faktom je že štatistiky pre rozlíšenie pohlavia študentov v odbore sociálna práca sa evidujú, je však prirodzené, že z rôznych dôvodov, ktoré na tomto mieste nepovažujeme za nevyhnutné rozoberať, prejavujú o prácu v sociálnej oblasti najmä ženy.

---

<sup>20)</sup> Celoslovenské výskumy sa realizujú len ojedinele napr. : ARRA : Spokojnosť študentov vysokých škôl (2006), Kočan – Považan : Hodnotenie kvality vysokých škôl pedagógmi a absolventmi (2009).

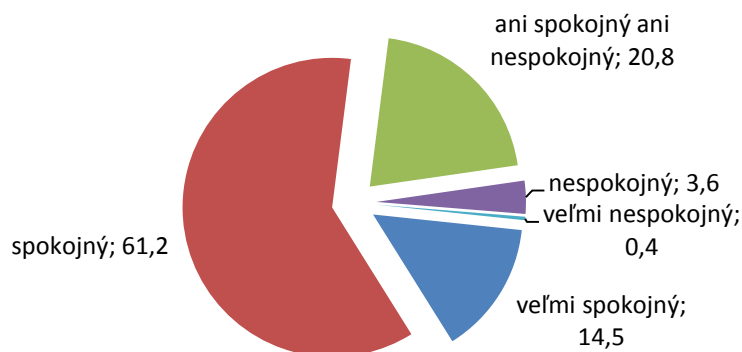
Keď sme sledovali záujem – motiváciu absolventov pre štúdium v odbore sociálna práca, výsledky nás prekvapili svojim spektrom odpovedí a podobne tiež pomerne vysokým percentom orientovaným na získanie vedomostí, záujem o prácu s ľuďmi, záujem o nový študijný odbor a podobne. Respondenti mohli uviesť aj viac možností svojich odpovedí, výsledky uvádzame v percentách v grafe 2.



Graf 2 Dôvod pre štúdium v odbore sociálna práca

Situácia oproti predchádzajúcim rokom sa zmenila najmä v motivácii, ktorá bola podmienená udrzaním si pracovného miesta 13,6 % odpovedí alebo 2,1 % v súvislosti s podmienkou od zamestnávateľa, kedy má zamestnanec podmienku začať študovať. Za priaznivý výsledok môžeme považovať pomerne nízke percento orientované na snahu získať spoločenskú prestíž prostredníctvom vysokoškolského titulu (7,9 %), mohli by sme povedať, že takáto tendencia nie je tak výrazne preferovaná, napriek tomu, že v spoločnosti je aj medzi verejnosťou často pertraktovaná.

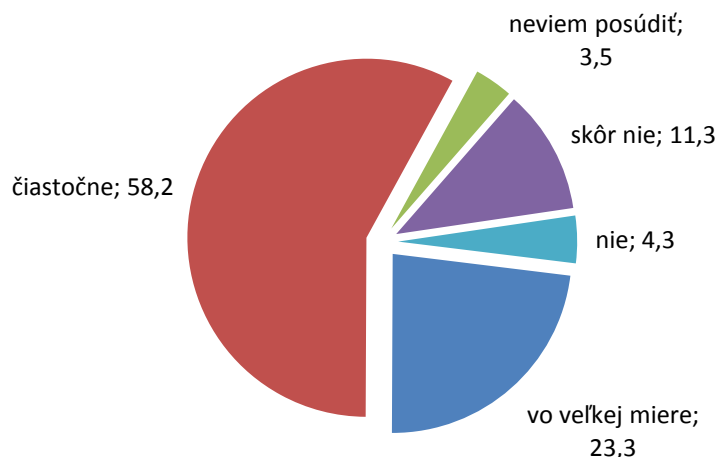
Hodnotenie kvality poskytovaného vzdelávania je pomerne zložité, počas štúdia sa poslucháči majú možnosť vyjadrovať sa k poskytovanej kvalite vzdelávania, každý rok sa tieto výsledky vyhodnocujú. Vo všeobecnosti by sme mohli konštatovať spokojnosť absolventov štúdia s poskytovaným vzdelávaním (táto spokojnosť vyjadruje organizáciu samotného štúdia, kvalitu pedagógov vo vzdelávacom procese ako aj úroveň získaných vedomostí a zručností pre ďalšie praktické uplatnenie). K tomuto zisteniu bola formulovaná otázka: „Vyjadrite svoju spokojnosť s absolvovaným štúdiom v odbore sociálna práca“. Výsledky uvádzame v nasledujúcom grafe 3.



Graf 3 Vyjadrenie spokojnosti s absolvovaným štúdiom v odbore sociálna práca

Zaujímali nás taktiež odpovede respondentov na využitie svojich vedomostí v profesionálnej praxi. Za priaznivé pre odbor sociálna práca a študijný program zostavený na VŠZaSP sv. Alžbety považujeme vysoké percento odpovedí vo vzťahu k využitiu získaných vedomostí vo veľkej miere (23,3%) a odpovede „čiastočne využívam“ (58,2 %). Čiastočné

využitie môže súvisieť aj so skutočnosťou, že sociálnu prácu študujú najmä v externej forme aj uchádzači napr. z rezortu vnútra, zdravotníctva alebo ďalších subjektov verejnej správy, pričom nemusia byť v kontakte s klientom, ktorý má sociálne problémy. Výsledky uvádzame v nasledujúcom grafe 4.



Graf 4 Využitie vedomostí získaných počas štúdia v profesionálnej praxi

V súvislosti s reflexiou na obsah študijného programu v odbore sociálna práca sme respondentom kládli otázku, ktorá súvisela s preferovaním niektorého z modulov (súbor študijných predmetov). Otázka znela: „Ktoré z uvedených modulov považujete pre vzdelávanie v sociálnej práci za najdôležitejšie?“, respondenti hodnotili preferovanie stupnicou od 1 po 5.

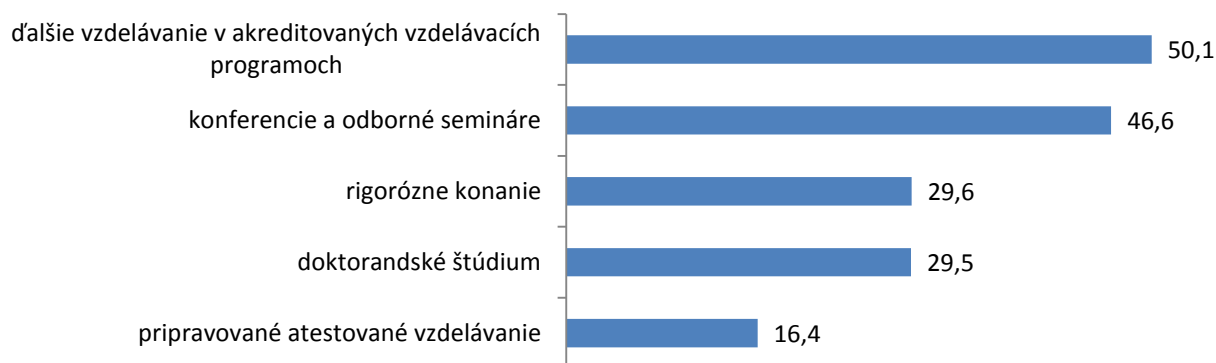


Graf 5 Preferovanie niektorého z modulov v obsahu štúdia v odbore sociálna práca

Na základe získaných výsledkov uvádzame, že absolventi považujú za dôležité získať vedomosti predovšetkým v oblasti metód sociálnej práce, vo výcviku sociálnych zručností, v sociálnej politike a v aplikovaných disciplínach sociálnej práce. Menej preferovaná je oblasť teórie sociálnej práce, čo môže súvisieť aj s náročnosťou prenosu teoretických konceptov sociálnej práce do aplikačnej praxe s využitím adekvátnych metód sociálnej práce. Menej frekventované v odpovediach boli aj predmety príbuzných spoločenskovedných disciplín. Tento fakt na druhej strane poukazuje na nevyhnutnosť orientovať pedagógov do hľadania možností priblížiť význam jednotlivých disciplín pre sociálnu prácu a možností vzájomného obohatenia týchto disciplín navzájom.

V kontakte so sociálnou praxou, ako aj v komunikácii so študentmi sociálnej práce sme často upozorňovaní na nevyhnutnosť ďalšieho vzdelávania absolventov v odbore sociálna práca. Na tomto mieste je potrebné konštatovať, že rezort práce sociálnych vecí a rodiny nemá doposiaľ vytvorený systém ďalšieho vzdelávania sociálnych pracovníkov, táto potreba nie je ukotvená v žiadnom právnom predpise, vyhláske alebo koncepcie. Uskutočňujú sa skôr spontánne vzdelávacie aktivity pod gesciou Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny alebo aktivity, ktoré sú podporované

prostredníctvom finančných zdrojov Európskeho sociálneho fondu a niektorých neziskových organizácií. Problémom je, že zvyšovanie odbornosti na výkon činností v odbore sociálna práca nevytvárajú predpoklad pre zvyšovanie mzdového ohodnotenia, prípadne kariérneho postupu. Napriek tomu je záujem respondentov o vzdelávanie evidentný. Respondenti mohli uviesť viacero odpovedí ( graf 6).



Graf 6 Záujem respondentov o odbornú graduáciu

Respondenti by najviac preferovali v ďalšom vzdelávaní akreditované vzdelávacie programy, podnetný je aj ich záujem o konferencie a odborné semináre. Napriek tomu, že atestované vzdelávanie sociálnych pracovníkov nemá oporu v žiadnej právnej norme a právnom predpise, absolventi zrejme vidia v tomto type ďalšieho vzdelávania potvrdzovanie odbornej kompetencie s vyššou váhou ako absolvovanie niektorého zo vzdelávacích programov. Koncept atestovaného vzdelávania má Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety už rozpracovaný<sup>21</sup>. Pomerne rovnaké percento odpovedí bolo v záujme o doktorandské štúdium a rigorózne konanie, približne 1/3 absolventov uvažuje o ďalšom štúdiu, čo je možné považovať za zosúladenie s celkovým trendom sprístupniť doktorandské štúdium širšej skupine záujemcov o tretí stupeň vysokoškolského štúdia.

## Záver

V našom príspevku sme prezentovali výskum, ktorý poukázal na niektoré skutočnosti, ktoré dovtedy neboli predmetom zisťovania. Zistili sme, že väčšina absolventov je spokojných so vzdelávaním na VŠ ZaSP sv. Alžbety v Bratislave, absolventi upozorňujú na význam niektorých študijných predmetov a čo je potešiteľné majú záujem o ďalší odborný rast.

Dovoľujeme si taktiež upozorniť, že sociálna práca je na Slovensku etablovaná dve desaťročia, bolo by dobré si uvedomiť, že pri jej rozvoji nejde len o otázku čisto akademickú, často spochybňujúcu úroveň a kvalitu praktického využitia vedomostí a zručností absolventov v sociálnej praxi. Musíme si uvedomiť, že ide aj o otázku existenčného smerovania a praktického zabezpečenia tejto profesie v súčasnej slovenskej spoločnosti.

Perspektívou pozitívnej zmeny v posilnení postavenia sociálnych pracovníkov a samotnej profesie je profesionalizácia sociálnej práce v zmysle naplnenia deklarovaného záujmu aj samotnej Vlády SR v Programovom vyhlásení : „Vytvoriť podmienky pre zabezpečenie profesionalizácie sociálnej práce“. Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR pripravuje za podpory Asociácie vzdelávateľov v sociálnej práci legislatívnu normu, ktorá by mala očakávania sociálnych pracovníkov v zmysle ich profesionálneho a statusového postavenia naplniť.

<sup>21)</sup> Atestácia je overenie získaných kompetencií vymedzených profesijným štandardom pre príslušnú kategóriu odborného zamestnanca v odbore sociálna práca, ktorý ich získal kontinuálnym vzdelávaním, sebazvdelávaním alebo výkonom odborných činností. Atestáciu môže vykonať len odborný zamestnanec v odbore sociálna práca, ktorý získal požadované vysokoškolské vzdelanie najmenej druhého stupňa a má minimálne 1 rok praxe.

## **Literatura**

MATEL, A. – SCHAVEL, M. 2013. Teória a metódy sociálnej práce I. Bratislava : SPRSP, 2013. s. 446. ISBN : 978-80-971445-1-7.

## **Kontakt**

prof. PaedDr. Milan Schavel, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna

[mschavel@stonline.sk](mailto:mschavel@stonline.sk)

# Možnosti zapojení studentů humanitních oborů do výzkumných aktivit

Křestánová Brigitta, Novotná Jana, Vojáčková Hana

Vysoká škola Polytechnická Jihlava

Studenti studující humanitní obory mají ve většině případů možnost se mimo výuky a praxe zapojit, také do dalších aktivit, které jsou na akademické půdě realizovány. Mezi takovéto činnosti bezesporu patří výzkumná činnost. Příspěvek se zaměřuje na zkušenosti studentů oboru zdravotně-sociální pracovník Vysoké školy Polytechnické Jihlava se zapojením do realizace výzkumných aktivit.

**Klíčová slova:** výzkum, student, praxe

**Literatura:** HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

CHRÁSKA, M. Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

WEISS, P. Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 351 s. ISBN 80-717-8634-9.

•

## 1. Výzkum v percepce sociální práce

Sociální práce jako etablovaná disciplína je oborem, kde se mimo jiné klade důraz na používání nejnovějších poznatků. Jedním ze způsobů, jak získat informace z nových oblastí nebo hlubších znalostí v oblastech již známých, je bezesporu výzkumná činnost.

Výzkum znamená proces vytváření nových poznatků. Jedná se o systematickou a pečlivě naplánovanou činnost, která je vedena snahou zodpovědět kladené výzkumné otázky a přispět k rozvoji do našeho oboru.

Ve stále složitějším světě se výzkum provádí s cílem zodpovídat otázky vznikající v nejrůznějších oblastech. Člověk dokáže cíleně získávat potřebné informace, analyzovat každodenní situace, popisovat svůj svět, zodpovídat si otázky o příčinách a následcích sledovaných událostí. (Hendl, 2016)

Mezi hlavní výzkumné přístupy, které jsou v sociální práci využívány, řadíme kvantitativní a kvalitativní výzkum.

### 1.1. Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění, který je založen na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního problému. Mezi základní výzkumné metody je možné zařadit metodu pozorování a rozhovoru (interview). (Chráska, 2007) Stručné charakteristiky vybraných směrů kvalitativního výzkumu obsahuje tabulka č. 1.

Tab. 1 Vlastnosti kvalitativních metod

| Vlastnosti základních metod kvalitativního přístupu |                                          |                                            |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Metoda                                              | Vlastnosti                               | Výhoda                                     |
| Pozorování                                          | delší období kontaktu                    | pochození subkultury                       |
| Texty a dokumenty                                   | rozbor významu                           | organizace a použití teoretické porozumění |
| Interview                                           | relativně nestrukturované                | porozumění zkušenosti                      |
| Audio- a videozáznamy                               | přesná transkripce přirozených interakcí |                                            |

Zdroj: Hendl, 2016



## 1.2. Kvantitativní výzkum

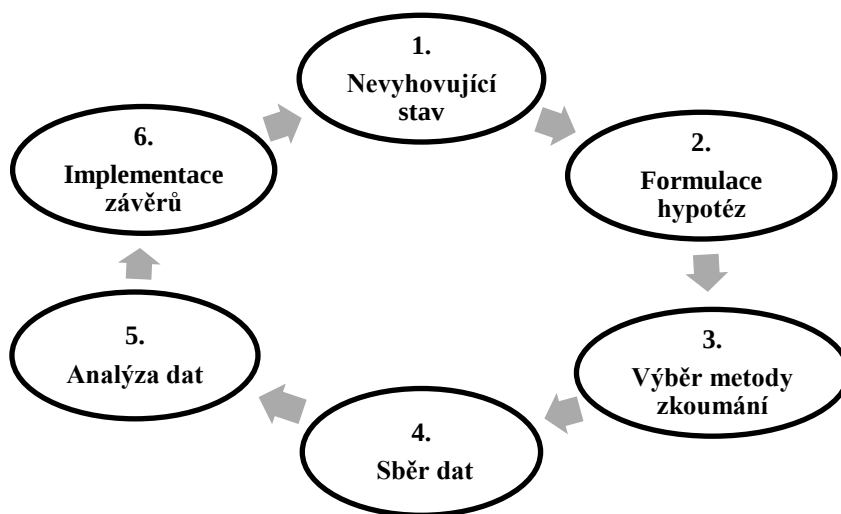
Jak uvádí Hendl (2004), základním předpokladem je, že lidské chování je do jisté míry měřitelné a předpověditelné. Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování.

Konstruované koncepty jsou zjišťovány pomocí měření, následně jsou získaná data analyzována a statistickými metodami vyhodnocována. Cílem je vyhodnotit, popisovat, případně ověřovat pravdivost představ o vztahu sledovaných proměnných.

Kvantitativní výzkum bývá spojován s hypoteticko-deduktivním modelem vědy, který sestává z těchto základních komponent:

1. Formálně se vyjádří určité obecné tvrzení, které má potenciál vysvětlit vztahy v reálném světě.
2. Dedukce. Za předpokladu, že teorie platí, budeme očekávat, že nalezneme vztah mezi minimálně dvěma proměnnými X a Y - hypotéza.
3. Uvažujeme o definici, co potřebujeme zjistit, abychom pozorovali X a Y - operační (operacionalizovaná) definice.
4. Provádění pozorování - měření.
5. Závěry o platnosti hypotézy - testování hypotézy.
6. Vztahení výsledku testování zpět k teorii – verifikace.

Metody založené na těchto principech jsou v rámci metodologie kvantitativního výzkumu podrobně zpracovány tak, aby odpovídaly co nejvíce předmětu zkoumání. (Hendl, 2004)



Obr. 1 Etapy výzkumu  
Zdroj: Survio, 2016

## 2. Specifika výzkumu v oblasti parafilii

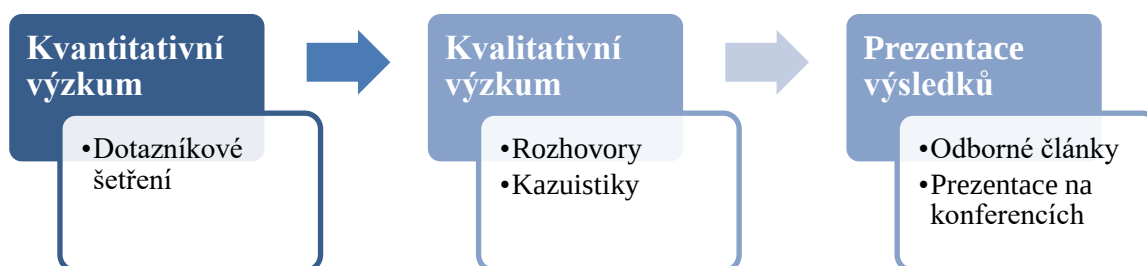
Parafilie (neboli sexuální deviace) jsou v dnešní době stále poměrně tabuizovaným tématem. Vznik parafílie je věcí, kterou jedinec nemůže ovlivnit, na co však vliv má je sexuální delikvence, v této oblasti nese jedinec zodpovědnost za vlastní činy. To tedy znamená, že sexuální deviace a sexuální delikvence jsou dvě odlišná témata. V percepci veřejnosti však tyto dvě oblasti často splývají. (Weiss, 2008)

Méně známým se však jeví fakt, že převážná většina parafiliků je schopna se se svou odlišností vypořádat bez porušování zákonů a společenských norem. Aby bylo možné na toto téma nahlížet bez stereotypů a předsudků jako na jev, který

lidskou společnost provázel od nepaměti, je k tomu nezbytná objektivní informovanost veřejnosti, ale také větší otevřenost a zájem hovořit o tomto citlivém tématu. Velkým přínosem v této oblasti by mohla být osvěta v širším slova smyslu.

V roce 2014 vznikl při Katedře sociální práce Vysoké školy polytechnické Jihlava výzkumný tým složený z akademických pracovníků a odborníků z praxe, který se následně začal věnovat výzkumné činnosti v této oblasti. Postupem se do této činnosti začali zapojovat také studenti oboru zdravotně sociální pracovník. Financování projektu bylo zajištěno na základě finanční podpory interního grantu Vysoké školy polytechnické Jihlava - Sociální dopady života s parafilí č. 1200/4/1611.

Výzkum byl rozdělen do dvou hlavních etap a to etapy kvantitativní studie a etapy kvalitativní studie. Následně na výzkum navazovala prezentace výsledků.



Obr. 2 Schéma výzkumných činností

Zdroj: vlastní výzkum

Specifika výzkumné činnosti zaměřené na toto téma souvisí především s citlivostí tématu. Jedná o faktory, které u kvantitativní části výrazně snižují ochotu respondentů na otázky v dotazníku odpovídat. V kvalitativní části výzkumu hraje významnou roli obtížná dostupnost výzkumného souboru tedy osob s parafilí. Dále hraje roli i to, že toto téma je zaměřeno přímo na sexualitu, což vede k nižší ochotě respondentů se do výzkumu zapojit. Rovněž byly kladeny zvýšené nároky na komunikační schopnosti a dovednosti výzkumníků při realizaci vlastních rozhovorů s osobami se sexuálními deviacemi.

### 3. Interní grant VŠPJ – Sociální dopady života s parafilí

Uvedený příspěvek mapuje zapojení studentů do interního grantu Vysoké školy polytechnické Jihlava - Sociální dopady života s parafilí č. 1200/4/1611. Do tohoto projektu se v druhém roce do jeho realizace dobrovolně zapojilo 12 studentů oboru zdravotně sociální pracovník. Studenti měli možnost dle svého zájmu participovat na vybraných aktivitách realizovaných v rámci tohoto projektu.

Projekt se zaměřoval na několik hlavních oblastí, které by šlo obecně nazvat realizace výzkumné činnosti, propojení s praxí a rozšíření kompetencí studentů.

### 4. Zapojení studentů do výzkumné činnosti

Výzkum znamená proces vytváření nových poznatků. Jedná se o systematickou a pečlivě naplánovanou činnost, která je vedena snahou zodpovědět kladené výzkumné otázky a přispět k rozvoji do našeho oboru. (Hendl, 2016)

Do výzkumných činností se studenti zapojovali na základě vlastního zájmu. Studenti pracovali pod vedením hlavní řešitelky projektu a dalších akademických pracovníků nebo ve spolupráci s odborníky z praxe.

#### 4.1. Přípravná fáze projektu

Zapojení studenti dostali základní informace o projektu a k tématice parafilí na společné schůzce, na níž navazovalo studium odborných pramenů k této problematice. Každý student vyjádřil svůj zájem o zapojení do některých aktivit projektu.

V rámci této etapy se někteří studenti zapojili do třídění a archivace odborných materiálů a publikací.

V přípravné fázi na začátku výzkumu byly stanoveny základní výzkumné otázky, výzkumný soubor a byly připraveny potřebné nástroje sběru dat. Sběr dat a jejich analýza probíhaly v delším časovém intervalu, a to v období 2 let (od ledna roku 2015 do dnes).

## **4.2. Realizační fáze projektu**

### **Kvalitativní výzkum**

Kvalitativní výzkum byl prováděn pomocí delšího a intenzivního kontaktu studentů s parafilními jedinci a skupinou. Data z výzkumu zahrnují přepisy polních poznámek z pozorování a rozhovorů, úřední dokumenty, úryvky z knih a všechno to, co nám přibližuje všední život zkoumaných lidí. Studenti využívali literaturu a jiná data, aby mohli lépe charakterizovat jednotlivé sexuální deviace. Snahou bylo zapojit do výzkumu co největší počet parafilních osob.

Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách. (Creswell, 1998) Rovněž je výzkumník v intenzivní interakci se zkoumanými jedinci. Což je významné pro lepší reakci na projevy účastníků rozhovorů. (Hendl, 2016)

Rozhovor byla jedna z hlavních technik, z níž se čerpaly informace, které byly ověřovány fakty z odborné literatury. Výzkumník byl v kontaktu s klienty sexuologických oddělení, kde sledoval jejich aktuální pocity, reakce a jejich celkové chování v přirozeném prostředí. Seznamoval se s novými lidmi a pracoval přímo v terénu, kde se něco děje. Postupně byli tazatelé schopni efektivně namotivovat respondenta k hovoru. Záznam rozhovorů byl prováděn záznamem na diktafon nebo zápisem polních poznámek.

Před rozhovorem se tazatel vždy snažil vytvořit s respondentem přátelský vztah tak, aby bylo možné dosáhnout co největší otevřenosti respondenta již od počátku rozhovoru. Provedená interview umožnila zachytit sexuální sféru jedince tak, aby bylo možné je dobře popsat.

Následně byly rozhovory pečlivě přepisovány. Přepis rozhovorů, občas stěžovala nízká kvalita nahrávek z důvodu rušivých vlivů v prostředí nebo špatné výslovnosti či hlasitosti řeči respondenta. Délka rozhovoru byla v rozsahu 20 až 170 minut.

Realizované rozhovory byly spíše semistrukturované, částečně strukturované obsahující otevřené doplňující otázky. Cílem bylo rozebrat téma nebo daný problém do hloubky.

Skupinové diskuse probíhaly se zvlášť sestavenou skupinou účastníků, kteří měli společnou zkušenost nebo problém. Každý měl možnost sdílet svůj pohled nebo zkušenost s danou situací. Získání takových dat je ale odlišné od individuálních rozhovorů. Protože jedinec se ve skupině sobě podobných lidí chová a cítí jinak. Skupinová dynamika pomáhá při vyvolávání a přístupu ke sdílené zkušenosti. Její význam při zvyšování kvality dat spočívá v myšlence, že sběr informací pomocí více zdrojů (lidé, události) lépe osvětlí různé stránky situace a zkušenosti, aby bylo možné zobrazit jejich komplexitu. (Hendl, 1997)

Získaná data se zaznamenávala tak, aby byla umožněna jejich následná analýza a zároveň se uchovaly v nich obsažené subjektivní významy a sociální kontexty.

### **Kvantitativní výzkum**

Dotazníky byly k vyplnění v elektronické, ale i fyzické formě. Elektronická forma dotazníku měla výhody, které spočívaly především ve větší anonymitě respondentů, rychlejším šíření a zasažením většího počtu respondentů. Šíření dotazníků bylo realizováno elektronicky na různých sociálních sítích jako je Facebook, TWO apod..

Vyplnění tohoto dotazníku bylo zcela dobrovolné a anonymní, byl určen osobám starším 16 let věku. Cílem bylo získat co nejvíce odpovědí veřejnosti bez ohledu na věkové rozmezí.

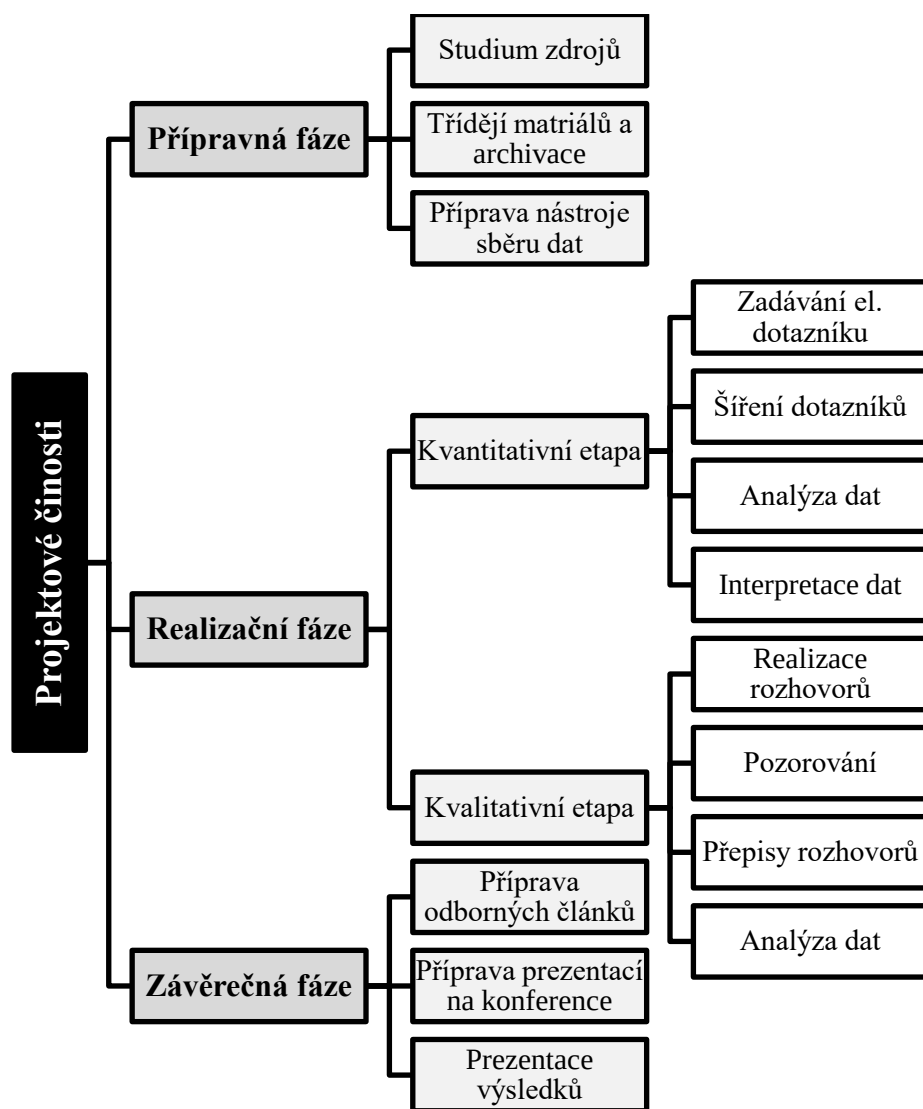
U fyzických dotazníků bylo výhodnější vyplňovat dotazník s respondentem osobně. Nedocházelo tak k případné ztrátě dotazníků a respondent se mohl dotazovat přímo nás. U dotazníku ve fyzické podobě bylo možné se setkat s negativním postojem lidí a neochotou odpovídat a to především u seniorů. Téma jim nebylo nikterak povědomé či blízké, proto některé dotazníky zůstávali bez vyplnění. Ve fyzické podobě se podařilo sesbírat přes tisíc dotazníků díky pomoci dalších osob, které měly dobrovolný zájem dotazníky šířit dál. Např. rodiče studentů v zaměstnání nebo spolužáci z jiných vysokých či středních škol.

Celkem se v rámci této etapy výzkumu podařilo sebrat okolo 3000 vyplněných dotazníků.

#### 4.3. Závěrečná fáze projektu

V rámci závěrečné fáze projektu došlo k zapojení studentů do přípravy odborných článků, které připravovali na základě odborné literatury a dílčích výsledků výzkumu.

Poslední činností bylo zapojení do prezentací výsledků výzkumu na odborných konferencích. K této příležitosti si studenti připravili prezentaci na zvolené téma a před odborným plénem ji odprezentovali.



Obr. 3 Projektové činnosti  
Zdroj: vlastní výzkum

## Závěr

Student v průběhu svého studia získává množství teoretických i praktických poznatků, které mu následně umožňují následné uplatnění v praxi. Zapojení do výzkumné činnosti je jednou z dalších forem přípravy studentů, při níž si mohou osvojit dovednosti, které využijí při zpracovávání a obhajobě své diplomové práce. Dále jsou tyto poznatky užitečné při

zpracovávání odborných textů a projektů. A v neposlední řadě své poznatky mohou využít ve své budoucí praxi. Prezentace výsledků výzkumu je završením veškerého úsilí badatelské činnosti našeho týmu.

Naše představy o problému tvoří teoretický a pojmový rámec studie, předběžné i konečné výsledky byly přehledně organizovány tak, aby z nich bylo možné maximálně vytěžit. Studenti přispěli do pokračování projektu novým neotřelým pohledem na tuto tematiku a odnesli si cenné zkušenosti, z nichž budou moci v budoucnu těžit.

## **Zdroje**

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HENDL, J. *Poznávání pomocí kvalitativního výzkumu*. České kinantropologie, 1, 1997, č.1, s. 19-28.

HENDL, J. *Statistika v aplikacích*. vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0700-9.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

SURVIO. *Kvantitativní výzkum*. [online]. [cit. 2016-09-01]. Dostupné z: <<http://1url.cz/ktNWX>>.

WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 351 s. ISBN 80-717-8634-9.

## **Kontakt**

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Katedra sociální práce

Tolstého 1556/16

586 01 Jihlava

Email: [Jana.Novotnai@vspj.cz](mailto:Jana.Novotnai@vspj.cz)

# Odborník nebo „holka pro všechno“?

Měříčka Vojtěch

Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú.

Současnou situaci sociálních pracovníků lze označit jako dvojjakou - v první řadě je to pozice odborníka, získaná z titulu vysokoškolského vzdělání, které v bakalářských a magisterských studijních programech připravuje pracovníka na case management, doprovázení, management sociálních služeb a orientaci v teoriích psychosociálních věd a sociálního výzkumu. Na druhé straně vnímáme praxi (ať již v soukromé, samosprávné či státní sféře), kdy je pozice sociálního pracovníka omezena na toliko administrativní úkony, nepřesně formulované a nejasně měřitelné činnosti (jinými slovy je sociální pracovník „holka pro všechno“, protože nadřízení nemají představu, co by měl dělat), bez jakýchkoliv rozhodovacích či výkonných pravomocí, s úkolem administrace správního řízení či zajišťování návazných služeb (zejm. ve zdravotně-sociální oblasti). Tento příspěvek hodnotí současnou situaci a navrhuje konkrétní řešení a inovativní procesy.

**Klíčová slova:** sociální práce, odborník, praxe, teoretická příprava, vysokoškolské vzdělání

**Literatura:** MATOUŠEK, Oldřich. 2008. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál. 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, Oldřich. 2007. Základy sociální práce. Praha: Portál. 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4.

MOŽNÝ, Ivo. 2008. Rodina a společnost. Praha: Sociologické nakladatelství. 323 s. ISBN 978-80-86429-87-8.

•

## Úvod

Sociální práce hraje roli oboru, který je vědecky dobře zakotvený a samostatný a může stát vedle dalších vědních oborů s „hlavou vztyčenou“. Všeobecně je také přijímána role sociálních pracovníků ve společnosti (byť s nevelkým kreditem finančním i společenským) jakožto pracovníků pomáhajících profesí, kteří se zabývají jakkoliv znevýhodněnou částí obyvatelstva. Nutno podotknout, že zde ono zmíněné povědomí o činnosti zpravidla končí.

Jaká je role sociálních pracovníků, jakožto odborníků, na chod skutečné sociální práce? Zamýšlím se ve svém příspěvku také nad tím, zda pracovníci „prvního kontaktu“, pracovníci v přímém výkonu sociální práce, mají možnost se podílet na formování oboru, ke kterému dochází na vědecké úrovni (mezi sociálními pracovníky – odborníky z akademického prostředí). Setkávají se dostatečně světy sociálních výzkumů a výkonu praxe? Ovlivňuje praxe zpětně vzdělávací systém, vzdělávací přípravu přípravu, atd.?

## Vzdělávací systém

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů stanovuje (kromě vymezených výjimek ve vyšším odborném vzdělání) pro samostatný výkon sociální práce vysokoškolské vzdělání v minimálně bakalářském studijním programu a to jednooborovém a/nebo kombinovaném s relevantním oborem (příkladem je sociální a charitativní práce, vyučovaná v rámci HTF UK či sociální práce a diakonika, vyučovaná v rámci ETF UK). „Absolvent/absolventka bakalářského studijního oboru „Sociální a charitativní práce“ disponuje teoretickými znalostmi i praktickými zkušenostmi ze základních disciplín z oblasti sociální, pastorační a charitativní práce včetně speciálních komunikačních technik, ze základních disciplín systematické, praktické a biblické teologie a církevních dějin, z aplikovaných psychologických disciplín, ze základů sociologie, sociální politiky, sociální patologie, speciální, léčebné a sociální pedagogiky. Své znalosti i zkušenosti ověřoval/ověřovala v praxi v církevních a necírkevních sociálních a charitativních zařízeních. Absolvent/absolventka je dostatečně připraven/připravena pro studium navazujícího magisterského oboru „Sociální a charitativní práce“. „ (s.91, HTF UK, 2015). V podobném duchu se nese popis magisterského studijního programu (pro názornost opět cituji z osnov HTF UK): „Absolvent/absolventka navazujícího magisterského studijního oboru „Sociální a charitativní práce“ má vědomosti a dovednosti v sociální práci a teologii pro práci s rizikovými skupinami obyvatel, přípravu a realizaci terénních rizikových a komunitních sociálních programů. Je připraven/připravena na poskytování sociálních služeb, na pastorační práci, na práci s lidmi v ohrožení. Je připraven/připravena pro vědecko-výzkumnou práci i práci v rozvojových a humanitárních programech. Je plně kvalifikovaný/kvalifikovaná sociální pracovník/pracovnice, odborník/odbornice pro práci s lidmi vyloučenými, nepřízpůsobilými, s postižením, s ohroženou a sociálně vyloučenou mládeží i jako odborný

*konzultant/odborná konzultantka v otázkách víry a náboženství.*“ (s.95, HTF UK, 2015). Vidíme, že záběr odpovídá rozšířenému paradigmatu, že sociální pracovník obecně pracuje se všemi potřebnými či jakkoliv znevýhodněnými. Takto jsou definovány cíle a kompetence absolventa vzdělávacího programu sociální práce.

Patrně není třeba zdůrazňovat, že pojmout do pětiletého studia takto nesmírně širokou cílovou skupinu (od lidí znevýhodněných prenatálně – nechtěné děti nekompetentních rodičů – přes všechny sociální události v životě (pubescentní problémy, zadlužení, ztráta práce atd.) až po zanedbané seniory, vyloučené ageismem ze společnosti) je přinejmenším extrémně složité, spíše však nereálné. To považuji za první, velmi významný handicap vysokoškolské vzdělávací přípravy – absence specializace na cílové skupiny (jak je zvykem při registraci soc. služby) a/nebo (podle chystaných opatření „velké novely“ zákona o sociálních službách) podle *nepříznivé životní situace*. Tím způsobem se student bude připravovat na výkon konkrétnější profese, resp. práci s konkrétní cílovou skupinou. Druhou možností je potom model, který můžeme nazvat „lékařský“, čili atestace z té či oné disciplíny po magisterském absolutoriu (rigorózní řízení, čili rozšíření magisterského stupně vzdělání, by však vyžadovalo nebylo) a samozřejmě po výkonu praxe v určitém rozsahu. Existují sice akreditované kvalifikační kurzy sociálně zdravotních pracovníků (např. v rámci NCO-NZO v Brně), nicméně od zmiňovaných specializací – atestací mají stále poměrně daleko; jde o kurz, nikoliv o komplexní specializační vzdělávání či atestaci.

Praxe nám potom ukazuje, že absolvent klasického vzdělání v sociální práci nastupuje do zaměstnání na danou pozici, aniž by disponoval schopnostmi řešit aktuální situaci s danou cílovou skupinou. Má základní teoretické znalosti v práci s různými skupinami, ale ani jednu problematiku nezná do hloubky (byť se sám formuje a specializuje, postrádá mandát akreditace). Dobrým příkladem praxe je sociální pracovník, který absolvuje školu, ale neumí s nesoběstačným klientem vyplnit a podat žádost o příspěvek na péči, neboť správné agendy nejsou předmětem studia (absolventi často ani nevědí, jak vypadá formulář a co k němu doložit).

Druhým zásadním problémem je, že sociální pracovník je (může být) vzděláván jako „case manager“. Pracovník, který koordinuje (např. po vzoru Německa) další kolegy multidisciplinárního týmu, dává dohromady případ jako takový a zastřešuje jej. Má kompetence a roli manažera (Matoušek, 2008), je adekvátně ohodnocen a v týmu je vedoucí osobou každého případu. Jeho role je takto vnímána ostatními členy týmu. K tomuto bodu si dovoluji jen položit řečnickou otázku, kolik takových sociálních pracovníků (s uznáním, kreditem i ohodnocením) v naší provenienci znáte...

Praxe nás učí teoriím, opačně tomu zpravidla nebývá – teorie jsou naším chápáním a interpretací praxe. Proto je třeba při formování vzdělávacího procesu naslouchat praxi.

### **„Holka pro všechno“**

Trochu hanlivý (a příznávám, provokační) nadpis kapitoly volím zcela úmyslně. Ona absence specializace a nejasné vymezení pole působnosti (podobně jako poněkud vágní a metodicky nejasný cíl sociální práce „posilování kompetencí klienta“) dělá ze sociálního pracovníka v pracovním kolektivu osobu jaksí nejasnou a neuchopitelnou. Pokud se nepohybujeme v soukromé sféře (neziskový sektor či podobné organizace), kde je sociální práce jasně vymezena dle povahy organizace (jako např. „Střep“, „Bílý kruh bezpečí“, „Dům světla“, hospic a další), je sociální pracovník spíše osobu, která provádí kontakt s klientem, sepisuje papíry a provádí další administrativní, konkrétně nevymezenou agendu. Příkladem takovéto činnosti bývá sociální práce např. v rámci samosprávy, kde je sociální pracovník (pokud je pozice vůbec zavedena) často administrativním pracovníkem, vykonávající agendy, které nepřísluší jiným úředníkům (v rámci svého ročního působení na ÚP ČR jsem např. dostal na starost dělat nástěnky a vymýšlet tabulky „výkonu“ – tj. odejmutých dávek, zbytek činnosti byly čistě úřední agendy ve správních řízeních). Dalším příkladem neznalosti a nekompetence vedení je personální politika - nejmenovaná městská část hledala „vedoucího sociálních služeb“, kvalifikační požadavek byl buď na VŠ (potud v pořádku), nicméně pokud VŠ není, údajně stačí (sic!) kurz pracovníka v sociálních službách (příklad ze srpna 2016), což je samozřejmě zákonu odporující nesmysl.

Zřejmá nekompetence (a nezájem) vedení řady organizací způsobuje, že sociální práce, o které se hovoří na akademických půdách, zůstává „na papíře“ a pracovník je zatížen pouze administrativou, pro kterou nemá čas na práci s klientem. Tento problém úzce souvisí s absencí evaluace a „měření“ odvedené práce. Zažité (a skoro bych neváhal říct „zaryté“) prisma „výkonem měřené práce“ nelze na skutečnou, eticky založenou a profesionálně zvládnutou sociální práci aplikovat. Můžeme sledovat počet klientů, ale nelze hodnotit výkon sociálního pracovníka podle počtu „zpracovaných případů“. A právě tato určitá „neměřitelnost“ znovu podlamuje nohy kvalitní práce, orientované na klienta. Problémem je, že není

aplikován jednotný systém, který by ukazoval, jakým způsobem probíhaly intervence, jak postupovaly případy a jak byli klienti znovu dovedeni k soběstačnosti. V zahraničí jsou používány různé systémy, buď převzaté z příbuzných oborů (psychologie, sociologie) či přímo designované pro sociální práci.

Výkon sociální práce nemůže být ze své podstaty hodnocen kvantitativními měřítky. Toto tvrzení jakýmkoliv způsobem nepopírá sociální výzkum a cenná kvantitativní data (užívaná např. pro statistické přehledy). Řeč je o sociální práci s klientem a měření její kvality. Protože sociální události, vedoucí k potřebě specifické a pro-klientsky orientované sociální práce (Matoušek, 2008), je velice obtížné stanovit parametr měření kvality (vyřešení sociální situace? Návrat do práce? Obnovení sociálních kontaktů?,...). Nástrojem nám může být dobře provedený individuální plán, který stanoví cíle, ke kterým sociální práce má směřovat. Můžeme kvantitativně změřit, kolik takových plánů bylo vydáno a kolik z nich naplněno. Jde opět o cenná data, ale nelze jimi nahradit kvalitativní data (např. formou kazuistik), které umožní individuální přístup a řešení vždy originálních, zcela konkrétních případů. Zajisté můžeme sledovat podobnosti v jednotlivých případech a provádět velmi zajímavé sociální výzkumy (např. příčiny závislostí, následky rozvody na dětskou psychiku atd.), pro vlastní výkon „koncové“, čili „přímé“ sociální práce však potřebujeme vnímat každou kauzu jednotlivě.

## **Zpětná vazba**

Úloha zpětné vazby, se kterou má počítat individuální plán, je úlohou nezastupitelnou. Bohužel je evidentní významná rezerva v jejím zajišťování. Zpětná vazba nehraje roli „práškače“ nebo soudce, ale dává nám cenné rady, jak službu zlepšit, zkvalitnit a jak optimalizovat celý proces pomoci. Proto je její vyžadování velice dobrý nástrojem (případně argumentačním prostředkem) zlepšování kvality sociálních služeb. Opět nelze hodnotit kvantitativním měřením (protože většina klientů, pokud je zakázka splněna, odpoví, že jim služba pomohla a pokud ne – z jakýchkoliv důvodů – , tak že je k ničemu). Hovoříme o kvalitativním rozměru služby, který přináší konkrétní řešení konkrétních situací a může nás inspirovat k řešení dalších (podobně jako je tomu v jiných oborech, například právo, jehož systém se sociální práci v řadě aspektů podobná).

Zároveň nám zpětná vazba z praxe umožňuje zlepšovat teoretickou přípravu pracovníků a hlavně optimalizovat studijní obory a jejich náplň tak, aby byla v praxi použitelná a přinášela benefity jak pracovníkům, tak klientům.

Konečným (ač rozhodně ne posledním) aspektem zpětné vazby je zcela neoddiskutovatelně prevence syndromu burn-out, syndromu vyhoření. Pokud sociální pracovník ví, co konkrétně má dělat jinak, případně co bylo uděláno správně a může dále využívat, dostává prostor k rozvoji, zlepšování svých schopností a rozšiřování kompetencí. Důraz na seberozvoj sociálních pracovníků, o kterém hovořím, je třeba (a to zcela neodmyslitelně) podpořit zároveň z finančního hlediska – pouhý pohled do tabulky platů sociálních pracovníků nám logicky poukazuje na velmi dobrý (a jednoduchý) nástroj motivace. Dovolím si být neformální až lapidární, když na tomto místě uvedu, že „za málo peněz je málo muziky“ a že pokud budeme trvat na skutečnosti, že sociální pracovník je vysokoškolsky vzdělaný specialista, potom je třeba jej také jako specialistu zaplatit a dát mu kompetence, podobně jako mají lékaři, právníci a další specialisté na své obory. Pokud nám však zpětná vazba ukáže, že sociální pracovník není odborníkem ani specialistou a že tudíž není třeba jej takto honorovat a dávat mu odborné kompetence (jako např. case-management), pak je vysokoškolská příprava v podstatě samoúčelná a pro praxi zbytečná, a nachází využití jen v akademickém prostředí. Sociální pracovník by potom mohl být pouze středoškolský obor bez další návaznosti, protože tato nemá využití ani odpovídající honorování v praxi. Nebudu hovořit o etických motivacích a hodnotách, které jistě mohou být vnitřním motorem a posilou, nicméně důstojné ohodnocení práce je pragmatickou potřebou kvalitního výkonu odborné praxe.

Věřím, že touto větou se mohou řady lidí dotknout, ale činím tak z dobrým úmyslem – zamysleme se, co se v rámci sociální práce vykonává za činnosti, jaká je její odbornost, jaké může mít sociální pracovník (jakožto odborník) kompetence a zda má či nemá být vysokoškolsky vzdělaným specialistou. To vše nám může mimo jiné dát dobrá zpětná vazba.

## **Hledání cest**

Jak bylo naznačeno v předcházejících odstavcích, cesty sociální práce (a s připravovanou novelou zákona 108/2006 Sb.) budou velice spletité a s nejasným výhledem. Co ale můžeme pojmenovat jsou potřeby, které vycházejí z praxe a které musí být reflektovány v teoretických poznatcích.



V první řadě je to rozhodnutí, zda sociální práce, která se odehrává v přímém výkonu činnosti pomáhající profese, má potřebu vysokoškolsky vzdělaného specialisty. O sociální práci teoretické, odehrávající se na půdách univerzit, realizující sociální výzkumy a další podobné aktivity, v tuto chvíli není řeč. Hovořím o přímé práci s klientem, ať již „ambulantní“ (stacionární), pobytové či terénní. Pokud dojdeme k závěru, že sociální pracovník má být odborníkem a skutečným řešitelem situace – resp. jakými klientovým „koučem“, který jej vede k sebepomoci (a využití rodinných či komunitních zdrojů, Možný, 2006), potom z logiky věci musí mít kompetence a odpovídající ohodnocení. Pokud tomu tak není, nedává podmínka vysokoškolského vzdělání pro přímý výkon praktický smysl. Pokud nedokážeme rozhodnout toto základní dilema (které v tuto chvíli řeší zákona, ne praxe), nebudeme schopni hledat další cesty a obor dále rozvíjet. Dále se budeme setkávat s nepochopením oboru, mlhavou představou o práci jako takové, a v neposlední řadě s nízkým kreditem (finančním i společenským).

Dále je to nutnost zavedení specializací na úrovni atestací, či minimálně (!) akreditovaného specializačního vzdělávání. Pokud nebude naplněna tato potřeba, budou sociální pracovníci vzdělávání ve všech odvětvích a cílových skupinách, ale nebudou bezpečně ovládat systemiku ani jedné.

Třetím zásadním bodem je nutnost zavedení jednotného systému sběru a evaluace dat, protože jinak nedokážeme popsat, jaké jsou potřeby sociální práce a kterým směrem ji dále rozvíjet.

Jak bylo řečeno výše, sociální práce se ocitá před rozhodnutím, zda se jako obor bude rozvíjet a pokročí k dalšímu kroku (specializace, atestace) anebo zda se z ní stane pomocná administrativní složka, která bude sice pracovat s klienty, ale nebude mít výsledky kvalitativní ani kvantitativní, a její pracovníci budou při vysoké náročnosti profese významnými kandidáty na burn-out syndrom. Je na nás, kterou cestu zvolíme...

## Literatura

MATOUŠEK, O., *Metody a řízení sociální práce*, vyd. 2., Praha, Portál 2008, ISBN 978-80-7367-502-8

MOŽNÝ, I., *Rodina s společností*, vyd. 2, stran 312, Praha: Slon 2006, ISBN 978-80-86429-87-8

Seznam přednášek, seminářů a cvičení HTF UK v akademickém roce 2015-2016 („Karolinka“), ISSN nepřiděleno, bez bibliografických údajů, Praha: Karolinum, 2015

Zákon 108/2006, Sb. ve znění pozdějších předpisů

# Multidisciplinární pohled na sexuální deviace

Krejčová Alena, Novotná Jana

Vysoká škola Polytechnická Jihlava

Sexuální deviace jsou specifickou tematikou, které se věnuje široké spektrum oborů. Mezi ty nejvýznamnější patří medicína, ošetřovatelství, psychologie, právo, kriminalistika a sociální práce. Každý z oborů na toto téma nahlíží specifickou optikou. Tento příspěvek se snaží přiblížit celostní pohled na toto téma.

**Klíčová slova:** sexuální deviace, obory, multidisciplinární pohled

•

## Sexuální deviace a norma

Deviantní sexuální chování je takové chování, které vybočuje z hranic stanovené normality. Podstata parafilie spočívá v odlišné struktuře sexuální motivace, jež utváří podobu sexuální poruchy a vede k vnějším projevům deviantního chování. Dle mezinárodní klasifikace nemocí je parafilie charakterizována fantaziemi, impulzy či praktikami, které jsou neobvyklé, deviantní či bizarní. (Weiss et al, 2010)

Sexuální deviace se jako porucha duševního zdraví často zaměňuje s jiným jevem, a to se sexuální delikvencí, která však značí porušení sociálních a právních norem. Mezi devianty a delikventy je tak laicky častokrát kladeno pomyslné rovnítko, přitom pouze zhruba čtvrtina sexuálních deliktů je spojena se sexuální deviací, která má pak nejčastěji formu sexuální agrese či sadismu (Zvěřina, 2003)

Ze sexuologického hlediska může být za normální sexuální chování označeno takové, které se odehrává konsenzuálně (za souhlasu všech účastníků) mezi tělesně a duševně dostatečně zralými jedinci, v přímé linii pokrevně nespřízněnými, a které nevede k duševnímu či tělesnému poškození zúčastněných. Jako deviantní tak můžeme považovat jakékoli sexuální chování, které porušuje alespoň jednu z uvedených podmínek.

Přístupy k parafilii se různí. Např. sociálně konstruktivistický přístup považuje sexuální poruchy za pouhý sociální konstrukt. Naproti tomu Weiss (2010) upřednostňuje esencialistický přístup, který je odlišný. K problematice parafilii přistupuje s třemi základními předpoklady:

Významnou roli v odlišné sexuální motivaci parafiliků hrají vrozené biologické faktory (esence).

Deviaci nelze od normality škálovat. Člověk není částečně deviantní, nýbrž buď je deviantní, anebo není.

Sexuální deviace je celoživotně poměrně trvalou a neměnnou charakteristikou jedince. Léčbou ani trestem nelze změnit sexuální preference. Lze modifikovat pouze vnější projevy sexuální preference, čímž je sexuální chování. (Weiss et al, 2010)

## Klasifikace sexuálních deviací

Dle Kurta Freunda a jeho sexuálního motivačního systému je sexuální pud souborem dílčích motivačních stavů, které na sebe hierarchicky navazují. Stavby tak začínají od nejjednodušších po složitější. Tudiž například líbání a doteky předcházejí erekci a ejakulaci. Deviace jsou distorzí struktury takového motivačního systému a dělí se na dvě základní skupiny, které se mohou dále v rámci specifických poruch kombinovat:

Deviace v aktivitě jsou poruchami způsobu dosahování vzrušení a uspokojení v sexu. Deviace v objektu jsou poruchou zaměření sexuálních tužeb na neadekvátní objekty. (Weiss, 2008)

Obecně lze sexuální deviace rozdělit do dvou velkých skupin a to na deviace v aktivitě a deviace v objektu. Do první kategorie tedy deviace v aktivitě patří voyeurismus, exhibicionismus, frotérismus, tušérství, patologická sexuální agrese, sadomasochismus. Rovněž je zde zařazena kategorie „Jiné sexuální deviace v aktivitě“. Do této subkapitoly sexuálních deviací, se řadí:

- Erotografomanie, což je stav když muž je vzrušován psaním erotických dopisů nebo SMS anonymním ženám, často ve spojení se sadistickým obsahem. Představuje si, jak žena dopis čte a tato představa jej vzrušuje.

- Skatofilie, při této deviaci jedince vzrušuje anonymní telefonování se sexuálním obsahem.
- Klysmafilie, tato porucha spočívá, v ukájení se podáváním klystýru.
- Uretrální manipulace, v tomto případě je sexuální zájem zaměřen na dráždění oblasti močové trubice, či vsouvání předmětů do ní. (Weiss, 2010)
- Triolismus nebo kandalismus, spočívají v ukájení se, při spatřování ženy jak souloží s jiným mužem či muži.
- Kleptofilie, je dosahování sexuálního vzrušení krádežemi.
- Naratofilie se zase zaměřuje na dosažení sexuálního vzrušení vyprávěním obscénním sexuálně zaměřených slov a příběhů.
- Autoassassinatofilie je deviace při níž dochází k sexuálnímu vzrušení riskováním svého vlastního života.
- Symforofilie u této poruchy se jedinec sexuálně ukájí při sledování nehody či přírodní katastrofy.

Druhou skupinou jsou deviace v objektu, zástupci této kategorie jsou pedofilie, fetišismus, transvestitismus a kategorie „jiné deviace v objektu“. Do této subkategorie patří například:

- Nekrofilie, kdy fetišem jedince je mrtvola a fascinace symboly, které se mrtvol týkají (např.: pohřby). Ve výjimečných případech může dojít až k sexuálním aktivitám s mrtvými. Takto orientované osoby často vyhledají profese, které jim umožní naplnění svých potřeb. (Weiss, 2008)
- Pyrofilie je vzrušení související s ohněm, včetně jeho zakládání a pak také sledováním co se děje při hašení, častokrát tito devianti bývají dobrovolnými hasiči. (Zvěřina, 2003)
- Zoofilie, v roce 1886 tento pojem zavedl Kraft-Ebing, který o tom zveřejnil knihu i s obrázky. Dříve se pro tuto deviaci používal souhrnný výraz sodomie. Preference zvířat jako sexuálních objektů zahrnuje úplně vše, co se týká zvířat. O zoofilii však hovoříme až v momentu, kdy jedinec preferuje styk se zvířaty, i když má dostupný přiměřený sexuální objekt. Jinak se může jednat stejně jako v případě nekrofilie o náhradní aktivitu často spojenou např. s alkoholem. (Zvěřina, 2003)
- Formikofilie je sexuální zaměření na malá zvířátka (šneci, žabky) a hmyz. Tito parafilici si mravence a jiné drobné živočichy nechají lézt po těle a pak se mohou i nemusí ukájet.
- Myzofilie je orientace na špínu a z ní vyplývající sexuální zaměření. (Weiss, 2010)
- Urofilie a koprofilie v tomto případě je fetišem moč a výkaly.
- Gerontofilie, v tomto případě se jedná o zaměření na osoby se zjevnými znaky stárnutí. (Weiss, 2008)

### **Multidisciplinární pohled na sexuální deviace**

Sexuální deviace je možné posuzovat z různých úhlů, ze stránky sociobiologické, psychologické a sociologické. Předpokládá se, že vše pramení především z vrozených dispozic. Samozřejmě názory jsou různé a mohou se lišit. Berou se v potaz i neuroanatomické, hormonální, molekulárněgenetické a hereditárnědemografické faktory. (Weiss, 2008; Zvěřina, 2003) Mezi hlavní obory, které svou optikou nahlíží na téma sexuálních deviací, patří:

- Medicína,
- Psychologie,
- Sociální práce,
- Sociologie,
- Kriminologie,
- Právo,
- Antropologie a etnologie lidského sexuálního chování,

- Neurobiologie,
- Biologie a etologie studují sexuální chování živočichů, která mohou být srovnatelná s lidským sexuálním chováním.

### **Sexuální deviace a medicína**

Nejvýznamnějším oborem medicíny, který se zabývá léčbou parafilií je bezesporu psychiatrie (sexuologie). V rámci tohoto oboru jsou zřízena sexuologická oddělení a ambulance. Tato oddělení a ambulance tvoří stěžejní bod v léčbě a prevenci recidivy nežádoucího chování parafilních jedinců. Zde jedinci získávají náhled na svou poruchu a učí se s ní pracovat v rámci společenských norem.

Pro léčbu těchto poruch se používá hormonální útlumová terapie a psychofarmaka. Farmakologická léčba musí být nezbytně doplněna také psychoterapeutickým vedením. (Šrámková, 2015)

### **Sexuální deviace a psychologie**

Psychologie je významnou disciplínou, která se aktivně podílí na pomoci parafilním osobám pochopit svou poruchu a naučit se s ní žít. Využívá své techniky pro zprostředkování pochopení své sexuality u parafilního jedince.

K přístupu léčby na podkladě psychoterapie je možné využít různé techniky. Aplikují se jak individuální tak skupinová sezení. Předmětem psychoterapie jsou metody behaviorální, jejichž předpokladem je to, že původcem sexuálně deviantního chování je reakce na stresový impuls. (Weiss, 2008) Zjištění těchto okolností je v rámci komplexní léčby neméně důležité. Hlavním problémem ve využití klasických projektivních, výkonných či dotazníkových psychologických testů u diagnostiky sexuální deviace je, že sexuálně deviantní jedinci mají nespecifické odchylky od normy. Veškeré provedené výzkumy v oblasti psychodiagnostických metod preferují výše uvedenou myšlenku o nemožnosti identifikace sexuální deviace v rámci těchto metod, stejně jako nenalezení specifík typických pro sexuální devianty. Lze však u těchto metod najít některé znaky signalizující přítomnost sexuální anomálie. Některá taková specifika u jedinců se sexuálními odchylkami nalézáme například u diagnostické metody projektivního typu - Rorschachův test. (Čírtková, 2006; Weiss, 2008)

### **Sexuální deviace a psychodiagnostika**

V zásadě je určení diagnózy deviace i její specifikace v rámci psychodiagnostických metod běžně užívaných na většinové populaci téměř nemožné. Jedná se však o metody, které mohou u jedince zjistit úroveň inteligence, motivace, charakterizovat jeho osobnost, vhodnost k léčbě a možnosti jejich resocializace. (Čírtková, 2006; Weiss, 2008)

### **Sexuální deviace a sociální práce**

Přínos sociální práce v této oblasti spočívá především v pomoci při řešení sociálních problémů těchto klientů. Významnou roli sehrává sociální práce rovněž při navazování kontaktů s přirozeným prostředím a při následném resocializačním procesu.

### **Sexuální deviace a sociologie**

Sociologie popisuje různé jevy nacházející se ve společnosti. Stejnou optikou nazírá i na téma sexuálních deviací. Vnímání deviací se z tohoto pohledu mění v závislosti na kulturním prostředí, na sociálním prostoru a času.

### **Sexuální deviace a kriminologie**

V oblasti kriminologie je možné najít propojení především v oblasti páčání sexuální delikvence parafilními osobami. (Zvěřina, 2003) Mezi trestné činy, s nimiž se policie musí z pohledu sexuálních deviací potýkat, patří především znásilnění, ohrožování mravnosti, pohlavní zneužívání, ublížení na zdraví, krádež (např. krádeže spodního prádla), výtržnictví (např. odhalování na veřejnosti), vydírání, vražda, šíření pornografie (např. dětské pornografie) a mnohé další. (Trestní zákoník, 2015)

## **Sexuální deviace a právo**

Současný právní řád si zakládá na snaze trestat především takové sexuální činy, které objektivně poškozují jiného jedince a jeho zájmy. Případně pokud jsou tyto činy zdrojem objektivního ohrožení stability společnosti. (Zvěřina, 2003)

Do této oblasti by bylo možné zařadit soudem nařízené ochranné léčení. Tuto léčbu podstupuje jedinec na základě rozhodnutí soudu. Při rozhodování o uložení ochranného léčení a jeho formy napomáhají hodnocená kritéria nebezpečnosti osoby sexuálního delikventa. (Pavlovský, 2012)

## **Sexuální deviace a soudní sexuologie**

Forenzní posuzování sexuálního chování bývá mnohdy velmi obtížné a klade vysoké požadavky na znalosti a zkušenosti znalců. Problém spočívá v tom, že porucha sexuální preference se při znaleckém vyšetření aktuálně neprojevuje a posuzovaný má navíc mnohdy tendence svoji abnormní sexuální motivaci vědomě zakrývat (disimulovat) či účelově vytlačovat ze svého vědomí a nepřipouštět si ji.

Klinické vyšetření proto musí být provedeno velmi důkladně, musí býti korelováno s informacemi získanými ze sexuologicky zaměřených dotazníků a z dalších pomocných vyšetření. Přínosem pro stanovení diagnózy bývá mnohdy vyšetření provedené klinickým psychologem. (Pavlovský, 2012)

## **Metodika výzkumu a výzkumný soubor**

V rámci kvalitativní etapy výzkumu realizované na základě finanční podpory interního grantu Vysoké školy polytechnické Jihlava - Sociální dopady života s parafilii č. 1200/4/1611. byla sbírána kvalitativní data o klientech trpících sexuálními deviacemi. Z tohoto zdroje vychází rovněž kazuistika klienta s diagnózou patologické sexuální agresivity, která je v tomto příspěvku prezentována.

Výzkumný soubor byl tvořen osobami s diagnózou sexuální deviace, jež byli hospitalizováni na sexuologických odděleních různých psychiatrických zařízení.

## **Kazuistika klienta s patologickou sexuální agresivitou**

Kazuistika je věnována případu 34letého Dominika, kterému byla diagnostikována patologická sexuální agresivita. Již od útlého dětství tento klient trádal z důvodu smrti svého otce, k němuž měl velmi hluboký citový vztah. Dále žil se svými třemi sestrami a matkou, která jej často pod vlivem alkoholu týrala. Již v období pubescence jeho život nabral velmi špatný směr. Ve svých 14 letech poprvé zneužil své dvě, o dva a tři roky mladší, sestry. V tomto věku také začal používat drogy a alkohol. O dva roky později ubodal pod vlivem omamných látek starší ženu a poté se ji snažil znásilnit.

Poté, co byl propuštěn z výkonu trestu, nastoupil postupně do různých psychiatrických zařízení. V současné době zůstává hospitalizován na sexuologickém oddělení.

## **Závěr**

Sexuální deviace jsou specifickou tematikou, která je velmi citlivou, neboť se týká toho nejcitlivějšího tématu, tedy lidské sexuality. Na parafilie je možné nahlížet optikou širokého spektra oborů. Mezi ty nejvýznamnější patří medicína, ošetřovatelství, psychologie, právo, kriminalistika a sociální práce. Každý z oborů na toto téma nahlíží specifickým způsobem.

V praxi je často nezbytná spolupráce odborníků z různých oborů, jejichž cílem je zajistit dostatečnou kvalitu života osobám parafilním a současně zajistit bezpečnost ostatní společnosti.

## **Zdroje**

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2006. ISBN 80-86898-73-3.

PAVLOVSKÝ, P. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2012, 240 s. ISBN 98-247-4332-5.

ŠRÁMKOVÁ, T. *Sexuologie pro zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015, 237 s. ISBN 978-80-7492-162-9.

TRESTNÍ ZÁKONÍK. Úplné znění zákona č. 40/2009 Sb., 7. vyd. Praha: Armex, 2015. Edice kapesních zákonů. ISBN 978-80-87451-38-0.

WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 351 s. ISBN 80-717-8634-9.

WEISS, P. et al. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. 1. vyd. Brno: CERM, 2003, 287 s. ISBN 80-720-4264-5.

## **Kontakt**

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Katedra sociální práce

Tolstého 1556/16

586 01 Jihlava

Email: [Jana.Novotnai@vspj.cz](mailto:Jana.Novotnai@vspj.cz)

# Patologický sexuální agresor jako pachatel znásilnění

Novotná Jana

Vysoká škola Polytechnická Jihlava

Znásilnění je závažným trestným činem, jehož se dopouští široké spektrum pachatelů. Jednou ze skupin pachatelů jsou patologičtí sexuální agresori. Patologická sexuální agresivita je řazena mezi parafilie a její léčbou se zabývají sexuologické ambulance a oddělení. Příspěvek přináší náhled zdravotní a sociální aspekty znásilnění způsobených těmito pachateli.

**Klíčová slova:** znásilnění, patologická sexuální agresivita, parafilie, sociální práce

•

## Znásilnění v percepci patologické sexuální agresivity

Trestný čin, který má za následek poškození oběti, je specifickým, extrémním typem sociální interakce s výrazně komplementárním postavením pachatele a oběti. Pachatel v dané situaci přebírá dominantní, aktivní a hostilní roli, jež odpovídá vynucené pasivní a submisivní pozici oběti. (Vágnerová, 2008)

Znásilnění patří mezi trestné činy, které svou obětí poškozují nejen v oblasti somatické a sexuální integrity, ale i také té psychické a sociální. Tato traumatizující zkušenost může být provázena dlouhodobými důsledky jako je posttraumatická stresová porucha.

Na území Evropské unie tvoří nahlášená znásilnění asi 4 % z celkové trestné činnosti. V České republice by se počet nahlášených znásilnění dal vyčíslit na 1-2 znásilnění denně. (Kovář, P. et al., 2008) V rámci realizovaných výzkumů bylo rovněž zjištěno, že více než polovina pachatelů znásilnění byla před útokem pod vlivem alkoholu. (Pavlovský, et al., 2012)

Za znásilnění není považována jen násilím vynucená dokonaná soulož, ale také další praktiky zasahující do některé intimní zóny oběti. Pro posuzování tohoto trestného činu není rozhodující, jakým způsobem se oběť do situace dostala, nýbrž zda byl pachatelem překonáván odpor oběti a to v jakékoli formě. (Pavlovský, et al., 2012)

Obecně je možné pachatele znásilnění rozdělit na deviantní a nedevariantní. Tento příspěvek se věnuje pohledu na jednu skupinu pachatelů znásilnění, patřících do skupiny sexuálně deviantních a to na patologické sexuální agresory.

Dle Šrámkové (2015) jsou sexuální agresori pachateli 3 % z celkového počtu hlášených znásilnění. V těchto případech není mezi obětí a pachatelem žádný předchozí vztah. Zbýlých 93 % znásilnění je páčáno partnerem nebo osobou známou. Nejčastějšími pachateli těchto deliktů bývají muži v rozmezí 20 až 30 let.

Vztah oběti a pachatele je významným faktorem pro výsledky trestního řízení. Existuje několik možností:

1. žádný vztah, jedná se o dvě zcela cizí osoby, (např. patologičtí sexuální agresori)
2. vztahy subjektivní, kdy jsou si osoby velmi blízké (milenci, manželé, příbuzní, blízcí kolegové),
3. vztahy objektivní, kdy jsou to sousedé, náhodní a vzdálení známí. (Sejbalová, Reguli, 2011)

## Patologický sexuální agresor jako pachatel znásilnění

Patologická sexuální agresivita je specifickou poruchou sexuální motivace. Tato porucha není uvedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí přímo, ale je uvedena v kategorii „jiné poruchy sexuální preference“.

Weiss (2010) uvádí, že tito sexuální devianti většinou nemají žádnou zřejmou sadistickou deviantní vlohu, přesto se však dopouštějí znásilnění opakovaně. K jejich prvnímu sexuálnímu deliktu dochází zpravidla do 20 let věku.

Hlavním projev patologické sexuální agresivity je v uspokojování pachatele, kterého je dosahováno překonáváním odporu napadeného anonymního ženského objektu a minimalizací její kooperace. (Šulová, et al., 2011) Abúzus alkoholu u skupiny patologických sexuálních agresorů při spáchání sexuálně motivovaného deliktu byl zjištěn až u 70 % (Weiss, 2008)

Patologickou sexuální agresivitou jsou postiženi především muži se zřetelně disociálními povahovými rysy. Přestože jejich počáteční heterosexuální vývoj bývá spíše akcelerován, je jejich aktuální sociální adaptace obvykle výrazně defektní. (Turčan, Pokorný, Fait, 2012)

Patologická sexuální agresivita je nejčastěji diagnostikována u pachatelů opakovaných sexuálně agresivních deliktů - znásilnění. Je však třeba odlišit nebezpečné sexuální agresory od sociosexuálně nevyvinutých mladíků, u kterých je náprava sexuálního přizpůsobení se možná. (Zvěřina, 2003)

## Důsledky znásilnění

Znásilnění je akt násilí, který může mít vážné důsledky, které mohou výrazným způsobem ovlivnit následný život oběti i pachatele.

Důsledkem znásilnění pro oběť je především posttraumatická stresová porucha, které postihuje až 80 % obětí.

Posttraumatická stresová porucha dle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10 (2014), začíná jako opožděná nebo protrahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která je sto způsobit silné rozrušení téměř u každého.

Predisponující faktory, jako rysy osobnosti (nutkavé, astenické) nebo neuróza v anamnéze, mohou snižovat práh vzniku tohoto syndromu nebo zhoršovat jeho průběh, ale pro vysvětlení jeho vzniku nejsou nutné ani dostačující. Typické jsou epizody znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách, snech nebo nočních můrách, které se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti, stranění se od lidí, netečnosti vůči okolí, anhedonie a vyhýbání činnostem a situacím, upomínajícím na traumatický zážitek. Obvykle se objevuje vegetativní hyperreaktivita a zvýšená bdělost, zesílené úlekové reakce a nespavost. S uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese a nejsou řídké ani suicidální myšlenky.

Začátek následuje po traumatu s latencí od několika týdnů do několika měsíců. Průběh je kolísavý, ale ve většině případů dochází k úpravě. V malém počtu pacientů může nastat chronický průběh po léta a trvalá změna osobnosti.

Obecně mezi **psychické důsledky** znásilnění patří, silný stres, dokonce 90 % znásilněných žen uvádí prožitek strachu ze smrti. Dále zmatenost, smutek, zoufalství, sebezpochybování, kontraproduktivní nebo paradoxní chování (např. úzkostné hledání ztracených drobností). Často se také manifestuje změna vztahu oběti k vlastnímu tělu. (Velikovská, 2016)

**Zdravotní důsledky** zahrnují veškerá poranění, k nimž v souvislosti se znásilněním došlo. Dále riziko přenosu venerických chorob, poruchy spánku, poruchy zažívání, rozvoj depresí.

**Sociální důsledky** jsou často izolace oběti, předsudky a falešné stereotypy od osob ze sociálního okolí oběti. (Čírtková, 2013)

Stigmatizace oběti je závislá na dvou hlavních skupinách faktorů a to na subjektivních a objektivních faktorech. Subjektivní faktory souvisí s prožíváním viktimizace na straně oběti. Viktimizace je pro oběť vždy nepříjemnou událostí. Traumatizující zážitek oběť poznamenává a ona získává pocit, že její odlišnost je pro široké okolí zřejmá.

Druhou skupinou jsou faktory objektivní, v tomto případě je stigmatizace podporována zakořeněnými mýty, falešnými hypotézami o oběti. Typickým znakem je ocerňování oběti. (Čírtková, Vitoušová, 2007)

Dalším významným faktorem je vznik viktimizace. Primární viktimizace je proces, v průběhu kterého se jedinec stává obětí trestného činu. Sekundární viktimizace spočívá v druhotném poškození oběti v souvislosti s vyšetřováním činu a reakcemi sociálního prostředí. K rozvoji terciární viktimizace dochází často až s dlouhým časovým odstupem. V době kdy je již řízení ukončeno. Oběť však není schopná vyrovnat se s prožitou zkušeností a zásadně se mění její osobnost i hodnoty a nedokáže navázat na svůj předchozí život. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006; Velikovská, 2016)

Důsledky pro pachatele souvisí především se zadržením policií, vyšetřováním, vyslýcháním, soudním řízením a následnou léčbou či výkonem trestu.



## Kazuistika

Kazuistika je věnována případu klienta s patologickou sexuální agresivitou. Tento muž je pachatelem několika pokusů o znásilnění a několika znásilnění. V současné době je v soudně nařízené ústavní sexuologické léčbě.

Kazuistika se zaměřuje na klientovu sexuologickou a trestní anamnézu, na základě čehož je možné přiblížit vnímání aktu znásilnění v percepce patologického sexuálního agresora.

## Závěr

Znásilnění je závažným trestným činem, který zásadním způsobem zasahuje do práv a integrity oběti. Tohoto trestného činu se dopouští široké spektrum pachatelů. Tento příspěvek se však zaměřuje na specifickou skupinu a to na patologické sexuální agresory. Patologická sexuální agresivita je řazena mezi parafilie a její léčbou se zabývají sexuologické ambulance a oddělení. Příspěvek přináší náhled na zdravotní a sociální aspekty znásilnění způsobených těmito pachateli.

## Zdroje

1. ČÍRTKOVÁ, L. *Forenzní psychologie*. 3. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013. ISBN 978-80-7380-461-9.
2. ČÍRTKOVÁ, L. VITOUŠOVÁ, P. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2014-2.
3. KOVÁŘ, P. et al. *Sexuální agrese*. 1. vyd. Praha: Jessenius Maxdorf, 2008, 292 s. ISBN 978-80-7345-161-5.
4. MARKOVÁ, E. VENGLÁŘOVÁ, M. BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
5. PAVLOVSKÝ, P. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2012, 240 s. ISBN 98-247-4332-5.
6. SEJBALOVÁ, P. REGULI, H. Specifičnost viktimizace obětí znásilnění. *Psychiatrie pro praxi*. 2011, 12, č. 1, 19 – 21 s. ISSN 1213-0508.
7. ŠRÁMKOVÁ, T. *Sexuologie pro zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015, 237 s. ISBN 978-80-7492-162-9.
8. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
9. VELIKOVSKÁ, M. *Psychologie obětí trestných činů: proces viktimizace, status oběti a jeho význam, prevence a vyrovnávání se s viktimizací, reálné případy z policejní praxe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-4849-8.
10. WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 351 s. ISBN 80-717-8634-9.
11. WHO. *Mezinárodní klasifikace nemocí*, [online]. 10. Revize aktualizovaná verze k 1.4.2014, Geneva, World Health Organization, 2014, 874 s. ISBN 92 4 154649 2 (svazek 1), 92 4 154653 0 (svazek 2), 92 4 154654 9 (svazek 3)

## Kontakt

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.

Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra sociální práce  
Tolstého 1556/16  
586 01 Jihlava

Email: Jana.Novotnai@vspj.cz

# Pracovní záťaž a syndróm vyhorenia sociálnych a výchovných pracovníkov v detských domovoch v Košickom kraji

Béřešová Anna

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava,  
Univerzita P.J. Šafárika v Košiciach, LF, Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny*

Cieľ. Sociálni aj výchovní pracovníci ako členovia odborných tímov sa neustále prispôbujú požiadavkám a nárokom svojich profesií a rozvíjajúcej sa spoločnosti. Príspevok sa zaoberá súvislosťami medzi mierou vyhorenia a pracovnou záťažou v súbore sociálnych a výchovných pracovníkov v detských domovoch v Košickom kraji.

Metodika a materiál. Na zisťovanie miery vyhorenia bol distribuovaný celosvetovo používaný Maslachovej dotazník-MBI. Na zisťovanie záťaže bol použitý štruktúrovaný dotazník. Výskum bol realizovaný v súbore 73 respondentov, z toho 19 sociálnych a 54 výchovných pracovníkov v detských domovoch v Košickom kraji. Zber údajov prebehol začiatkom roka 2016 on-line spôsobom.

Výsledky. V oblasti emocionálneho vyčerpania vykazovalo 87,7% respondentov stredný až vysoký stupeň vyhorenia. V oblasti depersonalizácie bol zistený vysoký stupeň vyhorenia u 95,9% respondentov. V oblasti osobného výkonu bol zistený vysoký stupeň vyhorenia u 93,2% respondentov. Subjektívne hodnotenie pracovnej záťaže vypovedá celkovo o prevažujúcej bežnej až zvýšenej intenzite pracovnej záťaže. Ako jej príčinu uvádzajú mieru svojej zodpovednosti. Nezistili sa významné rozdiely v miere vyhorenia medzi skupinami pracovníkov.

Záver. Výsledky poukazujú na vysokú mieru ohrozenia syndrómom vyhorenia v skúmanom súbore sociálnych a výchovných pracovníkov. Autori Dimunová, Švida a Barková v roku 2012 realizoval štúdiu zisťujúcu vzťah demografických údajov a miery syndrómu vyhorenia u 322 zamestnancov ÚPSVaR v Košickom kraji. Zistili štatisticky významný vzťah vyhorenia v oblasti depersonalizácie ku dĺžke praxe. V roku 2013 realizovali výskum v Mexiku v súbore 300 sociálnych pracovníkov. Zistili, že najvyšší stupeň vyhorenia sa vyskytuje u 45,6% pracovníkov v oblasti emocionálneho vyhorenia.

**Kľúčová slova:** Detský domov. MBI dotazník. Pracovná záťaž. Sociálny pracovník. Výchovný pracovník. Syndróm vyhorenia.

•

## Úvod

Právo na život a právo vyrastať v rodine patrí medzi základné práva dieťaťa, ktoré zaručuje Dohovor o právach dieťaťa. Inštitút rodiny má na Slovensku veľmi silnú tradíciu, nie všetci rodičia sa však môžu, vedia a chcú dobre starať o svoje deti starať. Väčšina detí, ktoré nemôžu žiť v starostlivosti svojich rodičov, je zverená do starostlivosti niekoho zo svojej širšej rodiny, najčastejšie do starostlivosti starých rodičov. Až keď nie je možné zabezpečiť starostlivosť o dieťa ani v jeho širšej rodine, sprostredkuje orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately dieťaťu novú rodinu. Vykonávanie opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately v zariadeniach upravuje v Slovenskej republike Zákon č. 305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene doplnení niektorých zákonov. Podľa tohto zákona detský domov dieťaťu dočasne nahrádza je ho prirodzené alebo náhradné rodinné prostredie.

Podľa dostupných štatistík máme na Slovensku k 1.10. 2016, 66 štátnych detských domovov a 26 akreditovaných subjektov, ktorým bola podľa §49 zákona 305/2005 Z.Z. v znení neskorších predpisov udelená akreditácia na vykonávanie opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately v zariadení detský domov (MPSVaR SR, 2016). Podľa dostupných údajov celkový počet detí a mladých dospelých v jednotlivých formách starostlivosti detských domovov bol za rok 2014 4 721.

Úlohou všetkých zamestnancov či už v priamom kontakte alebo ako členov odborných tímov a ostatných zamestnancov, je čo najviac priblížiť ich výchovu a starostlivosť rodinnému prostrediu, poskytnúť deťom pocit istoty a citové zázemie. Práca s deťmi je vo všeobecnosti náročná, práca výchovných a sociálnych pracovníkov v detských domovoch má svoje špecifiká najmä v náročnosti na ľudskú stránku ale aj odbornú spôsobilosť. Vyžaduje si množstvo energie, nápaditosti a citlivosti, ale aj profesionality a empatie. Každodenne prichádzajú do kontaktu s krehkou detskou dušou, veľakrát

zranenou samotnými rodičmi. Dôvera týchto detí voči dospelým je na základe prežitej traumy narušená, deti však túžia po láske, nehe, porozumení a bezpečí.

Pracovná záťaž a náročnosť povolania sociálnych ako aj výchovných pracovníkov môže postupne viesť k syndrómu vyhorenia a k ďalším zdravotným komplikáciám pracovníka. V kompetenciách sociálnych a výchovných pracovníkov v detských domovoch existujú určité rozdiely, ktoré môžu mať vplyv aj na mieru pociťovanej pracovnej záťaže. Rozdiely tak môžeme pozorovať aj v samotnom stupni a intenzite syndrómu vyhorenia aj vzhľadom na odlišný charakter práce s deťmi a ich rodinami. Do svojej práce zapájajú obidve profesie veľa pocitov, citov a emócií, prístupujú k dieťaťu empaticky a citlivo, intenzita priameho kontaktu je rozdielna.

## **Cieľ**

Problematika pracovnej záťaže sociálnych a výchovných pracovníkov v detských domovoch a jej dôsledkov sa javí veľmi aktuálna a je potrebné jej venovať zvýšenú pozornosť aj vzhľadom na charakter klientov. Rovnako môže nadmerná pracovná záťaž plynúť zo stále sa stupňujúcich nárokov na výkon pomáhajúcej profesie zo strany spoločnosti. Cieľom práce prezentovanej v príspevku je hľadať a analyzovať súvislosti medzi mierou vyhorenia a pociťovanou pracovnou záťažou v súbore sociálnych a výchovných pracovníkov vo vybraných detských domovoch v Košickom kraji. Parciálne ciele sme zamerali na zistenie:

subjektívne vnímanej a hodnotenej pracovnej záťaže medzi sociálnymi a výchovnými pracovníkmi

prevažujúci druh pracovnej záťaže vzhľadom na pracovnú pozíciu respondentov

výskytu syndrómu vyhorenia medzi sociálnymi a výchovnými pracovníkmi vo vybraných detských domovoch v jednotlivých meraných dimenziách.

## **Metodika**

Pre potreby výskumu sme oslovili všetky detské domovy v Košickom kraji, ktoré sú uvedené na internetovej stránke Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny (2016). Z oslovených zariadení 12 vyplnilo zaslaný dotazník elektronicky cez sprostredkovaný link [www.survio.com](http://www.survio.com), jedno zariadenie si vyžiadalo dotazníky zaslať poštou a jedno zariadenie požadovalo osobnú účasť člena výskumného tímu pri vyplňaní dotazníkov pracovníkmi. Podarilo sa nám tak vytvoriť súbor v celkovom počte 73 respondentov. Zber údajov prebehol začiatkom roka 2016.

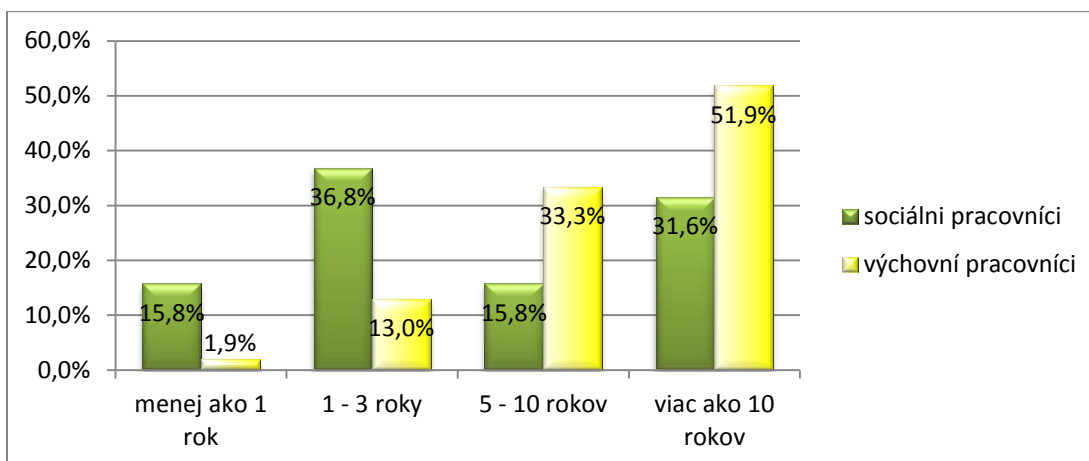
Vzhľadom na vymedzené ciele nášho výskumného zámeru sme sa rozhodli pre kvantitatívny dizajn výskumu metódou dotazníka. Na zisťovanie miery vyhorenia sme distribuovali celosvetovo používaný štandardizovaný MBI dotazník (Maslach Burnout Inventory) autoriek CH. Maslach a S.E. Jackson, ktorý je orientovaný na zisťovanie miery vyhorenia v troch oblastiach (dimenziách) – depersonalizácia (DP), emocionálne vyčerpanie, exhauscia (EE) a osobný výkon (PA). Mierka pozostáva z 22 výrokov, z ktorých je 9 položiek zameraných na zisťovanie stupňa emocionálneho vyčerpania, 5 položiek zisťuje stupeň depersonalizácie a 8 položiek je zameraných na zistenie stupňa vyhorenia v dimenzii osobného výkonu. Princíp dotazníka je založený na skutočnosti, že sa respondent zamýšľa nad predloženými výrokmi a prostredníctvom stupnice od 0 do 7 vyjadruje svoje stanovisko – ako silno daný pocit prežíva, pričom 0 vyjadruje najslabší pocit a číslo 7 najintenzívnejší pocit (Pilárik, Tobákošová, 2013).

Za batériou týchto výrokov boli zaradené položky zamerané na zisťovanie subjektívne vnímanej a hodnotenej pracovnej záťaže a demografické triediace položky.

## **Výsledky**

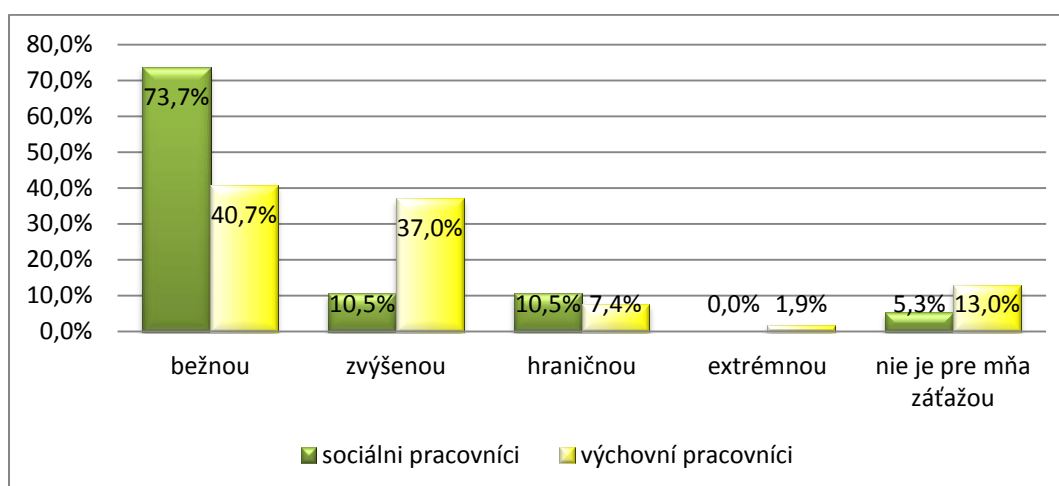
Za účelom štatistického spracovania získaných údajov sme vzhľadom na povahu dát použili matematicko-štatistické metódy- štatistickú deskripciu a Spearmanovu poradovú koreláciu.

Skúmaný súbor tvorilo spolu 73 respondentov, podľa premennej pracovná pozícia tvorí súbor 19 (26 %) sociálnych pracovníkov a 54 (74%) výchovných pracovníkov. Podľa pohlavia pozostáva súbor zo 69 (93%) žien a štyroch (7 %) mužov. Vzhľadom na pracovnú pozíciu sme zistili, ženy tvoria 100% sociálnych pracovníkov v skúmanom súbore. V grafe 1 prezentuje výsledky analýzy premennej dĺžka praxe v detskom domove vo vzťahu k pracovnej pozícii. Vypočítané a opisované relatívne početnosti v jednotlivých pracovných pozíciách sa vzťahujú k 100%.



Graf 1 Dĺžka praxe respondentov podľa pracovnej pozície

V nadväznosti na parciálne ciele sme analyzovali položku zameranú na zistenie subjektívneho hodnotenia vykonávanej práce ako záťaže. Výsledky analýzy opisujeme v grafe 2 vo vzťahu k pracovnej pozícii. Vypočítané a opisované relatívne početnosti v jednotlivých pracovných pozíciách sa vzťahujú k 100%.

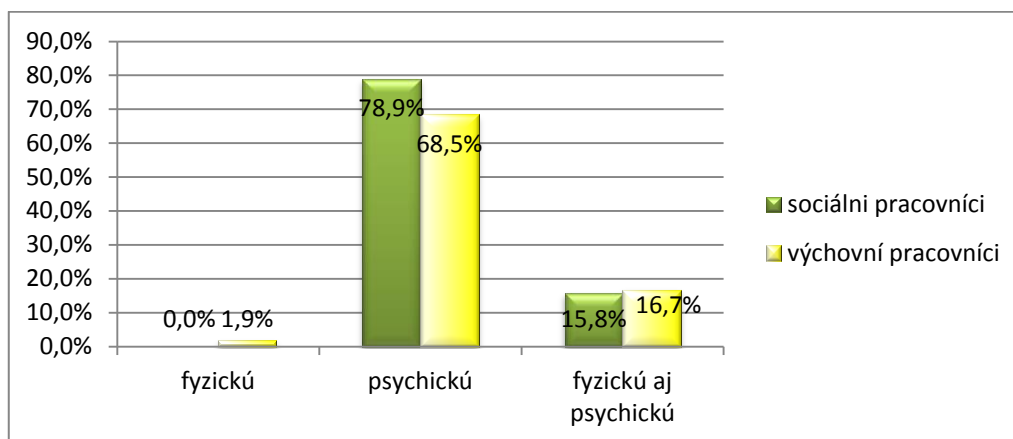


Graf 2 Intenzita pracovnej záťaže podľa pracovnej pozície respondentov

Opísané výsledky korešpondujú s našimi poznatkami v texte úvodu v tom zmysle, že pracovná záťaž sociálnych a výchovných pracovníkov sa odvíja od ich konkrétnych úloh a kompetencií vymedzených legislatívou, a tak isto aj od intenzity denného kontaktu s detským klientom a jeho problémami a potrebami. Zásadným rozdielom je podľa nás práca výchovných pracovníkov na zmeny. S týmto faktom môže súvisieť zistenie, že až pre 73, 7% sociálnych pracovníkov je ich pracovná záťaž bežnou.

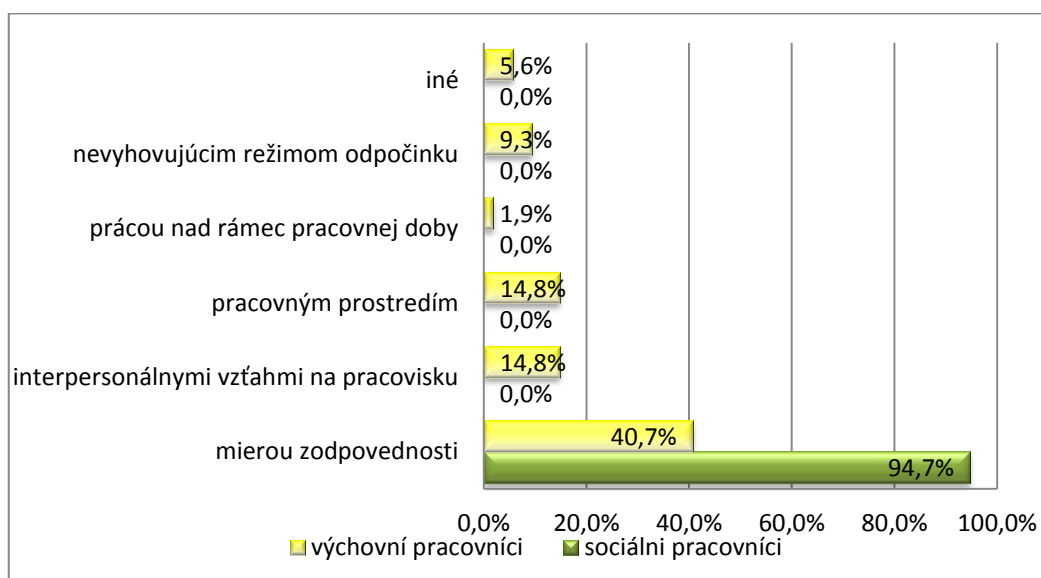
Následne sme vykonali analýzu položky zameranú na posúdenie, ktorý druh pracovnej záťaže podľa respondentov u nich prevažuje. Výsledky analýzy sú opísané v grafe 3. Vypočítané a opisované relatívne početnosti v jednotlivých pracovných pozíciách sa vzťahujú k 100%.

Z deskriptívnej analýzy vyplýva, že v oboch pracovných pozíciách prevažuje psychická záťaž nad fyzickou, pomerne zhodne vyjadrili aj sociálni ( 15,8%) aj výchovní pracovníci (16,7%) pôsobenie fyzickej aj psychickej záťaže súčasne.



Graf 3 Prevažujúci druh pracovnej záťaže podľa respondentov vo vzťahu k pracovnej pozícii

V ďalšom kroku sme sa zamerali na zistenie príčin pracovnej záťaže podľa respondentov. Analýzu polytomicky a polozatvorene konštruovanej položky opisujeme v grafe 4. Vypočítané a opisované relatívne početnosti v jednotlivých pracovných pozíciách sa vzťahujú k 100%.



Graf 4 Príčiny pracovnej záťaže podľa respondentov vo vzťahu k pracovnej pozícii

V oboch pracovných pozíciách prevažuje ako vnímaná príčina pracovnej záťaže miera zodpovednosti, výchovní pracovníci vnímajú ako príčiny záťaže aj interpersonálne vzťahy na pracovisku, pracovné prostredie a 5,6 % aj prácu nad rámec svojich kompetencií.

Na zistenie stupňa vyhorenia sociálnych a výchovných pracovníkov v jednotlivých dimenziách sme postupovali podľa metodiky výpočtu skóre pre každého respondenta zvlášť. Na základe zistených hodnôt sme zaradili respondentov do stupňov vyhorenia podľa metodiky interpretácie skóre vyhorenia.

Tabuľka 1 Interpretácia skóre jednotlivých stupňov vyhorenia

| Dimenzia | Stupeň vyhorenia |               |                  |
|----------|------------------|---------------|------------------|
|          | nízky            | stredný       | vysoký           |
| EE       | 18 bodov a menej | 19 - 26 bodov | 27 bodov a viac  |
| DP       | 5 bodov a menej  | 6 - 9 bodov   | 10 bodov a viac  |
| PA       | 40 bodov a viac  | 34 - 39 bodov | 33 bodov a menej |

Na základe vyššie uvedenej tabuľky sme zistené skóre v každej dimenzii u jednotlivých respondentov začlenili do stupňov vyhorenia. V tabuľke 2 opisujeme zistenia za celý súbor bez vzťahu k pracovnej pozícii.

Tabuľka 2 Početnosti v stupňoch vyhorenia podľa jednotlivých dimenzií v skúmanom súbore

| Dimenzia | Stupeň vyhorenia |      |         |      |        |      |
|----------|------------------|------|---------|------|--------|------|
|          | nízky            |      | stredný |      | vysoký |      |
|          | n                | %    | n       | %    | n      | %    |
| EE       | 9                | 12,3 | 18      | 24,7 | 46     | 63   |
| DP       | 1                | 1,4  | 2       | 2,7  | 70     | 95,9 |
| PA       | 0                | 0    | 5       | 6,8  | 68     | 93,2 |

Údaje opísané v tabuľke 2 poukazujú na alarmujúci stav v skúmanom súbore. Zaznamenali sme len malé početnosti v nízkom stupni vyhorenia vo všetkých dimenziách. Vysoký stupeň vyhorenia sme zistili vo všetkých dimenziách, **najviac sú respondenti vyhorení v dimenzii depersonalizácie**. Depersonalizácia alebo odosobnenie vypovedá o psychickom vyčerpaní a je charakteristické pre ľudí, ktorí nedostávajú dostatok kladnej spätnej väzby. Prejavuje sa negativizmom, necitlivosťou a neosobnosťou- odosobnením. **Obdobne aj v dimenzii osobného výkonu sme zaznamenali vysokú početnosť respondentov vo vysokom stupni vyhorenia**. Znížený osobnostný výkon sa prejavuje zníženou výkonnosťou a zníženou kompetenciou. **V dimenzii emocionálneho vyčerpania** sme zistili u 9. respondentov nízky stupeň vyhorenia, u 18. stredný stupeň a až 63% vykazovalo vysoký stupeň emocionálneho vyčerpania. Práve táto dimenzia sa považuje za smerodajný ukazovateľ prítomnosti syndrómu vyhorenia. Vypovedá o emocionálnom vyčerpaní, nulovej motivácii a o strate chuti do života ((Pilárik, Tobákošová, 2013).

Pre lepšiu orientáciu v zisteniach a rovnako aj pre splnenie stanovených cieľov sme vypočítali priemerné hodnoty skóre v jednotlivých dimenziách podľa pracovnej pozície respondentov. Výsledky sú opísané v tabuľke 3.

Tabuľka 3 Štatistické charakteristiky zistených skóre v dimenziách vyhorenia podľa pracovnej pozície

| Dimenzia |    | n  | Priemer | Smerodajná odchýlka |
|----------|----|----|---------|---------------------|
| EE       | SP | 19 | 27,63   | 9,38                |
|          | VP | 54 | 28,96   | 8,86                |
| DP       | SP | 19 | 20,31   | 4,85                |
|          | VP | 54 | 21,00   | 4,09                |

|    |    |    |       |      |
|----|----|----|-------|------|
| PA | SP | 19 | 13,57 | 6,06 |
|    | VP | 54 | 17,14 | 7,79 |

Legenda: SP = sociálni pracovníci, VP= výchovní pracovníci

Vzťah subjektívne hodnotenej intenzity pracovnej záťaže a miery vyhorenia respondentov sme vzhľadom na povahu dát testovali neparametrickým testom Searmanovej poradovej korelácie. Pracovali sme na hladine významnosti  $\alpha = 5\%$ . Výsledky analýzy opisujeme v tabuľke 4.

Tabuľka 4 Výsledky korelačnej analýzy

| Dimenzia vs. Intenzita pracovnej záťaže | R-hodnota | P-hodnota    |
|-----------------------------------------|-----------|--------------|
| EE                                      | 0,157266  | 0,18392 n.s. |
| DP                                      | 0,002931  | 0,98037 n.s. |
| PA                                      | 0,207863  | 0,07762 n.s. |
| p<0.05                                  |           |              |

n.s.= nesignifikantné

Testovaním sme nezistili signifikantné vzťahy medzi dosiahnutým skóre v jednotlivých dimenziách a intenzitou pociťovanej záťaže respondentmi v skúmanom súbore.

## Záver

Pracovná záťaž sociálnych a výchovných pracovníkov je spôsobovaná viacerými faktormi, ktoré výrazne kopírujú ich pracovné prostredie, požiadavky a kompetencie vymedzené legislatívou a kvalitu vzťahov na pracovisku. V skúmanom súbore sme zistili vysokú mieru syndrómu vyhorenia vo všetkých dimenziách. Podobný zámer si stanovili vo výskume rumunskí autori Marc a Osvat (2013), ktorí skúmali pracovnú záťaž a syndróm vyhorenia sociálnych pracovníkov v štátnych a neštátnych zariadeniach. Príčinami vzniku syndrómu vyhorenia bolo nadmerné množstvo pracovných úloh, nedostatok času na ich spracovanie, nedostatočné uznanie a odmeňovanie. Rovnako v roku 2013 bol realizovaný v Mexiku výskum výskytu vyhorenia medzi 300 sociálnymi pracovníkmi – zamestnancami štátnej správy. Zistenia poukazujú na najvyšší stupeň vyhorenia v dimenzii EE- emocionálne vyčerpanie a to v 45,6% prípadov (Gracia et. al., 2013). Nami skúmaný súbor vykazuje najvyššie súhrnné početnosti v dimenzii PA – osobnostný výkon. Podobný výskum realizovali autori Dimunová, Švida a Barková v roku 2013 medzi 322 zamestnancami Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny v Košickom kraji. Zistenia poukazujú na vzťah depersonalizácie ku dĺžke praxe. Výskum syndrómu vyhorenia sa realizuje aj v iných pomáhajúcich profesiách, na Slovensku sa venujú autori najmä sestrám. Skúmajú problematiku rovnakým nástrojom ako my v našom súbore. Zistenia autoriek Dimunová a Lévyová (2011) v súbore 770 sestier z celého Slovenska potvrdili prítomnosť syndrómu vyhorenia vo všetkých dimenziách a to bez zistenia výrazných rozdielov medzi sledovanými oblasťami.

Zo zistení vyplýva, že sa problematikou pracovnej záťaže a hlavne syndrómu vyhorenia v profesii sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce treba naďalej intenzívne venovať a zamerať sa na prevenciu, hlavne zo strany zamestnávateľov.

## Literatúra

- DIMUNOVÁ, L. – ŠVIDA, M. – BARKOVÁ, B. 2013. Syndróm vyhorenia u sociálnych pracovníkov v košickom regióne. In *Zdravotníctvo a sociálna práca*. 2013, roč. 8, č.3, s. 47-51. ISSN 1336-9326.
- DIMUNOVÁ, L. – LÉVYOVÁ, M. 2011. Výskyt syndrómu vyhorenia u sestier na Slovensku. In *Sestra*. 2011, roč. X, č. 5-6, s. 20-21. ISSN 1335-9444.

- GRACIA, H. J. T. et al. 2013. Burnout syndrome and engagement, a descriptive study in public sector workers. In *European Scientific Journal*. [online]. [citované 2016-07-11]. Dostupné na internete: <<http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/1678/1667>>.
- MARC, C. – OSVAT, C. 2013. Stress burnout among social workers. In *Revista de Asistentă Socială*. [online]. [citované 2016-08-19]. Dostupné na internete: <<http://search.proquest.com/docview/1440066637/fulltextPDF?accountid=16730>>.
- PILÁRIK, Ľ. – TOBÁKOŠOVÁ, Z. 2013. Emocionálna inteligencia a syndróm vyhorenia u sestier. In *Ošetrovateľstvo*. 2013, Roč. 3, č. 1. s. 5-10. ISSN 1338-6263.
- ÚSTREDIE PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY. 2016. Zoznam detských domovov. [online]. 2016. [citované 2015-03-04]. Dostupné na internete: <[http://www.upsvar.sk/detske-domovy-a-ine-zariadenia/detske-domovy/zoznam-detskycdomovov.html?page\\_id=123896](http://www.upsvar.sk/detske-domovy-a-ine-zariadenia/detske-domovy/zoznam-detskycdomovov.html?page_id=123896)>.
- ZÁKON č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov.



# Dieťa v detskom domove v sociálnom a pedagogickom poňatí

Škoviera Albín

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jana N. Neumanna,  
Katolícka univerzita v Ružomberku*

Autor prezentuje politické rozhodnutie o prechode detských domovov na Slovensku z rezortov školstva a zdravotníctva do rezortu sociálnych vecí v širších spoločenských kontextoch. Ide najmä o prechod z obdobia moderny do postmodernity a s tým spojenú deštrukciu „starého“ systému. Situácie popisuje z hľadiska teórie radikálneho konštruktivismu a kritickej diskurznej analýzy ako nové rozdelenie moci.

**Kľúčová slova:** dieťa, postmoderna, konštruktivismus, moc

**Literatura:** FAIRCLOUGH, N. (2004). *Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research*. London and New York: Routledge.

FOUCAULT, M. (1972). *The Archaeology of Knowledge*. In: MCHOUL, A., GRACE, W. 2002. *A Foucault Primer: Discourse, Power and the Subject*. London and New York: Routledge.

MATĚJČEK, Z. (1999). *Náhradní rodinná péče*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-304-8

•

Prechod detských domovov pre deti do troch rokov zo zdravotníckeho rezortu a detských domovov pre deti trojročné a staršie zo školského rezortu pod sociálny rezort sa na Slovensku realizoval v roku 1996 a bol v konečnom dôsledku politickým mocenským rozhodnutím. V tom čase rozhodnutie vyvolalo vášne, krivdy, neistoty a najmä nedôveru, ktorá pretrváva medzi sociálnym rezortom a školstvom do istej miery dodnes. Diskusia sa viedla viac paralelne až ex post a po rozhodnutí, temer výlučne medzi „spriaznenými dušami“, ako pred tým. Ako to pri niektorých politických rozhodnutiach a obchodoch býva, o diskusiu „pred“ vlastne ani nebol skutočný záujem.

Sme presvedčení o tom, že ide stále nielen v kontexte Slovenska, ale aj Česka o aktuálny problém a že je o ňom potrebné hovoriť, pretože:

na Slovensku máme s detskými domovmi a ich prechodom do sociálneho rezortu zatiaľ dvadsaťročnú skúsenosť, ktorá nie je zďaleka príkladná,

na Slovensku chýba akákoľvek reflexia chybných krokov, ktoré boli spojené nielen s prechodom detských domovov pod sociálny rezort, ale aj celého ďalšieho dvadsaťročného obdobia,

stále pretrvávajú ambície českého sociálneho rezortu i časti českých neziskových organizácií presunúť všetky detské domovy v Českej republike pod sociálny rezort,

sme presvedčení o tom, že súčasťou skutočnej demokracie je nielen diskusia, ale aj právo vnímať kriticky niečo, čo iní z nejakých dôvodov prijímajú „väčšinovo“ a zverejniť to.

Zrejme vôbec nie je zanedbateľné, či je nejaká inštitúcia, v tomto prípade sú to detské domovy, v sociálnom, v zdravotníckom či školskom rezorte. Ak by na tom naozaj nezáležalo, iba ťažko by sa o tom viedli intenzívne zákulisné boje, v ktorých je reálne „najlepší záujem dieťaťa“ iba ich dymovou clonou. Viac-menej nezávisle od toho, či sme s týmto politickým rozhodnutím odborne stotožnení alebo s ním nesúhlasíme, pokúsime sa analyzovať nie politické, ale širšie sociálno-kultúrne kontexty tohto rozhodnutia.

Je viacero možností, ako tento prechod teoreticky popísať. V tomto prípade sa voľne oprieme o modernú teóriu pracujúcu s nosným pojmom diskurz. Radikálny konštruktivismus popri pojme diskurz (Foucault, 1997, Fairclough, 2004) etabloval vo vedeckej oblasti aj pojem kritická diskurzna analýza (van Dijk, Teun A., 1993). V spoločenských vedách sa diskurz často chápe ako aktuálny pohľad na svet, skutočnosť, konkrétny problém v danej spoločnosti. Ide dokonca nielen o to, ako sa o niečom v danom období píše, ale ako sa o tom „patrí“ hovoriť. Cieľom kritickej diskurznej analýzy je skúmanie vzťahov medzi mocenskými štruktúrami a štruktúrou diskurzu. Umožňuje analyzovať, aké mocenské záujmy sa v danom procese naplňujú.

V oblasti náhradnej výchovnej starostlivosti vnímame aktuálne tri vzájomne sa dopĺňajúce koncepty, ktoré sú nielen východiskovým rámcom, ale v takomto chápaní vytvárajú obsah diskurzu náhradnej výchovnej starostlivosti v sociálnej práci. Ide o:

**Koncept spoločenského vývoja.** V súlade s ním je prechod od moderny k postmoderne spojený s „nutnosťou“ deštrukcie predchádzajúceho systému a inštitúcií. Premieta sa to do marginalizácie historických súvislostí. Minulosť „neexistuje“, budúcnosť je neistá, reálna je iba prítomnosť. V takomto poňatí je tradícia vlastne niečo nenáležité a rušivé. Pre tento koncept tu bola navyše mimoriadne priaznivá živná pôda po spoločensko-politickej zmene v roku 1989, ktorá umožňovala kritizovať úplne všetko predchádzajúce ako zlé, totalitné, komunistické, prekonané, bez pripravenosti či ochoty oceniť aj viaceré čiastkové klady predchádzajúceho systému. Aj samotné etablovanie sociálna práca či už ako vedeckej disciplíny, praxe alebo študijného odboru vo vtedajšom Československu nenadväzovala na systém prvej Československej republiky, ale viazalo sa tak intenzívne na zahraničné modely a ich nekritické preberanie, že jej chýbala akási „domáca identita“.

Čo i len čiastkoví kritici aktuálneho konceptu spoločenského vývoja to majú veľmi ťažké. Dostávajú značku rigidity, konzervativizmu, spiatočnícťva, tých čo nechápu pokrok. Ich názory v médiách sú kritizované a marginalizované. Nerieši sa vecná stránka problému, ale to, kto o tom probléme hovorí.

**Koncept budovanie „sociálneho štátu“.** Ten je vzhľadom k súčasnej politickej skladbe Európskeho parlamentu veľmi blízky aj zatiaľ prevažne socialisticko-liberálnej Európskej únii. Ona sama seba tak prezentuje. V Európskej únii je pri porovnávaní prioritných oblastí celkom jasná dominancia priorit ekonomických, ktoré sú spojené so sociálnou rétorikou. Edukačné či zdravotnícke témy sú v porovnaní s nimi okrajové. Vôbec nie je náhoda, že jej viacerí domáci zástancovia argumentovali a argumentujú pri prechode detských domovov do sociálneho rezortu práve Európskou úniou.

Keďže pre sociálny štát je charakteristická vysoká miera prerozdelenia prostriedkov, môžu jeho zástancovia hovoriť o tom, že práve vďaka nemu je možné realizovať sociálnu pomoc. Akákoľvek kritika takéhoto systému prerozdelenia stavia jeho kritikov do pozície nesolidárnych egoistov, či dokonca nehumánnych prospechárov.

**Koncept sociálneho pedocentizmu.** Pravdepodobne zatiaľ doteraz nikdy nebolo dieťa subjektom takého ochrany, ako je to dnes. Pozícia rodiča a dieťaťa je v súčasnom našom kultúrno-spoločenskom kontexte z hľadiska práv asymetrická a tým, možno paradoxne, vytvára neistých rodičov a pedagógov. Dieťa „môže“, už len preto, že je dieťa, ale rodič ten nesmie, pretože dieťa nie je.

Tento prístup na jednej strane vedie „k beztrastnosti“ dieťaťa, ponúka mu takú mieru slobody, ktorú nie je často schopné uniesť, na druhej strane neponúka dieťaťu jasné limity ako oporu a dieťa v konečných dôsledkoch žije v neistote. Neistí dospelí nemôžu poskytovať istoty deťom. Nemôžu byť pre dieťa autoritou. Dieťa autoritu potrebuje. Ako okrajové a nedôležité sa berú vedecké poznatky psychológie, pedagogiky i sociálnej pediatrie. Dohovor o právach dieťaťa prestáva byť reálne len právnou normou, ale spolu s juvenilnou justíciou sa stávajú nástrojom ideológie. Viacerí odborníci veľmi zvažujú, či sa im ešte „oplatí“ vyjadriť kriticky k implementácii tohoto konceptu starostlivosti o dieťa. Zaoberať sa napr. trestaním dieťaťa sa dnes totiž považuje za temer „politicky nekorektné“. Nositelia iných ako mainstreamových názorov dostávajú značku tých, ktorým je blízka agresia, túžba po moci a nemajú radi deti. Pritom kritikom môže ísť úprimne len o to, aby situácia, obrazne povedané, keď napr. učiteľ dá facku dieťaťu, mala rovnako svoje logické dôsledky, ako situácia, keď dá dieťa facku učiteľovi. Dnes to tak nie je.

Pedagogické chápanie náhradnej výchovy neodmieta sociálnu determináciu toho, že sa dieťa dostalo do detského domova. Sociálnu starostlivosť, napr. v koncepte Maslowovej hierarchie potrieb, však vníma ako samozrejmy existenčný základ, ktorého zabezpečenie má skôr podobu administratívnu, ako odbornú. Najmä v prvej polovici deväťdesiatych rokov sme sa v diagnostických ústavoch i detských domovoch stretávali s výrazným nárastom počtu takých detí, ktoré mali pred príchodom do zariadenia materiálne zabezpečenie na dobrej i nadštandardnej úrovni. Podstatu problému teda chápe pedagogika odlišne. V jej paradigme je problém dieťaťa predovšetkým v nedostatočnom emocionálnom syténí, v prežitých traumách, s ktorými sa potrebuje vyrovnávať a v jeho výchovnej zanedbanosti.

Práve preto, že dieťa zažilo traumy, žije v neštandardných podmienkach, nemalo model pozitívneho fungovania rodiny (napr. neúplnosť či rozvrat rodiny, patológia v správaní rodiča) vníma školský rezort dieťa v detskom domove ako emocionálne a sociálne narušené, teda také, ktoré potrebuje špeciálne výchovné a terapeutické prístupy a vedenie. Ide

o dieťa, ktoré potrebuje získať základnú dôveru k dospelým a tomuto svetu, bude mať jasný pozitívny systém hodnôt, zo strany vychovávateľov bude dostatočne emocionálne a sociálne sýtené, bude ich vnímať ako oporu.

Pokiaľ ide o sociálnu inklúziu takehoto dieťaťa, sociálna ani špeciálne pedagogika ju nevnímajú ako technológiu, v ktorej v popredí je tlak na spoločnosť, aby také dieťa prijala, ale ako výchovu samotného dieťaťa, aby ono, s primeranou podporou, fungovalo tak, aby ho spoločnosť prijímala.

Na rozdiel od sociálneho pedocentrizmu sa zameriava viac na sebazpoznávanie dieťaťa, jeho sebareguláciu, vhodné copingové stratégie pri riešení záťažových situácií, rezilienciu – odolnosť dieťaťa voči negatívnym vplyvom, ale i pripravenosť dieťaťa prijímať a vyrovnávať sa s logickými dôsledkami svojho správania a konania.

Všimnime si ešte niekoľko „atribútov“, s ktorými pracuje v súvislosti s detskými domovmi na Slovensku sociálny a školský rezort. Jednou z prvých oblastí, ktorej sa sociálny rezort venoval, bola de-pedagogizácia náhradnej výchovnej starostlivosti. Súd už nenariaďuje na Slovensku ústavnú výchovu, ale ústavnú starostlivosť, výchovné skupiny sa zmenili na samostatné skupiny a metodické združenia vychovávateľov sa stali zbytočným archaizmom.<sup>22</sup> Pre školstvo charakteristické priority práce ako sú klíma v triede či výchovnej skupine a jej budovanie sa zmenilo na individuálny plán rozvoja dieťaťa.

Sme presvedčení o tom, že medzi rezortné rozdiely v spôsobe chápania dieťaťa v detskom domove môžeme domove ilustrovať na položkách v Tab. č. 1 (Škoviera, 2007, s.30).

Tab. 1 Péče nebo výchova?

| Proč NE péče                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Proč ANO výchova                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Péče (i opatrování) poskytuje subjekt objektu, je to převážně jednosměrná aktivita, objekt je většinou pasivní.</p> <p>Péče je vztahem nezávislého a závislého jedince.</p> <p>Péče v sobě nemá rozměr osobnostního růstu.</p> <p>Péče se zaměřuje především na biologické potřeby.</p> <p>V popředí stojí materiální hodnoty.</p> <p>Ve vztahu poskytovatel-klient není nijak významně vnímaná role ženy a muže.</p> <p>Pojem péče je možné propojit s rolí „pečovatele“.</p> | <p>Výchova je obousměrná a oboustranná aktivita.</p> <p>Pouze nezávislý vztah umožňuje naplňovat humanistické cíle výchovy.</p> <p>Výchova má rozměr osobnostního růstu.</p> <p>Výchova je zaměřená zejména na zabezpečení psychologických a sociálních potřeb.</p> <p>V popředí stojí etické hodnoty.</p> <p>Ve vztahu vychovatel – dítě se role ženy a muže vzájemně doplňují.</p> <p>Pojem výchova je možné propojit s rolí vychovatele.</p> |

Ak v školskom rezorte máme dieťa, žiaka, študenta, dieťa v detskom domove sa stalo v chápaní sociálneho rezortu odrazu klientom. Je nám blízke prioritné chápanie pojmu klient vo význame zákazník, tak ako to uvádzajú v svojej štúdii Rabušicová s Emmerovou (2003)<sup>23</sup> i to, že rozlišujú medzi troma rolami, ktoré vo vzťahu k inštitúcii môžeme zastávať. Sme buď partneri, klienti (zákazníci) alebo občania. Sami pre seba riešime dilemu: môže byť niekto klient/zákazník, kto je umiestnený do zariadenia na základe súdneho rozhodnutia? Ak áno, prečo nepovažujeme za klientov aj ľudí, ktorí sú vo výkone trestu?

Je paradoxné, že napr. v Slovinsku, kde detské domovy sú v školskom systéme a dieťa má reálnu možnosť si vyberať z viacerých zariadení, do ktorého zariadenia pôjde, zrejme preto, že ho vnímajú viac ako partnera ako klienta (zákazníka), tento pojem nepoužívajú.

<sup>22</sup> Podobne sa zmenila pôvodná profesionálna náhradná výchova v rodine na profesionálnu rodinu.

<sup>23</sup> V „klientskom“ vzťahu rodičov k detskému domovu môžeme parafrázovať i aplikovať konsekvencie, ktoré autorky uvádzajú na s. 144. „**1. škola a její učitelé jsou odborníky** na poskytování žádaných služeb a vědí nejlépe, jak dělat svou práci, jak získávat zákazníky a jak o ně pečovat; **2. rodiče jsou odborníky** na výchovu vlastních dětí, a proto vědí nejlépe, jaké služby (školy) a přístup mají požadovat.“

## Záver

Napriek tomu, že sa veľmi často na verejnosti pertraktuje najlepší záujem dieťa, je skôr zriedkavo prioritou odborné riešenie problémov, často sa presadzuje ideologicko- mocenské riešenie. Je rad čiastkových krokov, ktoré to nielen pri prechode detských domovov zo zdravotníckeho a školského rezortu pod rezort sociálnych vecí čitateľne ilustrujú. Od vytesnenia odborníkov s „menšinovými názormi“ z podielu na rozhodovacích právomociach, cez mediálne vytváranie „diskurzu“, až po na jednej strane expanzívne a na druhej strane profesne uzavreté chápanie sociálnej práce a jej vymedzovanie voči iným pomáhajúcim profesiám.

Nie sme si istí, či v spoločnosti, ktorá sa prezentuje systémom demokracie, je takéto konanie ospravedlniteľné tým, že žijeme v dynamickom rýchlo sa meniacom svete a na dlhé odborné akademické diskusie s hľadaním konsenzu a prienikov nie je čas. Vníname tu veľmi silné riziko v tom, že miesto snahy o pomoc a dobro pre dieťa či dospelého človeka si budeme v pomáhajúcich profesiách klienta „porcovať“ alebo budeme o veľkosť vplyvu a moci nad ním bojovať.

## Použitá literatúra

FAIRCLOUGH, N. (2004). Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research. London and New York: Routledge.

FOUCAULT, M. (2002). Archeologie vědění. Praha: Herrmann&synové

MATĚJČEK, Z. (1999). Náhradní rodinná péče. Praha: Portál

RABUŠICOVÁ, M. a K. EMMEROVÁ(2003). Role rodičů ve vztahu ke škole- teoretické koncepty. Pedagogika 2/2003, s. 141-151

ŠKOVIERA, A. (2007). Dilemata náhradní výchovy. Praha: Portál

VAN DIJK, TEUN A.(1993). Principles of critical discourse analysis. Discourse&Society  
<http://discourses.org/OldArticles/Principles%20of%20critical%20discourse%20analysis.pdf> [cit. 29.9.2016]

# Etické reflexie resocializačného procesu s maloletými a mladistvými závislými

Roman Tibor

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna*

Cieľom príspevku je predstaviť etické zásady práce s maloletými a mladistvými závislými v resocializačnom procese ako základné predpoklady smerujúce k plneniu povinností členov tímu, ktorými sú zabezpečiť kvalitu liečebných služieb a starostlivosti. Dodržiavanie etických zásad profesionálnej praxe považujeme za kľúčové kompetencie personálu, ktorý pracuje v resocializačných strediskách so špecifickou skupinou maloletých a mladistvých závislých. Príspevok vznikol v rámci riešenia projektu VEGA 1/0335/15 Identifikovanie profesijných hodnôt sociálnej práce v Slovenskej republike.

**Kľúčová slova:** Etika. Hodnoty. Profesia. Resocializácia. Závislosť.

•

V príspevku predstavíme ciele resocializačného procesu v resocializačných strediskách, v ktorých sa poskytuje výkon opatrení podľa § 63 a § 47 zákona č. 305/2005 Z .z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Konkrétne uvedieme jednotlivé špecifické ciele práce s maloletými a mladistvými závislými, s dôrazom na dodržiavanie etických zásad, ktoré sú kľúčové ako kompetencie odborného personálu, ktorý v resocializačných strediskách pracujú. Pracovať s maloletými a mladistvými v resocializačných strediskách môže len odborne zdatný tím, ktorý má i prostredníctvom vlastných hodnôt zosobnené ciele resocializačného procesu a uvedomuje si mieru zodpovednosti, ktorá mu je zverená pri práci s uvedenou rizikovou skupinou maloletých a mladistvých. Etické reflexie na aktuálnu prax s maloletými a mladistvými je zároveň i reakcia na súčasnú medializáciu podozrenia zo sexuálneho zneužívania maloletých a mladistvých klientov v jednom z resocializačných stredísk na Slovensku, či podozrenia zo zneužívania moci a šikanovania klientov, ktorí sú v resocializačnom stredisku na základe súdneho rozhodnutia k výkonu opatrenia. Personál v resocializačných strediskách je multidisciplinárny, dôvodom čoho je i viacero etických princípov jednotlivých profesií, ktoré sa na výkone opatrení podieľajú. Tieto sú v zásade zapracované z jednotlivých etických kódexov do etických kódexov jednotlivých resocializačných stredísk, či organizácií, ktoré na rôznych úrovniach spájajú resocializačné strediská u nás i v zahraničí.

## Resocializačný proces z hľadiska významu

Pod resocializáciou sa spravidla rozumie návrat k takému spôsobu správania sa, ktorý je spoločensky akceptovateľný a spája sa takými ľuďmi, ktorí sa od spoločenskej akceptovateľnosti svojim správaním odchyľili. To je dôvod, ktorý zakladá proces smerujúci k zmene postojov a hodnotovej orientácie. (Matoušek ,2008 )

Dosiahnuť zmenu postojov či hodnotovej orientácie v problematike závislosti akéhokoľvek druhu je však proces dlhodobý, náročný a vyžaduje profesionálny i osobnostne zrelý tím, ktorý očakávania spoločnosti v problematike závislých detí dokáže naplniť.

Spôsobov výkonu resocializácie je viacero, my sa budeme zaoberať resocializáciou v resocializačných strediskách na Slovensku, kde sa podľa zákona č. 305/2005 Z .z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov realizuje výkon opatrení, ktoré majú smerovať k resocializácii maloletých, mladistvých i plnoletých osôb.

Podľa Kalinu (2008), význam práce s deťmi (maloletí a mladiství) spočíva v preferencii vývinové úlohy. Pre dieťa je to náročné obdobie, ktoré musí zvládnuť i z pohľadu požiadaviek vyplývajúcich z telesných, psychických a sociálnych zmien v procese rastu a zrenia. Ku klasickým vývinovým úlohám , ktorým v súčasnosti naši dospievajúci čelia , patrí hlavne naučiť sa prijať svoje telo, stotožniť sa so svojou sexuálnou rolou, dosiahnuť emočnú autonómiu od svojich rodičov , získať a zaujať akceptovanú pozíciu vo vrstovníckej skupine, pripraviť sa na budúce povolanie a životnú cestu, či si založiť uspokojivý sexuálny vzťah. Počas tohto zložitého obdobia sa niektorí dospievajúci snažia zmäknúť, alebo aspoň zmierniť intenzitu problémov užívaním drog, aby namiesto toho riešili zložitú vývinovú úlohu. Drogová kariéra však proces dospievania zásadným spôsobom brzdí a schopnosti v riešení vývinových úloh škodí. Ako ďalej uvádza, sú predpoklady, ktoré hovoria, že ukončenie drogovej kariéry je pravdepodobnejšie a ľahšie , ak má závislý možnosť sa s nevyriešenými

a odloženými vývinovými úlohami vyrovnávať a nakoniec ich aj vyriešiť. Pobyt v resocializačnom stredisku mu v tom poskytuje podporu a je tak mimoriadnym pridaným prostriedkom sociálnej podpory, ktorú nevyhnutne potrebuje k tomu, aby sa zameškané vývinové úlohy mohli riešiť.

Proces dospievania je typický turbulentným obdobím, kedy môžeme hovoriť o stave, že ide akoby chvíľu o dieťa a chvíľu o dospelého, ktorý sa v tomto stave potrebuje podľa nášho názoru nevyhnutne zorientovať tak, aby proces ktorým prebieha bol preňho čo najmenej traumatizujúci a v prostredí, ktoré mu poskytne priestor i atmosféru pochopenia a podpory, či ochrany. Za optimálnych okolností takýmto prostredím býva dobre fungujúca rodina. V prípade závislých umiestnených do resocializačného strediska je nevyhnutné, aby túto zložitú úlohu dokázal suplovať odborný personál a dobre fungujúci komunitný systém strediska, ktorý môže byť výrazne podporujúcim.

Špecifiká práce so závislými deťmi musia nevyhnutne rešpektovať tento stav aj vzhľadom na skutočnosť, že deti vstupujú do resocializačného procesu častejšie ako dospelí pod tlakom rodiny, alebo inštitúcie, dôsledkom čoho u nich často absentuje silná vnútorná motivácia k osobnej zmene. Ich liečba kladie vysoké nároky na vzájomné prepojenie a komunikáciu s rodinou, úradmi, okrem toho je nevyhnutné pre nich zabezpečiť program na vzdelávanie a sociálne učenie, ktorý zodpovedá ich veku a je často determinovaný zákonom. (Kalina, 2008)

V súvislosti s týmto stavom existujú i podľa Kalinu autori, ktorí neodporúčajú začleňovať mladistvých do programov terapeutickkej komunity s dospelými vzhľadom na ich špecifické charakteristiky a potreby. S týmto tvrdením nesúhlasíme a máme za to, že dobre vedená práca personálu, vedomá si všetkých rizík zmiešanej komunity dokáže efektívne plánovať a realizovať program tak, aby zmiešaná komunita dospelých a mladistvých bola vzájomnou výhodou jej členov vo viacerých faktoroch. Za najpodstatnejšie považujeme vzájomný proces sociálneho učenia a odovzdávania si vedomostí a skúseností, ktorý smeruje k vzájomnej akceptácii a pochopeniu rozdielnych vekových skupín. Za kľúčovú výhodu zmiešanej komunity považujeme i simuláciu skutočného spoločenského života, ktorý je čo najbližšie k reálnemu spoločenskému životu a možnosti konfrontácie s uvedenými rozdielmi pod dohľadom odborného personálu. Separované vekové skupiny považujeme za umelé podmienky, ktoré môžu byť podobne ako sa to stáva v inštitúciách takéhoto typu za kontraproduktívne s cieľmi smerujúcimi k optimalizácii dospievania.

Význam resocializačného procesu vidíme v špecificky stanovených cieľoch, ktoré vychádzajú z operačného manuálu TK Karlov (SANANIM-TKK, 2004). Tie spočívajú v konštruktívnom zvládnutí obdobia dospievania, vytvárania hodnotového systému a zmena základných životných postojov, príprave na partnerstvo, stabilizáciu vzťahov v rodine a v porozumení mechanizmom fungovania rodiny, v príprave na profesijný život, motivácii k ďalšiemu vzdelávaniu a získaní kvalifikácie. S týmito cieľmi priamo súvisia i rovnakou organizáciou stanovené špecifické charakteristiky programu, ktorý sa viac ako v práci s dospelými zameriava na utváranie hodnotového systému, získavanie základných sociálnych a pracovných schopností, prípravu na samostatný život, plánovanie, zodpovednosť, vytváranie dospelých vzorcov správania, trávenie voľného času, zvyšovanie fyzickej kondície, profesijné smerovanie, na prácu s rodinou, kde je rodina intenzívne zapojená do procesu resocializácie.

Nároky na zvládnutie uvedených cieľov a programov musia nevyhnutne rezultovať do maximálnej profesionalizácie personálu, ktorý disponuje takými etickými hodnotami jednotlivých profesií, že dávajú záruku uvedomenia si moci personálu nad mladistvými, ktorí nemajú možnosť sa v prípade zneužitia moci slobodne rozhodnúť a z resocializačného programu odísť tak, ako to môžu dospelí.

### **Etika personálu a etické hodnoty sociálnej práce**

Pre členov tímu v resocializačných strediskách vychádzajú základné povinnosti, ktoré determinujú úspech resocializačného procesu. Za kľúčové povinnosti sa považuje zabezpečenie kvality služieb a starostlivosti, pričom vzťah medzi členom tímu a klientom má byť profesionálny a je dôležité, aby tím bol dostatočne zrelý a schopný nakladať so zodpovednosťou, ktorá im je zverená. Všetci členovia tímu si musia byť vedomí, že ich profesia vyžaduje jasné odlíšenie role tímu a klientov (SANANIM 2004). Uvedený autor uvádza nasledovné etické požiadavky na personál, ktorý je záväzný počas výkonu služby rovnako mimo nej.

1. Správať sa ako zrelý a byť pozitívnym vzorom
2. Zachovávať všetky informácie o klientovi v tajnosti s ohľadom na platnú legislatívu a nariadenia

3. Poskytnúť každému klientovi kópiu práv klientov a uistiť sa, že všetky aspekty tohto prehlásenia sú zrozumiteľné a dodržiavané ako zo strany klienta, tak i zo strany tímu
4. Rešpektovať všetkých klientov a zachovávať s nimi profesionálny vzťah
5. Vykonávať službu bez ohľadu na rasu, vieru, náboženstvo, pohlavie, pôvod, sexuálnu orientáciu, vek, poruchy, politickú príslušnosť, predchádzajúcu kriminálnu činnosť, alebo majetkový status a rešpektovať klienta v prípade špecifických okolností
6. Rozpoznať, kedy je pre klienta najlepšia starostlivosť v inom zariadení
7. Zakázať sexuálny vzťah medzi členmi tímu a klientmi a s členmi klientovej rodiny
8. Zabrániť využívaniu klienta pre osobný zisk

Tieto základné etické pravidlá ďalej pokračujú v etickom kódexe i podrobne rozpracovanými právami klienta tak, aby mu boli zrozumiteľné a mohol sa v prípade akejkoľvek pochybnosti dožadovať ich dodržiavania zo strany personálu. Konkrétne sú uvedené v pracovnom preklade WFTCS Standards for Residential Treatment Services – Behavior Towards Clients. [www.wftc.org](http://www.wftc.org) prostredníctvom SANANIM(2004)

*V rámci jednotlivých profesií – vrátane sociálnej práce – sa odborníci na etiku zvyčajne snažia rozlišovať tie hodnoty, ktoré sú pre výkon danej profesie najpodstatnejšie a bez ktorých by v nej chýbalo niečo zásadné. Tieto bývajú označené za kľúčové. Ich výber je pomerne zložitý a závisí od množstva faktorov. Ak nastane v profesijnej komunite zhoda s ich výberom, bývajú ťažiskom profesijného etického kódexu v danej krajine alebo inštitúcii (Mátel, 2012, 99 s.). Z hľadiska definovania, ako ďalej uvádza Mátel, chápeme profesijné hodnoty sociálnej práce ako presvedčenia profesijnej komunity o žiaducich cieľov a žiaducom správaní sociálnych pracovníkov (a asistentov sociálnej práce), ktoré k týmto cieľom vedie. Hodnoty sociálnej práce sú považované za hlavné aspekty profesionálnej socializácie sociálnych pracovníkov. Sú to primárne normy, s ktorými majú byť uzrozmene profesijné skupiny a majú sa ich pridržovať. Tým sa vyjadruje odlišnosť od osobných hodnôt, ktoré nemôžu byť zdieľané všetkými členmi profesie.*

Je zrejmé, že teoretické znalosti zapracovaných v akýchkoľvek etických kódexoch jednotlivých profesií ešte nezakladá, že ich znalosť bude smerovať i k rozhodovaniu vo svojich profesijných činnostiach tak, aby bola v konaní rozhodujúca. Za rozhodujúce v konaní pri práci považujeme kľúčové hodnoty jednotlivých členov tímu, s ktorými sú zosobnení a majú ich ako súčasť svojej nie len profesijnej cesty, ale i životnej. Za také sa považujú podľa Mátela (2012), napríklad ľudské práva a ľudská dôstojnosť, sociálna spravodlivosť, služba, dôstojnosť a hodnota človeka, dôležitosť ľudských vzťahov, integrita, kompetencia, integrita v profesionálnej praxi, dôvernosc v profesionálnej praxi, úcta k osobám, humanizmus, či sociálna aktivita, mobilita a flexibilita a ďalšie. Odbor sociálna práca je súčasťou resocializačného procesu a má v ňom nezastupiteľnú úlohu vo viacerých oblastiach aplikácie jednotlivých programov, ktoré smerujú k naplneniu cieľov resocializácie, preto považujeme za dôležité, aby sme i z etického hľadiska uviedli smerovanie odboru sociálna práca.

Dodržiavanie uvedených pravidiel a hodnôt jednotlivých profesií a sociálnej práce môže byť predpokladom úspešnej profesijnej činnosti i v resocializačných strediskách a dá sa predpokladať, že by nedošlo tak, ako to je na Slovensku aktuálne k žiadnym pochybnostiam nad kvalitou výkonu opatrení, či podozreniam z porušovania nie len profesijných, ale i etických zásad tímu v resocializačnom procese.

### **Etické reflexie na aktuálnu prax s maloletými a mladistvými**

V súčasnosti sa už niekoľko mesiacov medializuje na Slovensku prostredníctvom viacerých elektronických, televíznych i printových médií podozrenie zo sexuálneho zneužívania maloletých, či mladistvých klientov personálom v jednom z resocializačných stredísk na Slovensku. Okrem tohto podozrenia, ktoré je prostredníctvom médií komunikované ako opakované s údajnou vedomosťou riadiacich pracovníkov strediska sa objavujú i podozrenia zo šikanovania, či psychického a fyzického násillia spôsobom, ktorý porušuje i ďalšie ľudské práva, alebo ponizuje ľudskú dôstojnosť.

Na základe medializácie sa spustil proces prešetrovania a preverovania jednotlivých podozrení, výsledkom čoho je aktuálne rozhodnutie akreditačnej komisie o návrhu na odobratie akreditácie a teda zastavenie činnosti resocializačného strediska.

Uvedený stav vedie k mnohým otázkam a prehodnocovaniu, či resocializačný proces v aktuálnom stave je účinný, či má zmysel, či súčinnosť jednotlivých častí je dostatočná, či výkon kontrolnej činnosti je systémovo dostatočný a mnoho ďalších otázok a pochybností, ktoré aktuálne pod tlakom médií môžu zásadným spôsobom spochybniť význam resocializačného procesu u tých, ktorí ho naozaj potrebujú a v zásade je pre nich jediným východiskom ako riešiť či už vlastnú závislosť, či závislosť člena rodiny, alebo blízkeho.

Reakcie zodpovedných za výkon opatrení sú pomerne často smerované k politizácii podozrení a tým sa akoby nezvýrazňujú skutky, ktoré možno niekto vykonal pri výkone svojej profesie. tento stav môže ohroziť i fungovanie ostatných resocializačných stredísk a spochybniť význam ich existencie napriek tomu, že ich je takmer dve desiatky a aktuálne sa v nich vykonávajú kontroly, ktoré zatiaľ nepreukázali, že sa v nich nedodržiavajú legislatívne, či profesionálne požiadavky kladené na výkon opatrení. paradoxne sa zatiaľ k uvedenému stavu okrem jediného nevyjadrilo žiadne resocializačné stredisko, ktoré by jednoznačne vyjadrilo svoju profesionalitu, či nesúhlas s podozreniami v prípade, že by sa preukázali. V kauze sú činné aj orgány činné v trestnom konaní, bolo zverejnených množstvo výpovedí svedkov, či rodinných príslušníkov, ktoré potvrdzujú niektoré s podozrení, napríklad fyzické, či psychické týranie mladistvých a maloletých závislých.

Podľa nášho názoru vzhľadom na aktuálny stav považujeme za dôležité, aby v záujme ochrany zdravia a života dieťaťa boli preferované profesionálne prístupy všetkých zainteresovaných do výkonu opatrenia i orgánov činných v trestnom konaní.

S opretím sa o etické štandardy a hodnoty zastávame názor, že do procesu nepatrí politika, ale profesionálny prístup. To znamená, že na zabezpečenie zdravého vývinu závislého dieťaťa je nevyhnutné v prípade podozrenia z akéhokoľvek druhu týrania a zneužívania bezodkladne zabezpečiť, aby bol týraný oddelený od týraného.

V záujme zabezpečenia korektného vyšetrovania považujeme za dôležité využívať zabezpečovacie inštitúty, ktoré majú zabrániť možnosti ovplyvňovania nie len svedkov, ale i priamo aktérov možného konania, samozrejme s rešpektovaním prezumpcie neviny. Môžeme predpokladať, že v takomto prípade by sa zásadným spôsobom mohla znížiť i mediálna kampaň politizácie.

Ak sa mediálne zverejnené činy naozaj stali máme za to, že nejde o žiadnu politiku, ale výhradne o porušenie profesijných zásad, etických štandardov a hodnotovej orientácii aktérov, ktoré nie sú vhodné pre výkon praxe v resocializačnom stredisku.

## **Záver**

V príspevku sme predstavili význam a ciele resocializačného procesu so špecifickou cieľovou skupinou maloletých a mladistvých s dôrazom na etické štandardy všetkých profesií, ktoré sa na plnení resocializačných programov podieľajú, napríklad sociálnych pracovníkov, či asistentov sociálnej práce, pracovných inštruktorov, psychológov, psychiatrov, špeciálnych pedagógov, ktorých etické zásady a ich vlastné hodnoty ako profesijné, tak osobné ovplyvňujú naplnenie cieľov resocializačného procesu pri výkone opatrení i v dobrovoľnom resocializačnom pobyte dospelých. Predstavili sme i aktuálny stav medializácie z možného porušovania uvedených zásad a zaujali svoje vlastné profesijné i etické reflexie.

Podľa nášho názoru je uvedený stav zlyhaním ľudského faktoru a nemôže spochybňovať význam resocializačného procesu na Slovensku. Systém výkonu opatrení je podľa nás kvalitne rozpracovaný a je množstvo možností, ako dohliadať a kontrolovať jeho zákonný a profesionálny výkon.

Nadobudli sme presvedčenie, že pre výkon pomáhajúcich profesií je nevyhnutné pracovať s etickými zásadami, vedieť identifikovať v jednotlivých profesiách i v sociálnej práci kľúčové hodnoty pracovníkov v praxi a na základe ich identifikácie pokračovať v zdokonaľovaní jednotlivých profesií a sociálnej práce.

## **Zoznam citovanej literatúry**

KALINA, K. Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikácie v liečbe závislosti. Praha Grada Publishing, a.s. 2008. ISBN 978-80-247-2449-2

MÁTEL, A. a kol. Etika sociálnej práce. 2. vyd. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2012. ISBN 978-80-8132-045-3.



Slovenská komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce. Etický kódex sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce. Dostupné na: <<http://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialna-praca/>>.

SANANIM(2004) v pracovnom preklade WFTCS Standards for Residential Treatment Services – Behavior Towards Clients. [www.wftc.org](http://www.wftc.org)

*Príspevok vznikol v rámci riešenia projektu VEGA 1/0335/15 Identifikovanie profesijných hodnôt sociálnej práce v Slovenskej republike.*

## **Kontakt**

doc. PhDr. Tibor Roman, PhD.

VŠZaSP Sv. Alžbety, Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna

[romantibor@gmail.com](mailto:romantibor@gmail.com)





Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú.  
**DOMÁCÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**  
*volný tým*



#### KDO JSME

Jsme tým zkušených všeobecných sester, které **mají rády svou práci**. Vztah k tomu, co děláme, totiž považujeme za stejně důležitý jako **odbornou zdatnost**. Inspirovány úspěšným vzorem v zahraničí fungujeme jako tzv. volný tým sester. Svou práci si organizujeme samy podle potřeb našich pacientů. Věříme, že když je spokojený pacient, je spokojená i sestra. A naopak. Zdravotní ústav Most k domovu, pod jehož garancí pracujeme, se dlouhodobě věnuje odborné pomoci lidem, kteří se léčí doma. Ústav poskytuje domácí ošetřovatelskou péči, pečovatelskou službu a také mobilní specializovanou paliativní péči (tzv. domácí hospic). Víme proto, jaká jsou **specifika péče v domácím prostředí**, a umíme si poradit s řadou situací.

#### JSTE TO VY?

Hledáme samostatnou sestru, která má chuť spoluvytvářet nový způsob poskytování domácí ošetřovatelské péče inspirovaný úspěšnými projekty tohoto typu v zahraničí. Tým maximálně 10 sester v něm pracuje pod vlastním společným vedením a jeho cílem je profesionální a empatická péče o pacienta a spokojenost sester.

#### JAKÁ BY MĚLA BÝT VAŠE ZKUŠENOST A KVALIFIKACE?

- minimální kvalifikace všeobecná sestra
- způsobilost práce bez odborného dohledu
- praxe u lůžka minimálně 3 roky
- schopnost práce na PC (tablet) – internet, MS Office
- empatický přístup, široké komunikační dovednosti
- časová flexibilita
- tvůrčí schopnosti pro rozvoj služby
- řidičský průkaz skupiny „B“

#### CO VÁM NABÍZÍME?

- svobodu a zodpovědnost: možnost organizovat si práci jinak, než bývá zvykem – tým sester si organizuje práci a způsob fungování pracoviště sám na základě týmové shody – bez přímého vedení
- možnost od začátku ovlivňovat podobu projektu a výběr dalších členů týmu
- zázemí pro vznik týmu domácí ošetřovatelské péče pro oblast Praha-západ s pracovištěm v Mníšku pod Brdy
- zkušenosti a know-how Zdravotního ústavu Most k domovu, který domácí ošetřovatelskou péči zajišťuje již 8 let
- adaptační období, v němž se každý nový člen učí principům samostatné práce

**Pokud se chcete stát členem našeho volného týmu, napište nám nebo zavolejte.**

**Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú.**

Václava Rady 1465/2, Praha-Zbraslav

**tel.:** 226 254 530, **e-mail:** os@mostkdomovu.cz, **web:** www.mostkdomovu.cz

**Dostupné zdarma on-line na adrese:**

[http://www.vszsp.cz/dokumenty/sbirka\\_odbornych\\_praci\\_k\\_10\\_vyroci.pdf](http://www.vszsp.cz/dokumenty/sbirka_odbornych_praci_k_10_vyroci.pdf)



ISBN 978-80-88206-00-2



9 788088 206002