

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek  
*Rada SK SaPA pre sestry pracujúce v NZZ*

Katolícka univerzita v Ružomberku  
*Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce*

Slovenská komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce

## **XIII. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB**

Zborník z XIII. celoslovenskej konferencie sestier  
pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb s medzinárodnou účasťou

**Irena Kamanová - Lenka Štefáková (eds.)**

**Bratislava 2016**

### **XIII. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS**

---

XIII.CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB – Recenzovaný zborník z XIII. celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb s medzinárodnou účasťou

#### **Editori:**

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD. MHA.

PhDr. Lenka Štefáková, PhD.

#### **Recenzenti zborníka**

Prof. nadzw. dr hab Ewa Kucharska

PhDr. Margita Kosturíková

#### **Recenzenti príspevkov**

Prof. nadzw. dr hab Ewa Kucharska

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD. MHA.

PhDr. Margita Kosturíková

Mgr. Renata Spyrka Chlipała

MUDr. Anna Šaffová, PhD.

Ing. Miroslav Špánik, PhD.

Mgr. Ing. Martina Špániková, PhD.

PhDr. Lenka Štefáková, PhD.

PhDr. Miroslava Tokovská, PhD.

#### **Jazyková úprava**

Za obsah a jazykovú stránku príspevkov zodpovedajú jednotliví autori, neprešlo jazykovou úpravou.

© Všetky práva vyhradené.

Žiadna časť publikácie sa nesmie reprodukovať do informačných systémov, alebo inak rozširovať bez predchádzajúceho písomného súhlasu ich autorov.

#### **Vydavateľstvo**

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Bratislava 2016

**ISBN 978-80-89542-61-1**

**EAN 9788089542611**

**OBSAH**

---

|   |    |
|---|----|
| ÚVOD .....  | 6  |
| POZVANÉ PRÍSPEVKY .....   | 7  |
| SOCIÁLNE SLUŽBY PRE KLIENTOV S DG. SCLEROSIS MULTIPLEX<br>SOCIAL SERVICES FOR CLIENTS WITH DG. SCLEROSIS MULTIPLEX<br>Anna Šaffová, Irena Kamanová .....  | 8  |
| SPOLUPRÁCA BEZ RIVALITY V NÓRSKYCH SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH<br>COOPERATION WITHOUT RIVALRY IN SOCIAL SERVICES IN NORWAY<br>Miroslava Tokovská, Anna Chalachanová .....                                 | 18 |
| PRIHLÁSENÉ PRÍSPEVKY .....  | 26 |
| TÍMOVÁ PRÁCA, AKO KLÚČOVÝ MOMENT PREPÁJANIA PROCESOV V<br>ZARIADENÍ SUBSIDIUM<br>TEAM WORK AS A KEY MOMENT IN THE JOINED-UP DEVICE SUBSIDIUM<br>Lubica Chochoľová .....                           | 27 |
| DEZINFEKČIA RÚK – PREVENČIA NOZOKOMIÁLNYCH NÁKAZ<br>HAND DISINFECTION - PREVENTION NOSOCOMIAL INFECTIONS<br>Eva Dohňanská.....  | 31 |
| EMPATICKÝ PRÍSTUP A OŠETROVATEĽSTVO<br>EMPATHIC APPROACH TO AND NURSING<br>Eva Dohňanská.....   | 38 |
| MOTIVÁCIA SESTIER K PRÁCI SO SENIORMI<br>MOTIVATION TO NURSES WORKING WITH SENIORS<br>Gabriela Doktorová.....   | 49 |
| BARIÉRY V KOMUNIKÁČII PRI SOCIÁLNEJ REHABILITÁČII ĽUDÍ SO<br>ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM<br>BARRIERS TO COMMUNICATION DURING SOCIAL THERAPY<br>OF PEOPLE WITH DISABILITY<br>Margaréta Domiterová ..... | 55 |
| SPOLUPRÁCA ADOS S INŠTITÚCIAMI POSKYTUJÚCIMI SOCIÁLNE SLUŽBY<br>COOPERATION ADOS WITH INSTITUTIONS PROVIDING SOCIAL SERVICES<br>Alena Dziacka, Andrea Botíková.....                               | 62 |

### XIII. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

---

|   |     |
|---|-----|
| KONCEPT POSKYTOVANIA KVALIFIKOVANEJ DLHODOBEJ INTEGROVANEJ SOCIÁLNO-ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI<br>V ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB BORINKA V NITRE<br>CONCEPT PROVIDING QUALIFIED LONG-TERM INTEGRATED SOCIO-HEALTH CARE IN SOCIAL SERVICE BORINKA NITRA<br>Patricia Ďurianová, Renáta Palacková ..... | 67  |
| INDIVIDUÁLNY PRÍSTUP K POTREBÁM PRIJÍMATEĽOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB<br>INDIVIDUAL APPROACH TO SOCIAL SERVICES RECIPIENTS' NEEDS<br>Vladimíra Gardianová .....   | 73  |
| MEDIÁCIA - SPÔSOB RIEŠENIA KONFLIKTOV NA PRACOVISKU<br>MEDIATION- THE WAY HOW TO SOLVE A PROBLEMS IN THE WORKPLACE<br>Markéta Gašajová .....  | 80  |
| PRECHOD Z INTENZÍVNEJ LIEČBY A STAROSTLIVOSTI NA PALIATÍVNU LIEČBU A STAROSTLIVOSŤ<br>TRANSITION FROM INTENSIVE TREATMENT AND CARE FOR THE PALLIATIVE TREATMENT AND CARE<br>Helena Gondárová – Vyhničková, Andrea Bratová, Milan Laurinc, Monika Matejová .....                                     | 85  |
| KVALITA ŽIVOTA SENIORA V SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH NA SLOVENSKU<br>THE QUALITY OF LIFE OF SENIORS IN SOCIAL SERVICES IN SLOVAKIA<br>Irena Kamanová, Renata Spyрка Chlipala .....  | 91  |
| INŠTITUCIONÁLNA STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV<br>INSTITUTIONAL CARE FOR THE ELDERLY<br>Irena Kamanová, Veronika Plevová .....  | 99  |
| MULTIDISCIPLINÁRNY TÍM A JEHO FUNGOVANIE V PROCESE INDIVIDUÁLNEHO PLÁNOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB<br>MULTIDISCIPLINARY TEAM AND ITS FUNCTIONING IN THE PROCESS OF INDIVIDUAL PLANNING OF SOCIAL SERVICES<br>Kristína Pekarová, Zuzana Pekarová .....  | 104 |
| KVANTITATÍVNY MODEL PSYCHOSOCIÁLNYCH KOMPETENCIÍ VEDÚCEJ SESTRY ZALOŽENÝ NA KONCEPTE MATICE ZNALOSTNÝCH PRACOVNÍKOV<br>PSYCHOSOCIAL COMPETENCIES QUANTITATIVE MODEL OF HEAD NURSE BASED ON THE CONCEPT OF KNOWLEDGE WORKERS<br>Miroslav Špánik .....  | 113 |
| VÝZNAM SOCIÁLNO-PSYCHOLOGICKÉHO VÝCVIKU V PRÁCI SESTIER<br>THE IMPORTANCE OF SOCIAL-PSYCHOLOGICAL TRAINING OF NURSES<br>Martina Špániková .....   | 123 |

### XIII. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

---

|  |     |
|--|-----|
| ČINNOSŤ SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA AKO ČLENA<br>MULTIDISCIPLINÁRNEHO TÍMU V ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB<br>ACTIVITIES OF SOCIAL WORKER AS A MEMBER OF A MULTIDISCIPLINARY<br>TEAM IN SOCIAL SERVICES<br>Lenka Štefáková..... | 130 |
| TRÉNING PAMÄTI A JEHO VYUŽITIE V NEFARMAKOLOGICKEJ TERAPII PRI<br>ALZHEIMEROVEJ CHOROBE<br>TRAINING MEMORY AND ITS USE IN THE PHARMACOLOGICAL TREATMENT<br>OF ALZHEIMER'S DISEASE<br>Helena Vavrúšová.....               | 139 |
| ABSTRAKTY Z NEPUBLIKOVANÝCH PRÍSPEVKOV .....   | 146 |
| BEZ SIVÉHO ZÁKALU JE SVET FAREBNEJŠÍ<br>WITHOUT CATARACT IS THE WORLD MORE COLORFUL<br>Alena Camberová, Jana Funiaková.....  | 147 |
| APLIKOVANÁ SOCIÁLNA POMOC V KOMUNITE<br>APPLIED SOCIAL ASSISTANCE COMMUNITY<br>Mária Kollárová .....   | 148 |
| ZÍSKANÁ ODBORNÁ SPÔSOBILOSŤ NA VÝKON ZDRAVOTNÍCKEHO<br>POVOLANIA SESTRA<br>ACQUISITION OF PROFESSIONAL QUALIFICATIONS FOR THE<br>PERFORMANCE OF THE MEDICAL PROFESSION NURSE<br>Jana Slováková.....                      | 149 |
| PREPISY POSTEROV .....   | 150 |
| NOZOKOMIÁLNA NÁKAZA<br>NOSOCOMIAL INFECTIONS<br>Helena Gondárová – Vyhničková, Andrea Bratová, Milan Laurinc.....  | 151 |
| SEPSA A OŠETROVATEĽSKÁ PRAX<br>SEPSIS AND NURSING CARE<br>Andrea Bratová, Olga Kulichová, Milan Laurinc, Helena Gondárová –<br>Vyhničková, .....   | 160 |

## ÚVOD

---

Vážené kolegyne a kolegovia,

pripravili sme pre Vás zborník v elektronickej podobe z XIII. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb s medzinárodnou účasťou uskutočnenej v dňoch 2. a 3. septembra 2016 v Ružomberku.

**Cieľom konferencie bola výmena skúsenosti pracovníkov v priamej práci s klientom, poukázať na špecifiká v rámci legislatívnych zmien.**

Nosnou témou konferencie boli multidisciplinárna spolupráca v sociálnych službách, multidisciplinárny tím v procese individuálneho plánovania sociálnych služieb a nájdenie odpovedí na otázku „Kto v ZSS poskytuje odbornú ošetrovateľskú starostlivosť?“.

V jednotlivých oblastiach tém boli prezentované teoretické a praktické poznatky z praxe a jednotlivých vedných odborov: ošetrovateľstvo, sociálna práca, medicína, manažment, pedagogika, psychológia, teológia, filozofia, právo... Zdôraznil sa fakt, že v sociálnych službách sa kladie dôraz na individuálne plánovanie služby so zapojením odborných pracovníkov: sestra, sociálny pracovník, zdravotnícky asistent, sanitár, opatrovateľ, špeciálny pedagóg, fyzioterapt... čím sa zdôraznila multidisciplinárna spolupráca.

V mene organizátorov konferencie ďakujeme Katolíckej univerzite za poskytnutie priestorov a pomoc pri organizácii a zároveň všetkým prispievateľom za aktívnu účasť, ktorí sa podieľali na úspešnom priebehu konferencie.

PhDr. Margita Kosturíková

Viceprezidentka pre NZZ SK SaPA

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD. MHA.

Členka predstavenstva Slovenskej komory SP a ASP

Členky organizačného výboru konferencie

**POZVANÉ PRÍSPEVKY**

---

## SOCIÁLNE SLUŽBY PRE KLIENTOV S DG. SCLEROSIS MULTIPLEX

### SOCIAL SERVICES FOR CLIENTS WITH DG. SCLEROSIS MULTIPLEX

Anna Šaffová, Irena Kamanová

#### **Abstrakt**

Čo je príčinou vzniku sclerosis multiplex dodnes nie je celkom jasné. Podľa súčasných poznatkov sa hovorí o viacerých zložkách, ktoré vzájomným spojením vytvoria podmienky pre vznik a rozvoj choroby. V príspevku autorky prinášajú čiastkové výsledky výskumu zameraného na saturovanie sociálnych potrieb pacientov/klientov s dg. sclerosis multiplex.

**Kľúčové slová:** kompenzácia, sclerosis multiplex, sociálne služby

#### **Abstract**

It is still not entirely clear what the cause of multiple sclerosis is. According to current knowledge it is due to number of elements which when joined together will create conditions for the cause and development of disease. The author refers to the partial results of research aimed at saturation of social needs of patients / clients with the diagnosis. multiple sclerosis.

**Keywords:** compensation, multiple sclerosis, social services

#### **Úvod**

Sclerosis multiplex (SM), roztrúsená mozgomiechová skleróza, je zápalové ochorenie centrálného nervového systému (CNS), v rozvoji ktorého majú dôležitú úlohu imunitné mechanizmy. Ochorenie má chronický priebeh a progresívny nárast neurologického deficitu. Patrí medzi najčastejšie neurologické ochorenia mladých dospelých, ktoré vedie k signifikantnej invalidizácii postihnutej osoby. Je hlavnou príčinou netraumatickej disability (zneschopnenia) u mladých dospelých. Sociálne náklady spojené so SM sú vysoké v dôsledku jej dlhého trvania, skorej straty produktivity, potreby asistencie pri výkone bežných denných činností, používania imunomodulačnej liečby a multidisciplinárnej zdravotnej starostlivosti (Pugliatti et al. 2006).



#### Liečba

Opodstatnenie včasného zahájenia imunomodulačnej liečby už po prvých symptómoch sclerosis multiplex vychádza z predpokladu, že týmto postupom možno nielen oddialiť výskyt ďalšieho ataku ochorenia, ale aj znížiť riziko zhoršovania trvalých následkov a pomôcť pacientovi v zachovaní jeho pracovnej schopnosti a realizovaní každodenných aktivít. Niekedy sa ľudia so sclerosis multiplex pýtajú, či majú začať s liečbou hneď, i keď symptómy ochorenia sú nevýrazné a celkovo sa cítia dobre a zdraví. Zdravotné postihnutie jednotlivca je sociálne nápadné a znevýhodňujúce, preto zaradenie do spoločnosti zdravých je ťažké.

Sclerosis multiplex sa nedá vyliečiť, ale dá sa liečiť. Cieľom liečby je udržať pacientovi čo najvyššiu kvalitu života a oddialiť progresiu ochorenia. Na to sa používa zvyčajne kombinácia rehabilitácie a medikamentózne liečby. Liečba sa nastavuje individuálne. Všetky lieky dostupné na Slovensku si pacienti podávajú formou injekcie alebo infúzie, alebo v tabletovej forme a sú plne hrazené zdravotnou poisťovňou.

#### Zmeny pri ochorení

Zmeny s príchodom ochorenia môžu byť sociálne, telesné a psychické. Pokiaľ hovoríme o **sociálnych zmenách**, hovoríme o ochoreniach, ktoré výrazne zasahujú do nášho života a dotýkajú sa takmer všetkých rolí ktoré človek zastáva či už doma, v zamestnaní, vo voľnom čase a podobne. Niektoré choroby končia vyliečením, iné však končia invalidizáciou. Medzi sociálne zmeny patria: Akútne ochorenie – je to náhle ochorenie, ktoré preruší všetky sociálne aktivity človeka. Chronické ochorenie – toto ochorenie sa rozvíja pomaly. Človek tu stráca niektoré kompetencie vo svojom živote. Symptómy v chorobe ho trápia dlhodobo a obmedzujú chorého v aktivite. Niekedy nevedie ani k zlepšeniu zdravotného stavu a človek je nútený odísť do invalidného dôchodku. Dostáva sa do sociálnej izolácie. **Telesné zmeny** sú zmeny, ktoré zhoršujú kvalitu života, obmedzujú jeho možnosti v rozvoji a znemožňujú mu samostatné fungovanie. Častým sprievodným príznakom je bolesť. Niektoré zmeny sú natoľko vážne, že chorý človek si musí osvojiť nové zručnosti ako napríklad pri strate zraku slepecké písmo. **Psychické zmeny** súvisia predovšetkým s prijatím ochorenia a s predstavou vlastného ohrozenia. Pridružujú sa tu aj obavy súvisiace so zmenami rolí a často prichádza aj frustrácia. Psychické zmeny sa chápu na rovine rozumovej ako aj emočnej. Emócie často spôsobujú problémy pri komunikácií, a to predovšetkým strach, plač, úzkosť, depresie, agresivita a pod.

#### Zdravotné postihnutie ako dôsledok ochorenia

Definícia zdravotného postihnutia založená na sociálnom modeli odmieta vymenovávanie rôznych postihnutí a nemocí, pričom jej podstatou je to, že za osoby so zdravotným postihnutím sú považované tie osoby, ktoré ich zdravotné postihnutie obmedzuje podstatne a dlhodobo pri výkone každodenných činností (Víšková, 2011).

Za fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím sa podľa zákona NR SR č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov sa považuje fyzická osoba, ktorej miera funkčnej poruchy<sup>1</sup> je najmenej 50 %. Za sociálny dôsledok ťažkého zdravotného postihnutia sa považuje znevýhodnenie, ktoré má fyzická osoba z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia v porovnaní s fyzickou osobou, ktorá je bez zdravotného postihnutia, je rovnakého veku, pohlavia a za rovnakých podmienok a ktorá nie je schopná z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia schopná prekonať sama.

#### Výskum

Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť, analyzovať a konkretizovať sociálne problémy<sup>2</sup> pacientov/klientov s ochorením skleróza multiplex. Identifikovať obmedzenia, ktoré vychádzajú z neuspokojovania sociálnych potrieb pacientov/klientov, s ktorými sa stretávajú v procese diagnostikovania ochorenia, v procese liečby, počas rehabilitácie.

Čiastkový cieľ:

- a) Konkretizovať reálne využívanie peňažných príspevkov na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a sociálnych služieb, ktoré umožňujú platné právne normy v danej oblasti v Slovenskej republike.

Výskumná otázka:

1. Ktoré podporné aktivity, kompenzáciu a sociálne služby využívajú osoby diagnostikované SM najčastejšie?

---

<sup>1</sup> Funkčná porucha podľa zákona č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch znamená nedostatok telesných, zmyslových, ako aj duševných schopností fyzickej osoby, ktorý z hľadiska predpokladaného vývoja zdravotného postihnutia bude trvať dlhšie ako dvanásť mesiacov. V dôsledku poruchy môže dôjsť k obmedzeniu vo výkone niektorých činností alebo môže viesť k znevýhodneniu pre každodenný život človeka.

<sup>2</sup> Sociálne potreby podľa Boroša (2001) veľmi úzko súvisia so sociálnym kontaktom a sociálnou percepciou. Človek má širokú škálu sociálnych potrieb, k najdôležitejším patria: **potreba identifikácie (stotožnenia sa), potreba prestíže, potreba afiliácie, potreba poznania, potreba vplyvu...**

**Predmetom výskumu** boli sociálne problémy, ktoré môže vyvolávať neurologické ochorenie sklerózy multiplex. **Objektom výskumu** boli pacienti dispenzarizovaní v špeciálnej neurologickej ambulancii pre sclerosis multiplex v Ústrednej vojenskej nemocnici **SNP Ružomberok**, Fakultnej nemocnici. Skúmaný súbor bol 93 respondentov, z toho 63 (65,6 %) žien a 30 (31,3 %) mužov,

Použili sme **metódu** dotazníka RAND 36 – Item Health Survey (SF 36) – široko používaný nástroj na zisťovanie kvality života v súvislosti s zdravím. Bol navrhnutý pre použitie v klinickej praxi – pre screening jednotlivých pacientov, výskum a monitorovanie kvality života špecifických a všeobecných populácií. **Oblasti zamerania:** dotazník obsahuje 36 položiek rozdelených do 8 dimenzií. Jednotlivé dimenzie sú: fyzické fungovanie, fyzické obmedzenie, telesná bolesť, všeobecné zdravie, vitalita, sociálne fungovanie, emočné problémy, duševné zdravie.

#### Čiastkový výsledok výskumu

Pri postupe, zhoršovaní, rozvíjaní sa základnej diagnózy a jednotlivých obmedzení, ktoré vyplývajú z ochorenia, sme sa zaujímali o názor vyhľadania jednotlivých foriem sociálnej pomoci podľa jednotlivých subsystémov sociálneho zabezpečenia v Slovenskej republike. Formy sociálnej pomoci sú: sociálna prevencia, sociálne poradenstvo, sociálno-právna ochrana, **sociálne služby, peňažné príspevky na kompenzáciu ŤZP, peňažný príspevok na opatrovanie**, dávka a príspevky v hmotnej núdzi.

Keďže ide o veľmi širokú a rôznorodú oblasť, zaujímali sme sa o využívanie vybraných druhov a foriem sociálnych služieb a vybranými peňažnými príspevkami na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia podľa legislatívnych noriem, a to zákona NR SR č. 447/2008 Z.z. o sociálnych službách a zákona NR SR č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Respondenti s vysokoškolským vzdelaním v najväčšej miere vyjadrili dostatok informácií z oblasti sociálnej pomoci (60 %) a zároveň v najmenej miere pociťovali ich nedostatok a potrebu (10 %). Zhruba 30 – 40 % osôb so stredoškolským, resp. učňovským vzdelaním malo dostatok informácií o sociálnej pomoci a vyše 1/3 z nich by tieto informácie potrebovala.

Tento znak sme skúmali ďalej podľa poberania dôchodku, poberatelia invalidného dôchodku pociťovali vo väčšej miere dostatočnú informovanosť o sociálnej pomoci (59 %) a iba 1/5

### XIII. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

z nich by tieto informácie potrebovala. Na druhej strane 20 % tých, čo nepoberajú invalidný dôchodok, malo dostatok informácií o sociálnej pomoci. Zhruba 40 % z nich by tieto informácie aj potrebovalo. Medzi poberateľmi a nepoberateľmi invalidného dôchodku sme zistili štatistiky signifikantné rozdiely v miere a potrebe informovanosti o sociálnej pomoci ( $\chi^2(2)=14,59$ ;  $p=0,001$ ). Medzi poberaním invalidného dôchodku a mierou a potrebou informovanosti sme zistili stredne veľkú súvislosť (Cramerovo  $V=0,396$ ).

Zhruba 47 % mužov a 37 % žien vyjadrilo dostatok informácií z oblasti sociálnej pomoci, pričom asi 27 % mužov a 34 žien by potrebovalo takéto informácie. Celkovo sa muži a ženy štatisticky signifikantne nelíšili v informovanosti a potrebe informácií o sociálnej pomoci ( $\chi^2(2)=0,833$ ,  $p=0,659$ ).

#### Sociálne služby

**Tabuľka 1** Početnosť využívania sociálnych služieb

| Využívanie sociálnej služby | Odpovede |         | % prípadov |
|-----------------------------|----------|---------|------------|
|                             | N        | %       |            |
| Stravovanie                 | 2        | 2,2 %   | 2,2 %      |
| Rehabilitačné stredisko     | 2        | 2,2 %   | 2,2 %      |
| Prepravná služba            | 2        | 2,2 %   | 2,2 %      |
| Iné                         | 1        | 1,1 %   | 1,1 %      |
| Nevyužívam, ale potrebujem  | 20       | 22,5 %  | 22,5 %     |
| Nevyužívam a nepotrebujem   | 62       | 69,7 %  | 69,7 %     |
| SPOLU                       | 89       | 100,0 % | 100,0 %    |

Až 70 % respondentov sa vyjadrilo, že nevyužíva a ani nepotrebuje sociálne služby (70 %).

Na druhej strane asi 23 % respondentov nevyužíva sociálne služby, ale by ich potrebovalo.

**Tabuľka 2** Opakované peňažné príspevky na kompenzáciu

| Opakované príspevky               | Odpovede |         | % prípadov |
|-----------------------------------|----------|---------|------------|
|                                   | N        | %       |            |
| Na osobnú asistenciu              | 7        | 7,6 %   | 8,9 %      |
| Na prepravu                       | 21       | 22,8 %  | 26,6 %     |
| Na kompenzáciu zvýšených výdavkov | 14       | 15,2 %  | 17,7 %     |
| Na opatrovanie                    | 3        | 3,3 %   | 3,8 %      |
| Nepoberám, ale potrebujem         | 21       | 22,8 %  | 26,6 %     |
| Nepotrebujem                      | 26       | 28,3 %  | 32,9 %     |
| SPOLU                             | 92       | 100,0 % | 116,5 %    |

### XIII. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Takmer 1/3 respondentov sa vyjadrila, že nepoberá opakované príspevky na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a zhruba 23 % uviedlo, že ich nepoberá, ale potrebovala by ich. 23 % respondentov uviedlo, že má priznaný opakovaný príspevok na prepravu.

**Tabuľka 3** Jednorazové peňažné príspevky na kompenzáciu

| Jednorazové príspevky               | Odpovede  |                | % prípadov     |
|-------------------------------------|-----------|----------------|----------------|
|                                     | N         | %              |                |
| Na kúpu pomôcky                     | 8         | 9,8 %          | 11,1 %         |
| Na úpravu pomôcky                   | 1         | 1,2 %          | 1,4 %          |
| Na opravu pomôcky                   | 1         | 1,2 %          | 1,4 %          |
| Na kúpu zdvíhacieho zariadenia      | 1         | 1,2 %          | 1,4 %          |
| Na kúpu osobného motorového vozidla | 6         | 7,3 %          | 8,3 %          |
| Na úpravu bytu                      | 6         | 7,3 %          | 8,3 %          |
| Na úpravu rodinného domu            | 3         | 3,7 %          | 4,2 %          |
| Na úpravu garáže                    | 1         | 1,2 %          | 1,4 %          |
| Nepoberám, ale potrebujem           | 26        | 31,7 %         | 36,1 %         |
| Nepotrebujem                        | 29        | 35,4 %         | 40,3 %         |
| <b>SPOLU</b>                        | <b>82</b> | <b>100,0 %</b> | <b>113,9 %</b> |

Každý tretí respondent sa vyjadril, že nepožiadal o jednorazový príspevok a zhruba 1/3 uviedla, že nepožiadala/a, ale potreboval/a by ich. Najčastejšie respondenti požiadali o jednorazové príspevky na kúpu pomôcky (10 %) a úpravu bytu (7 %). Tento znak sme skúmali druhostupňovým triedením, zaujímali sme sa, v ktorých **sebaobslužných činnostiach** potrebujú respondenti pomoc: pri osobnej hygiene 90 % respondentov nepotrebuje pomoc; pri jedle 91 % nepotrebuje pomoc, 9 % potrebuje pomoc čiastočne; pri mobilite 87 % nepotrebuje pomoc, 13 % pomoc potrebuje čiastočne; pri kontakte s prostredím (samostatným pohybom) 63 % nepotrebuje pomoc, 37 % potrebuje pomoc.

#### Výsledky výskumu

V našom príspevku vyberáme výsledky len na jednu výskumnú otázku: **Ktoré podporné aktivity, kompenzáciu a sociálne služby využívajú osoby diagnostikované SM najčastejšie?**

**Podporné skupiny:** Muži (41 %) aj ženy (48 %) vyjadrili názor, že majú záujem stretnúť sa v rámci centra pre liečbu SM s rehabilitačným pracovníkom a následne buď s iným pacientom (28 %, resp. 18 %), alebo psychológom (24 %, resp. 18 %). Takmer 28 % mužov i žien by nemalo záujem stretnúť sa so žiadnou s uvedených osôb. Najmenší záujem o stretnutie uviedli spoločne muži aj ženy s kňazom.

**Peňažné príspevky na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia:** Takmer 1/3 respondentov sa vyjadrila, že nepoberá opakované príspevky a zhruba 23 % uviedlo, že ich nepoberá, ale potrebovala by ich. 23 % respondentov uviedlo, že má priznaný opakovaný príspevok na prepravu. Každý tretí respondent sa vyjadril, že nepožiadala o jednorazový príspevok a zhruba 1/3 uviedla, že nepožiadala/la, ale potreboval/la by ich. Najčastejšie respondenti požiadali o jednorazové príspevky na kúpu pomôcky (10 %) a úpravu bytu (7 %). Tento znak sme skúmali druhostupňovým triedením, kde sme sa zaujímali, v ktorých sebaobslužných činnostiach potrebujú respondenti pomoc, kde: pri osobnej hygiene 90 % respondentov nepotrebuje pomoc; pri jedle 91 % nepotrebuje pomoc, 9 % potrebujem pomoc čiastočne; pri mobilite 87 % nepotrebuje pomoc, 13 % pomoc potrebuje čiastočne; pri kontakte s prostredím (samostatným pohybom) 63 % nepotrebuje pomoc, 37 % potrebuje pomoc. Výsledky výskumu nám jednoznačne poukazujú na potrebu opakovaného príspevku na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia súvisiaceho so zvýšenými výdavkami na prepravu.

#### **A) Peňažný príspevok na prepravu.**

Podľa zákona č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu §36 sa poskytuje príspevok na prepravu. Príspevok slúži na zabezpečenie prepravy osoby s ŤZP odkázanej na individuálnu prepravu osobným vozidlom na jej pracovné, vzdelávacie, rodinné alebo občianske aktivity. Poskytuje sa osobe s ŤZP, ktorá nie je schopná premiestniť sa k vozidlu verejnej dopravy osôb a samostatne doň nastúpiť a následne sa v ňom udržať, z dôvodu ŤZP nie je schopná zvládať inú situáciu vo vozidle verejnej dopravy, napr. z dôvodu poruchy správania pri duševných ochoreniach, straty dvoch končatín a pod. ([www.upsvar.sk](http://www.upsvar.sk)).

Peňažný príspevok **nie je možné poskytnúť**, ak „sa osobe s ŤZP poskytuje peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov súvisiacich so zabezpečením prevádzky osobného motorového vozidla; je osoba s ŤZP vlastníkom alebo držiteľom osobného motorového vozidla; ak príjem osoby s ŤZP prevyšuje päť násobok sumy životného minima“ ([www.upsvar.sk](http://www.upsvar.sk)). Peňažný príspevok na prepravu podľa štatistiky Ústredia práce sociálnych vecí a rodiny bol v Žilinskom samosprávnom kraji v decembri 2012 poskytnutý 520 žiadateľom.

#### **B) Peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov súvisiacich s hygienou alebo s opotrebovaním šatstva, bielizne, obuvi a bytového zariadenia**

Príspevok je určený pre osoby s ŤZP na zmiernenie dôsledkov zvýšených výdavkov, ktoré súvisia s postihnutím FO. Výdavky sa týkajú bežnej osobnej hygieny, ako aj hygieny

v domácnosti a sú uvedené v Prílohe 6. Nárok na príspevok sa poskytuje osobe s ŤZP, ak je odkázaná podľa posudku na kompenzáciu zvýšených výdavkov alebo na základe rozhodnutia ÚPSVaR, ktorý vydá rozhodnutie o priznaní príspevku. Príspevok nie je možné poskytnúť osobe, ktorej sa poskytuje celoročná pobytová sociálna služba alebo osobe s ŤZP, ktorej príjem je vyšší ako trojnásobok sumy životného minima, čo predstavuje sumu 594,27 eur. Peňažný príspevok na zvýšené výdavky, ktoré súvisia so zvýšenou hygienou alebo s opotrebovaním šatstva, bielizne, obuvi a bytového zariadenia; so stravovaním; s prepravou podľa štatistiky Ústredia práce sociálnych vecí a rodiny bol v Žilinskom samosprávnom kraji v decembri 2012 poskytnutý 35 324 žiadateľom.

#### **C) Peňažný príspevok na osobnú asistenciu**

Peňažný príspevok na osobnú asistenciu je podľa zákona č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch poskytovaných FO s ŤZP, ktorá je na základe komplexného posudku odkázaná na osobnú asistenciu, je možné jej poskytnúť peňažný príspevok na osobnú asistenciu. Príspevok sa poskytuje osobám starším ako 6 rokov do dovŕšenia 65 roku. V prípade, ak bol príspevok poskytovaný FO s ŤZP pred dovŕšením 65 roku veku, tak sa môže poskytovať aj naďalej. Príspevok sa poskytuje aj v prípade, že ide o peňažný príspevok na kúpu pomôcky, ktorou je špeciálne vycvičený pes. Peňažný príspevok na osobnú asistenciu podľa štatistiky Ústredia práce sociálnych vecí a rodiny bol v Žilinskom samosprávnom kraji v decembri 2012 poskytnutý 888 žiadateľom.

Gašparíková (2008) uvádza, že občan, ktorý vykonáva osobnú asistenciu, musí spĺňať kritériá, ako je plnoletosť a musí mať spôsobilosť na právne úkony. Príspevok na osobnú asistenciu nie je možné poskytnúť osobe, ktorej sa poskytuje opatrovanie alebo opatrovateľská služba.

#### **Sociálna služba**

Sociálnu službu definuje zákon o sociálnych službách ako odbornú, obslužnú alebo ďalšiu činnosť, alebo ich súbor, ktorých cieľom je:

- prevencia vzniku nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity, jej riešenie alebo zmiernenie,
- zachovanie, obnova alebo rozvoj schopnosti viesť samostatný život a podporovať začlenenie do spoločnosti,
- zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb,
- riešenie krízovej sociálnej situácie,



- prevencia sociálneho vylúčenia.

Zákon ich delí podľa druhu a foriem, zaujímali sme sa o vybrané druhy sociálnych služieb, ktoré využívajú naši respondenti. Z jednotlivých výsledkov vyberáme, spoločné stravovanie (jeden muž a jedna žena), rehabilitačné stredisko ako pobytovú sociálnu službu využíva jedna respondentka a prepravnú službu využíva jeden muž a jedna žena. Dôležité bolo pre nás zistiť názor respondentov o potrebnosti – nepotrebnosti poskytnutia sociálnej služby. Potrebnosť vyjadrilo 13 žien a 6 mužov. Nepotrebnosť 39 žien a 21 mužov.

#### **Záver**

Dôležité je pri prechádzaní jednotlivými fázami prijatia vlastného ochorenia účasť v svojpomocnej skupine, preto táto kategória bola dôležitá v našom výskume. Poukázali sme na vybrané formy sociálnej pomoci – peňažné príspevky na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a niektoré sociálne služby.

#### **Bibliografia**

- BOROŠ, J. a kol. 1999. *Psychológia*. Bratislava : Iris, 1999. 270 s. ISBN 80-88778-87-5
- GAŠPARÍKOVÁ, D. 2008. Sociálne zabezpečenie III. Bratislava. VŠZaSP sv. Alžbety. 95. ISBN: 978-80-89271-41-2
- Pugliatti, M., Rosatia, G., Carton, H. et al. 2006. The epidemiology of multiple sclerosis in Europe. In *European Journal of Neurology*. ISSN 1468-1331, 2006, vol. 13, p. 700–722.
- SF-36.org (n.d.). Retrieved 24.7.2008, from A community for measuring health outcomes using SF tools Web site: [www.sf-36.org](http://www.sf-36.org).
- Víšková, L. *Diskriminace osob se zdravotním postižením aneb víme, koho a jak chceme vlastně před diskriminací chránit?* [online]. Multikulturní centrum Praha. 6 s. ISBN nemá. [cit. 23.01.2015, o 13.50 hod. ]. Dostupné na: <[http://www.mkc.cz/uploaded/antidiskriminace/Diskriminace\\_osob\\_s\\_postizenim\\_koho\\_chranit.pdf](http://www.mkc.cz/uploaded/antidiskriminace/Diskriminace_osob_s_postizenim_koho_chranit.pdf)>.

#### **Kontakt**

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku

Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok

e-mail: [irena.kamanova@ku.sk](mailto:irena.kamanova@ku.sk)



MUDr. Anna Šaffová, PhD.

Prednostka Neurologickej kliniky FN UVN - Ružomberok

e-mail: saffovaa@gmail.com

**Recenzia**

Prof nadzw. dr hab Ewa Kucharska

## SPOLUPRÁCA BEZ RIVALITY V NÓRSKYCH SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH

### COOPERATION WITHOUT RIVALRY IN SOCIAL SERVICES IN NORWAY

Miroslava Tokovská, Anna Chalachanová

#### **Abstrakt**

Sociálne služby v Nórsku majú výrazne progresívny charakter a aktuálne reagujú na potreby svojich občanov. Ich cieľom je na úrovni komunitných sociálnych služieb podporovať nezávislosť, sebaobsľuhu, sebarozhodovanie a napĺňanie sociálnych potrieb prostredníctvom sociálnych aktivít u osôb odkázaných na sociálne služby. K naplneniu týchto cieľov je nevyhnutná spolupráca viacerých subjektov – organizácií, samosprávy a pomáhajúcich profesionálov z rôznych oblastí. Príspevok prináša komparatívny pohľad na taxatívne vymedzenie spolupráce v sociálnych službách, koordináciu i sieťovanie sociálnych služieb medzi rôznymi organizáciami a samosprávou ako základného predpokladu spolupráce v Nórsku a na Slovensku.

**Kľúčové slová:** spolupráca, koordinácia, sociálne služby, sociálny pracovník

#### **Abstract**

Social services in Norway are of a very progressive character. Services are organized in a way that makes it possible to react to the actual needs of citizens. The purpose of social services on the community level is to support independency, self-servicing, decision making and fulfilling of social needs through different activities with and for people recipients of social services. To achieve those goals it is very important to set a focus on cooperation between different providers of social services on different levels such as – organizations, municipalities and helping professions from different areas of health and social services. The paper brings comparative view on taxative definition of cooperation within the field of social services, coordination in mapping of different social services between different organizations and municipality as a fundamental premise for cooperation, in Norway and Slovakia.

**Key words:** cooperation, coordination, social services, social worker

#### **Úvod**

O nevyhnutnosti kooperácie v starostlivosti o človeka odkázaného na pomoc inej osoby niet pochýb. Keď sa rodina ocitne v situácii vyžadujúcej si potrebnú kvalitnú zdravotnú starostlivosť a následne sociálnu pomoc a služby pre svojho odkázaného člena rodiny, neraz

zostáva zaskočená v spleti informácií od všeobecných lekárov, prípadne ošetrovateliek, iných neformálnych opatrovateľov i od sociálnych pracovníkov komunitných sociálnych služieb v obciach a mestách.

K poskytovaniu starostlivosti o klienta v zariadeniach sociálnych služieb nevyhnutne patrí predovšetkým sociálno-ošetrovateľský personál v zložení lekárov, ošetrovateliek, sociálnych pracovníkov, opatrovateľiek a ďalšieho pomocného personálu. Uskutočňovanie intervencií nie je možné bez kooperácie a priamej zainteresovanosti jednotlivých členov profesionálneho tímu. K podstate pracovného tímu patria predovšetkým spoločné ciele, úlohy, plány a hodnoty. V praxi to znamená, že všetkým členom pracovného tímu ide o dosiahnutie spokojnosti klienta a o realizáciu opatrení, ktoré majú slúžiť pre blaho človeka. Z hľadiska pragmatického výkonu odbornej práce nie je možné pre pomáhajúceho profesionála byť v prítomnosti každého prijímateľa sociálnych služieb 24 hodín. Jednotlivé ciele, činnosti, aktivity a intervencie sú rozložené na hodiny v konkrétnych dňoch, kde je potrebná spolupráca a prepojenosť jednotlivých členov inter- aj multidisciplinárneho tímu. Napríklad sociálny pracovník, lekár alebo ošetrovateľka sú garantom a aj tvorcom naplánovaných cieľov v rámci individuálneho plánovania, navrhujú jednotlivé terapie, aktivity a zámery, ktoré sa uskutočňujú prostredníctvom profesionálneho tímu, v tomto prípade často prostredníctvom opatrovateľiek. Členovia tímu sa učia nadväznosti pri plnení stanovených úloh, zodpovednosti voči druhému i voči sebe a participácii rovnakým dielom na spoločnej veci. Hodnotenie výsledkov celej práce, či už celkového zdravotného stavu, progresii ochorenia alebo stabilizácii sociálnej i zdravotnej situácie klienta, a súčasne aj úspešnosť jednotlivých realizovaných činností, je výsledkom všetkých zainteresovaných aktérov profesionálneho tímu, prijímateľa sociálnych služieb i jeho rodiny. Takto ideálne je popísaný zámer spolupráce v rámci legislatívy.

#### **Legislatívne východiská spolupráce v Nórsku a na Slovensku**

Spolupráca v systéme sociálnych služieb môže mať rozličný charakter a to v podobe vytvorenia verejno-súkromného partnerstva alebo podobu bezprostrednej, intenzívnej a aktívnej spolupráce pri rozhodnutiach týkajúcich sa priamo klientovho života v sociálnych službách. Samotný klient je v centre pozornosti odborníkov a rovnako dôležitá je jeho rodina. V Nórsku pracuje sociálny pracovník (vernepleier) v sociálnych službách, ktorého práca ma interdisciplinárny charakter. Vysokoškolské vzdelanie nórskeho sociálneho pracovníka je kombináciou vedomostí a zručností ošetrovateľstva, sociálnej starostlivosti, liečebnej

i špeciálnej pedagogiky, psychológie a práva. Jednou zo základných kompetencií je interdisciplinárna i multidisciplinárna spolupráca s lekármi, ošetrovatelkami, psychológmi, pedagógmi, fyzioterapeutmi, kňazmi a v neposlednom rade s rodinou klienta.

Legislatíva v Nórsku kladie dôraz v niekoľkých zákonoch na intrakomunitnú (v rámci obecného/mestského/samosprávneho úradu) a interkomunitnú spoluprácu (medzi obecnými/mestskými/samosprávnymi úradmi navzájom) v rámci zdravotníckych a sociálnych služieb. Zákon o zdravotníckych a sociálnych službách (2011) už vo svojom zámere opisuje, že cieľom je okrem iného zabezpečiť spoluprácu a ponuku služieb tak, aby bola dostupná pre všetkých pacientov aj klientov. Rovnako táto ponuka má byť prispôbená potrebám jednotlivca. Tento zákon v §3-4 uvádza povinnosti obce pripraviť podmienky na to, aby jednotlivé čiastkové služby v rámci tej istej obce mohli vzájomne spolupracovať, ak je to potrebné na zabezpečenie služieb. Tento istý paragraf zaväzuje obec k spolupráci s inými obecnými, regionálnymi alebo štátnymi poskytovateľmi služieb (akými sú v Nórsku napríklad nemocnice). Zákon popisuje podrobne aj zodpovednosť obce v rámci poskytovania zdravotníckych a sociálnych služieb. Okrem iného je to preventívna starostlivosť, starostlivosť počas tehotenstva a v období dojčenia, pomoc pri nešťastiach a iných akútnych situáciách ako napríklad – lekárska pohotovostná služba, celodenná pohotovosť, zdravotnícka starostlivosť vo forme ponuky obvodných lekárov, sociálna, psychosociálna a fyzioterapeutická rehabilitácia, iné zdravotnícke a opatrovateľské služby ako: ponuka sociálnych a opatrovateľských služieb v domácom prostredí, služby osobného asistenta a podporné služby, umiestnenie v inštitúcii ako napríklad v zariadení pre seniorov a odľahčovacie služby (Helse- og omsorgstjenesteloven, posledná novelizácia 2016) Už z tohto je zrejmé, že sociálne a zdravotnícke služby sú legislatívne definované a v praxi uplatňované. Sektor zdravotníctva je spolupracovníkom sociálneho sektora a v ich spoločným menovateľom je občan (označovaný ako pacient alebo prijímateľ sociálnej služby), ktorý je odkázaný na sociálnu alebo zdravotnícku službu. Človek ocitajúci sa v situácii, akou je zmena zdravotného stavu alebo sociálnej situácie, si často vyžaduje zásah odborníkov z oboch sektorov. Legislatívna prepojenosť má veľký pragmatický význam nielen pre spomínané sektory, ale nadväzuje na nich spolupráca samosprávy (obce alebo vyššieho územného celku). V roku 2011 sa začala v Nórsku uskutočňovať reforma spolupráce, ktorej cieľom bolo prispieť k zlepšeniu zdravia obyvateľstva, a takisto aj ponuky zdravotníckych a sociálnych služieb udržiateľným spôsobom. Stratégie, ktoré majú prispieť k naplneniu zámeru tejto

reformy sú okrem iného preventívne služby, včasná intervencia a lepšia spolupráca. Cieľom je dosiahnuť správny zásah (intervenciu medicínsku alebo sociálnu) v správny čas na správnom mieste, ponukou celistvých a koordinovaných služieb prispôbených potrebám jednotlivca. Reforma kladie špeciálne dôraz na dobrú spoluprácu, kde je zodpovednosť o pacienta alebo klienta prerozdeľovaná medzi viacerých aktérov (nemocnica, obec, prípadne sociálne služby v regióne). K naplneniu tohto zámeru majú prispieť dobré zmluvy o spolupráci aj v zdravotníckych zariadeniach dlhodobej starostlivosti, ktoré sa v Nórsku nazývajú lokálne zdravotnícke centrá. Reforma má prispieť aj k tomu, aby občania zmenili svoj životný štýl (napríklad projekt: „Čo je zdravé pre srdce, to je zdravé aj pre mozog“). (Samhandlingsreformen, 2011)

Prvé hodnotiace správy, štyri roky po zavedení reformy spolupráce, poukazujú na pozitíva a takisto aj nové výzvy do ďalšej spolupráce. Jednou z výziev je, že zvyšujúci sa počet občanov žijúcich v domácom prostredí, sa zvyšuje priamo úmerne s potrebou odkázanosti na pomoc na sociálno-zdravotnícke služby, čo si vyžaduje rýchlejšiu a flexibilnejšiu organizáciu služieb lekárskej starostlivosti i sociálnych služieb. Pre zaujímavosť uvádzame aj jeden pozitívny výsledok reformy podľa hodnotiacej správy. Ide o tzv. balíčkový priebeh diagnostiky a liečby širokého spektra onkologických ochorení. Keď nórsky obvodný lekár objaví odchýlku v rámci základných krvných vyšetrení, alebo má podozrenie na onkologické ochorenie, celý zdravotnícky systém (obvodný lekár, lekári- špecialisti, nemocnice, diagnostické zariadenia) majú 30 dní na diagnostiku, teda na potvrdenie alebo vyvrátenie diagnózy a začatie liečby pacienta. To znamená, že každý pacient s onkologickým ochorením má právo v rámci systému spolupráce získať potrebné vyšetrenia včas a začať aj požadovanú liečbu. V praxi to znamená, že keď si žena objaví hrčku na prsníku, v priebehu niekoľkých dní je vyšetrená odborníkmi a podrobí sa aj potrebnej liečbe vo forme operácie, a ďalšej doplnkovej liečby. Tento istý postup sa dá ďalej rozšíriť pri ponuke koordinovaných služieb pre ľudí s chronickými ochoreniami ako napríklad pacienti s cukrovkou, sklerózou multiplex, Parkinsonovou alebo Alzheimerovou chorobou a pod. (Helsedirektoratet, 2015)

Pre lepšie porozumenie uvádzame príklady aj zo Slovenska. V Zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov je v §7 taxatívne vymedzená spolupráca poskytovateľa sociálnych služieb s rodinou, obcou a komunitou pri utváraní podmienok na návrat prijímateľa sociálnej služby poskytovanej v zariadení s celoročnou pobytovou formou do prirodzeného rodinného prostredia alebo komunitného prostredia s prednostným poskytovaním sociálnej služby terénnou formou, ambulantnou formou alebo týždennou

pobytovou formou, a to so súhlasom prijímateľa sociálnej služby a pri rešpektovaní jeho osobných cieľov, potrieb, schopností a zdravotného stavu. Aj v §49 sa spomína spolupráca posudzujúceho zdravotníckeho pracovníka pri vykonávaní zdravotnej posudkovej činnosti so sociálnym pracovníkom obce alebo vyššieho územného celku. V §97 je definovaná spolupráca obcí, vyšších územných celkov, poskytovateľov sociálnych služieb s občianskymi združeniami, cirkvami, náboženskými spoločnosťami a ďalšími osobami pri súčinnosti a spolupráce vo veciach sociálnych služieb. Medzi týmito subjektami je možné vytvárať partnerstvá, tak ako to uvádza § 4. Podľa etického kódexu sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce v bode 2.4 Zodpovednosť voči kolegom sa uvádza, že pri spoločnej zodpovednosti za klientov v rámci inštitúcie je predpokladom kolegiálnej spolupráce vzájomná dôvera a dohoda ohľadom spoločného postupu poskytovania služieb sociálnej práce. (Komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce, 2016) Dôvera je základným elementom spolupráce pre všetkých pomáhajúcich profesionálov a to nielen v rámci inštitúcie, ale aj v rámci pomáhajúcej profesie.

Z vyššie uvedeného vyplýva, že znenia zákonov sú podobné v oboch krajinách, avšak ich naplnenie v praxi sa však odlišuje. Cieľom príspevku nie je prezentácia kritiky, práve naopak. Naším cieľom je poukázať na dobrú funkčnosť systému, vysokú hodnotu spolupráce, z ktorej profitujú všetci, ale najmä samotný občan, ktorý potrebuje pomoc. V slovenských podmienkach je možné cítiť akési „súperenie“ medzi jednotlivými odbormi vo význame porovnávania sa dôležitosti a významu študijných odborov (napríklad sociálna práca – ošetrovatelstvo alebo ošetrovatelstvo-opatrovatel'ské kurzy a iné). Popisované príklady funkčnej spolupráce v zahraničí sú motiváciou hľadania riešení pre človeka odkázaného na sociálne služby bez rozdielu rasy, pohlavia, sexuálnej orientácie, veku či vierovyznania. Pretože ČLOVEK odkázaný na sociálne alebo zdravotnícke služby je v systéme sociálnej starostlivosti ten najdôležitejší.

V Nórsku rovnako ako aj vo Veľkej Británii a iných krajinách sa proces prístupu spolupráce postupne mení a dôraz sa postupne prenáša z multidisciplinárneho prístupu, na spolu zdieľaný a integrovaný spôsob spolupráce medzi zdravotníckymi a sociálnymi službami. To znamená, že spôsob spolupráce sa postupne mení z multidisciplinárneho na vzájomnú (anglicky „cross“ naprieč) - profesijnú spoluprácu. V Nórsku sa začalo už od 90. rokov minulého storočia sa akcentuje zavedenie vzájomnej profesijnej spolupráce v rámci vzdelávania na vysokých školách. V Správe nórskeho parlamentu č. 40 z roku 1990-1991 sa uvádza intencia potreby kladenia väčšieho dôrazu na spoluprácu, ktorá ide naprieč rôznymi študijnými odbormi,

vysokými školami a univerzitami. Takýmto spôsobom sa posúva paradigma doterajšej spolupráce oveľa ďalej ako „len“ multidisciplinárny prístup. Zatiaľ, čo multidisciplinárny prístup je často vnímaný ako koexistencia viacerých profesií vedľa seba, prístup vzájomnej profesijnej spolupráce motivuje pomáhajúcich profesionálov sa zoznámiť bližšie s inými profesiami ako je tá ich. Tento spôsob spolupráce so sebou prináša veľa výhod aj výziev. Výhodou je, že klient príjme poskytnuté služby viacerými odborníkmi a dostane najlepšiu ponuku od každého odborníka. Kládie to však vyššie nároky na všetky pomáhajúce profesie. Ide o to, aby „tá alebo oná“ profesia zabudla na „žabomyšie vojny“ v zmysle, ktorá profesia je najlepšia alebo najdôležitejšia. Výzvou pre všetky pomáhajúce profesie zostáva hľadanie odpovede na otázku: *„Akým spôsobom a s rešpektom k druhej profesii, vie prispieť každá profesia tak, aby konečný výsledok bola najlepšia ponuka pre klienta?“* (Almås, 2015, s. 88)

V rámci vysokoškolského vzdelania sa preto v ideálnom spôsobe myslenia o multidisciplinarite alebo vzájomnej profesijnej spolupráce kládie dôraz na dva aspekty:

- na profesijné vzdelanie s dôrazom na riešenie špecifických úloh a získania špecifických kompetencií,
- a na samotný rozmer a uplatnenie pomáhajúceho profesionála (pracovníka), ktorý má porozumenie pre sociálne blaho človeka a to ako pre celok a zloženie zdravotníckeho a sociálneho systému, tak aj pre jeho služby. Takýto pracovník získava zručnosti na to, aby vedel využiť svoje nadobudnuté kompetencie v spolupráci s inými profesijnými skupinami tak, aby naplnili potreby klienta. (Almås 2015, s. 89)

Dôležitým zostáva uvedomenie si, že žiadna profesia nemá monopol na riešenie problému človeka v núdzi, či už z dôvodu zdravotného alebo sociálneho. Vzájomné profesijné vzdelávanie má študentom napomáhať získať spoločný referenčný zámer, ale súčasne má byť pomocou aj pri uvedomení si vlastných profesijných špecifik. Cez uvedomenie si špecifik vlastnej profesie, vieme, čím môžeme prispieť pri riešení určitého problému určitej osobe, skupine osôb alebo komunite a aké sú naše kompetencie. Súčasne si vieme pomenovať a uvedomiť si rozdiely medzi našou a inou profesiou. V praxi to znamená, že v rámci poskytovania zdravotníckych a sociálnych služieb pracujeme ako tím, žiadna profesia nie je nadriadená ani podriadená, všetci ťaháme za ten istý koniec, sme takí silní ako je náš najslabší článok. V prípade, že sa nám niečo nepozdáva alebo sa nám nepáči, nesabotujeme spoločné úsilie. A to z toho dôvodu, že našim cieľom nie je ukázať, čo dokáže každý za jednotlivú profesiu. Ale na základe našich kompetencií a spoločného úsilia vieme, čo najlepšie prispieť



k zvýšeniu alebo udržaniu kvality života jednotlivca, na základe jeho predstáv, želaní a potrieb.

#### **Záver**

Sieťovanie sociálnych a zdravotníckych služieb a uvedenie si hodnoty korektnej vzájomnej profesijnej spolupráce sa pomaly a iste stáva praxou na Slovensku. Príkladov v zahraničí je veľa a je otázkou najbližšieho desaťročia stotožnenie sa s myšlienkou profesionálnej pomoci, ktorá bude vychádzať nie z rivality, ale zo skutočnej spoločne zdieľanej vzájomnej spolupráce medzi sociálnym a zdravotníckym sektorom. Príkladom toho je aj nórska legislatíva, ktorá presunula kompetencie sociálno-zdravotníckeho sektora na obecné/mestské úrady a pomenovala ich komunitné sociálno-zdravotnícke služby už v deväťdesiatych rokoch dvadsiateho storočia. Po niekoľkoročnom úsilí a zmenou prístupu a myslenia, je možné skonštatovať, že existuje v Európe spolupráca bez rivality, kde centrom pozornosti je človek – občan, ktorý potrebuje pomoc od obce či regiónu a profesionálnu pomoc (sociálnu či zdravotnícku) dostane včas a ušitú na mieru svojich potrieb.

#### **Bibliografia**

ALMÅS, S. H. 2015. Bourdieus teori om utdanningssystemet. In: Willumsen, V. , Ødegård, E. A, 2015. *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*. Universistetsforlaget, Oslo. ISBN 978-82-1502-330-4.

HELSEDIREKTORATET. 2015. *Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med rapport fra Helsedirektoratet*. [cit. 29-08-2016] Dostupné:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1198/Status%20for%20samhandlingsreformen%20F%C3%B8lge%20med%20rapporten%202015.pdf>

SLOVENSKÁ KOMORA SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV A ASISTENTOV SOCIÁLNEJ PRÁCE. 2015. *Etický kódex sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce Slovenskej republiky*. [cit. 09-08-2016] Dostupné:

[https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialna-praca/eticky-kodex\\_final-3.pdf](https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialna-praca/eticky-kodex_final-3.pdf)

ZÁKONY Nórska. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Posledná novelizácia k 01.07.2016. [cit. 26-08-2016] Dostupné: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Kommune%20helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>



ZÁKONY SR. Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov.  
[cit. 09-08-2016] Dostupné: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2008-448>

**Kontakt**

PhDr. Miroslava Tokovská, PhD.

Mgr. Anna Chalachanová

VID Vitenskapelige Høgskole

Vågsgata 40

4306 Sandnes, Norway

e-mail: [miroslava.tokovska@vid.no](mailto:miroslava.tokovska@vid.no)

e-mail: [anna.chalachanova@vid.no](mailto:anna.chalachanova@vid.no)

**Recenzia**

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD. MHA.

**PRIHLÁSENÉ PRÍSPEVKY**

---

## **TÍMOVÁ PRÁCA, AKO KLÚČOVÝ MOMENT PREPÁJANIA PROCESOV V ZARIADENÍ SUBSIDIUM**

### **TEAM WORK AS A KEY MOMENT IN THE JOINED-UP DEVICE SUBSIDIUM**

**Ľubica Chocholová**

#### **Abstrakt**

Prezentácia približuje tímovú spoluprácu prepájania všetkých procesov v zariadení SUBSIDIUM v Rožňave. Pozostáva z dvoch častí. Úvodná časť prezentuje zariadenie SUBSIDIUM a proces komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Predstavenie spolupráce všetkých procesov a úsekov zariadenia a potrebu činnosti multidisciplinárneho tímu so zreteľom na individuálne plánovanie v skvalitňovaní služieb nášho zariadenia. Druhá časť prezentácie sa venuje formou krátkeho filmu implementácii niektorých prvkov bazálnej stimulácie do ošetrovateľskej starostlivosti. Cieľom prezentácie je poukázať na potrebu tímovej spolupráce pri skvalitňovaní poskytovania našich služieb. Ďalším cieľom je odprezentovať zariadenie SUBSIDIUM, kde ako špecifikum do ošetrovateľskej starostlivosti sme zaradili niektoré prvky bazálnej stimulácie.

**KLúčové slová:** sestra, ošetrovateľstvo, multidisciplinárny tím, individuálne plánovanie, bazálna stimulácia

#### **Abstract**

Presentation closer teamwork linking all processes in the facility subsidium in Roznava. It consists of two parts. Introductory part presents subsidium equipment and process complex nursing care. Introducing the cooperation of all sections of processes and equipment and need a multidisciplinary team with regard to individual planning in improving the services of our facility. The second part of the presentation is devoted to short film through the implementation of some elements of basal stimulation in nursing. The aim of the presentation is to highlight the need for teamwork in improving the provision of our services. Another objective is presenting the device subsidium where such specificity in nursing, we included some elements of basal stimulation.

**Keywords:** nurse, nursing, multidisciplinary team, individual planning, basal stimulation.

#### **Úvod**

Tak, ako v nemocničnom prostredí sú sestry nevyhnutnou súčasťou multidisciplinárneho tímu, tak aj v sociálnych zariadeniach majú svoje opodstatnené a nezastupiteľné miesto.

V týchto zariadeniach žijú prijímatelia sociálnych služieb (ďalej len prijímateľ), ktorí trpia polymorbiditou, ktorým identifikovali veľký počet diagnóz, a ktorí potrebujú odbornú ošetrovateľskú starostlivosť.

#### 1. Ošetrovateľská starostlivosť a tímová spolupráca

V zariadení SUBSIDIUM poskytuje ošetrovateľsko-opatrovateľskú a fyziatrisko-rehabilitačnú starostlivosť 148 prijímateľom 45 zamestnancov procesu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti, a to 12 sestier so špecializáciou, 6 sestry bez špecializácie, 2 fyzioterapeuti, 2 sanitárky, 2 sanitári, 6 opatrovateľov a 15 opatrovateľky, ktorí pracujú v troch tímoch. Dokumentáciu vedieme v informačnom systéme Cygnus. Sestry dokumentujú všetky intervencie, ktoré u prijímateľov vykonávajú podľa odborného usmernenia MZ SR/2009 a vyhlášky 244/2011.

Všetci prijímatelia majú zavedený ošetrovateľský plán so sesterskými diagnózami. Ošetrovateľský proces sa robí u tých prijímateľov, u ktorých je potrebné riešiť ošetrovateľský problém. Ošetrovateľský proces sa reviduje a vyhodnocuje. Ošetrovateľský proces za rok 2015 sa robilo 20. prijímateľom.

#### Vyhodnotenie ošetrovateľského procesu za rok 2015.

**Celkový počet prijímateľov bolo 20.**

| Zariadenie | Celkový počet | Zlepšenie | Stabilizovanie | Zhoršenie | Exitus |
|------------|---------------|-----------|----------------|-----------|--------|
| ŠZ         | 10            | 8         | 1              | 1         |        |
| ZpS        | 9             | 3         | 4              | 1         | 1      |
| DSS        | 1             |           |                | 1         |        |

Najčastejšie naplánované ošetrovateľské intervencie:

- 3398 - ošetrovateľská hygiena
- 3400 - polohovanie pacienta
- 3400a - polohovanie podľa Bazálnej stimulácie
- 3407 - odmeranie krvného tlaku, pulzu a teploty
- 3402 - výživa bezvládneho klienta
- 3413a - aplikácia naordinovaných liekov

- 3422a - ošetrovateľská starostlivosť zameraná na prevenciu dekubitov
- 3423a - previaz rany s veľkosťou do 5 cm<sup>2</sup>
- 3413 - aplikácia neinjekčnej liečby - kvapky, maste, čípky, obklady
- 3422b - ošetrovanie dekubitu do 5 cm<sup>2</sup>
- 3416 - aplikácia liečiva intramuskulárne a subkutánne

Prepojenosť procesov komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a sociálnej práce so všetkými úsekmi zariadenia a intenzívnou spoluprácou s lekárom prvého kontaktu, geriatrom, lekárom psychiatrom, dobrovoľníkmi, kňazom a príbuznými sa snažíme skvalitňovať individuálne plánovanie a individuálny prístup k prijímateľom nášho zariadenia. Zaviedli sme ošetrovateľskú a sociálnu diagnostiku v predadaptačnom procese. Výstupom z adaptačného procesu je výber kľúčového pracovníka prijímateľom a odovzdanie prijímateľa s vyhodnotením adaptačného procesu a biografiou kľúčovému pracovníkovi, ktorý bude ďalej koordinátorom k dosiahnutiu jeho potrieb a cieľov.

#### **2. Bazálna stimulácia implementovaná do ošetrovateľskej starostlivosti**

Súčasťou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení SUBSIDIUM je aj bazálna stimulácia. Sestry, opatrovatelky, sanitárky a pracovníci sociálnej rehabilitácie, ktorí majú absolvovaný základný a nadstavbový kurz bazálnej stimulácie ponúkajú prijímateľom zariadenia niektoré jej prvky: somatickú stimuláciu /polohu hniezdo, múmiu/, orálnu, auditívnu, optickú, olfaktorickú, taktilno-haptickú. Bazálnu stimuláciu ponúkajú prijímateľom s Alzheimerovou demenciou, demenciou rôznej etiológie, hemiplegickým prijímateľom, prijímateľom po CMP, prijímateľom v terminálnej fáze života.

Skúsenosti s implementáciou bazálnej stimulácie do ošetrovateľskej starostlivosti nám ukázali, že nočný spánok prijímateľov je podstatne dlhší, dokážu prijať mnohokrát celú dávku jedla, polohovanie v zmysle bazálnej stimulácie je odbornejšie a kvalitnejšie, prijímatelia sú pokojnejší, kľudnejší a niektorí sa dokážu zapájať aj do voľnočasových aktivít.

#### **Záver**

Skvalitnenie tímovej spolupráce všetkých procesov, úsekov zariadenia s lekármi, dobrovoľníkmi, kňazom a príbuznými je veľmi dôležité v procese individuálneho plánovania, ľahšej adaptácie a uspokojovaní potrieb a cieľov prijímateľov sociálnych služieb, čo

v konečnom dôsledku prispieva k humanizácii a skvalitňovaniu našich služieb, spokojnosti prijímateľov a ich rodinných príslušníkov.

#### **Bibliografia**

FRIEDLOVÁ, K. 2006. *Bazální stimulace v ošetrovateľskej péči*, Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace. Frýdek-Místek, Kleinwächter, 5. vydání, 2006. 29 s.

FRIEDLOVÁ, K. *Dynamika ošetrovateľství-Bazální stimulace*. Sestra, 2005, vol. XV. č.11. s. 30. ISSN 1210-0404

FRIEDLOVÁ, K. I, 2008. *Koncept bazální stimulace*. In: Rezidenční péče, 2008, vol. IV. č. 2, s. 18-19.

FRIEDLOVÁ, K. V. 2009. *Bazální stimulace*, Skriptum pro certifikovaný nástavbový kurz Bazální stimulace. Frýdek-Místek: Kleinwächter, 7. vydání, 2009. 24 s.

FRIEDLOVÁ, K. VI. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovateľskej péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4

FRIEDLOVÁ, K. 2002. *Bazální stimulace, pojetí konceptu*. Sborník Multioborové, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovateľství. Olomouc: 2002, s.80-83. ISBN 80-247-0536-2

LEFEROVIČOVÁ, K.- KILIKOVÁ, M. 2010. *Integrácia konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskej praxi*. In: Zdravotníctvo a sociálna práca . ISSN 1336-9326, 2010, 1-2 /2010, s. 14-17.

UHURA, A. M. 2009. *Koncept bazální stimulace v péči o seniora s demencií*. In: Bazální stimulace v ošetrovateľskej a pedagogické praxi. Sborník příspěvku Historicky III. mezinárodního kongresu bazální stimulace. Frýdek-Místek: Kleinwächter, 2009. ISBN 978-80-254-5815-0, s.70.

#### **Kontakt**

Chocholová Ľubica

SUBSIDIUM - Špecializované zariadenie, Zariadenie pre seniorov a Domov sociálnych služieb, Betliarska ulica č.18 , 048 01 Rožňava

e-mail: subsidium@vucke.sk

#### **Recenzia**

PhDr. Miroslava Tokovská, PhD.

## **DEZINFEKČIA RÚK – PREVENČIA NOZOKOMIÁLNYCH NÁKAZ**

### **HAND DISINFECTION - PREVENTION NOSOCOMIAL INFECTIONS**

**Eva Dohňanská**

#### **Abstrakt**

Cesta prenosu nákaz je pestrá a uskutočňuje sa mnohými spôsobmi, najväčší význam majú kontaminované ruky zdravotníckeho personálu. Dezinfekcia rúk zdravotníckych pracovníkov patrí medzi najdôležitejšie spôsoby prevencie nozokomiálnych nákaz. Viac ako 60 % nozokomiálnych nákaz je prenesené rukami pracovníkov.

**Kľúčové slová:** dezinfekcia, hygienické zásady

#### **Abstract**

Transmission path of disease is varied and is carried out in many ways, the greatest portance are contaminated hands of medical personnel. Disinfection of hands of healthcare workers is among the most important ways to prevent nosocomial infections. More than 60% of nosocomial infections is transferred to the hands of workers.

**Keywords:** disinfection, hygiene principles

#### **Dezinfekcia rúk a hygienické zásady**

Umývanie a dezinfekcia rúk je najlacnejší a najjednoduchší spôsob ako zamedziť prenosu infekcie z personálu na pacienta, z pacienta na pacienta alebo z nemocničného prostredia na pacienta. Približne 60% nozokomiálnych nákaz je prenesených rukami personálu.

#### **HYGIENA RÚK MÁ PRETO V PREVENČII DOMINANTNÝ VÝZNAM !**

#### **Mikroflóra, ktorá osídľuje pokožku sa nazýva:**

- rezidentná – trvale osídľujúca, vyskytuje sa v hlbších vrstvách epidermis /vývody potných, mazových žliaz, okolie nechtov/. Rezidentné mikroorganizmy obvykle nie sú pôvodcami infekcií. Najčastejšie ju tvoria koaguláza a negatívne stafylokoky /S. epidermidis, S. hominis, S. haemolyticus/ a koagulázu tvoriace kmene /S. aureus, sarcíny, Corynobacterium pseudodiphthericum.../

- tranzientná – prechodná, je odrazom prostredia a charakteru vykonávanej práce. Pokožka

rúk zdravotníckeho personálu často obsahuje podmienené patogénne, ale aj nepatogénne baktérie: /Streptococcus pyogenes, Str. agalactiae, Str. viridans, Str. faecium, Acinetobacter, Enterobacter spp., E coli a mykobaktérie.

Laboratórne experimenty ukázali, že viabilita /schopnosť prežiť/ bakteriálneho kmeňa na koži pretrvalo viac ako 150 minút – čo je dostatočne dlhý čas na prenos nákazy z pacienta na pacienta alebo z personálu na pacienta. Tomuto možno predísť správnym umývaním rúk a následnou dezinfekciou.

#### **Pozornosť sa upriamuje na 5 hlavných krokov v umývaní a dezinfekcii rúk :**

1. Pred kontaktom s pacientom.

Kedy : Pred tým než pristúpime k pacientovi si treba umyť ruky.

Prečo :Chránite pacienta pred mikroorganizmami ktorými máte osídlené ruky.

2. Pred aseptickým zákrokom u pacienta

Kedy : Pred akýmkoľvek aseptickým výkonom si treba umyť ruky.

Prečo :Chránite pacienta pred mikroorganizmami ktorými máte osídlené ruky, ale aj pred mikroorganizmami jeho vlastnými.

3. Po kontakte s biologickým materiálom

Kedy : Okamžite si umyte ruky po kontakte s biologickým materiálom /aj po stiahnutí rukavíc/.

Prečo : Chránite seba a nemocničné prostredie pred mikroorganizmami pacienta.

4. Po kontakte s pacientom.

Kedy : Umyte si ruky po kontakte s pacientom a jeho okolím predtým než odídete z miestnosti.

Prečo : Chránite seba a nemocničné prostredie pred mikroorganizmami pacienta.

5. Po kontakte s okolím a pacientom.

Kedy : Umyte si ruky po kontakte s prostredím pacienta /zariadenie izby/ aj bez kontaktu s pacientom.

Prečo : Chránite seba a nemocničné prostredie pred mikroorganizmami pacienta.

**Máme 4 stupne umývania rúk:** bežné umývanie rúk, hygienické umývanie rúk, hygienická dezinfekcia rúk, chirurgická dezinfekcia rúk.



Praktický návod na umývanie a dezinfekciu rúk.

#### ***Bežné - mechanické umývanie rúk***

Cieľom bežného mechanického umývania rúk je odstránenie nečistôt z rúk, pričom treba : zložiť prstene, použiť teplú tečúcu vodu, aplikovať cca 1 ml. tekutého mydla, ruky umývať 30 sekúnd, opláchnuť pod teplou tečúcou vodou, osušiť jedno rázovým uterákom.

***Bežné - mechanické umývanie rúk sa vyžaduje:*** keď sú ruky viditeľne znečistené, pred manipuláciou s jedlom a liekmi, pred jedlom, po použití toalety, po kontakte s pacientom, po zložení rukavíc, pred a po invazívnych zákrokoch..

**Hygienické umývanie rúk:** Vykonáva sa za použitia dezinfekčného mydla a to predovšetkým: pri príprave a výdaji stravy, pri výkone osobnej hygieny, pri ošetrovaní infekčných pacientov.

#### **Postup hygienického umývania rúk:**

Do navlhčenej pokožky sa vtiera predpísané množstvo dezinfekčného mydla/2-3ml./ po dobu 30-60 sekúnd, následne sa opláchne tečúcou teplou vodou, osuší sa do jedno rázového uteráka. Jej cieľom je odstránenie nečistôt a odstránenie tranzientnej mikroflóry. Hygienické umývanie rúk je účinnejšie ako bežné umývanie rúk, ale menej účinné ako hygienická dezinfekcia rúk.

#### **Hygienická dezinfekcia rúk:**

Vykonáva sa alkoholovým bezvodným dezinfekčným prostriedkom.

Je súčasťou: proti epidemickým opatrení pri prechode hygienickým filtrom, bariérovej ošetrovateľskej techniky, prípravy pred aseptickým zákrokom, starostlivosti o imunodeficitného pacienta.

#### **Postup dezinfekcie rúk s alkoholovým roztokom :**

- do suchej pokožky sa vtiera predpísané množstvo alkoholového dezinfekčného prostriedku / 2-3 ml/ po dobu 30-60 sekúnd, teda do odparenia alkoholovej zložky
- odpadá následne utieranie rúk.

**Hygienickú dezinfekciu rúk je nutné vykonávať :** pred invazívnymi zákrokmi, pred aseptickými zákrokmi, pred navliekaním sterilných rukavíc, pred ošetrením imunodeficitného pacienta, po výkonoch, pri ktorých dochádza k mikrobiálnej kontaminácii rúk / po uchopení kontaminovaného predmetu, po kontakte rúk s telesnými tekutinami krvi, hnis, moč, pot,

drény..., po kontakte s použitou bielizňou, obväzmi a pod., po stiahnutí rukavíc, medzi ošetrením 2 pacientov, po kontakte s kožou pacienta / meranie pulzu, krvného tlaku, polohovaní pacienta.../, pri prechádzaní z kontaminovanej časti tela pacienta na čistú v priebehu jeho ošetrovania.

#### **Chirurgická dezinfekcia rúk používa sa k príprave operačného tímu**

Jej cieľom je odstránenie tranzitnej a redukcia rezidentnej mikroflóry na rukách a predlaktiach. Pred chirurgickou dezinfekciou rúk a pred zahájením operačného programu sa vykonáva bežné umývanie rúk a predlaktia.

Kedy sa vykonáva ? - medzi jednotlivými operáciami, - pri pretrhnutí alebo výmene rukavíc v priebehu operácie.

#### Ako sa vykonáva?

- na suché ruky naniesť alkoholový dezinfekčný prostriedok cca 3-5 ml.
- vtierať do pokožky rúk a predlaktia
- do úplného zaschnutia minimálne 120 sekúnd
- ruky musia byť vlhké po celú dobu expozície
- ruky sa neoplachujú ani nesušia
- postup sa má opakovať dvakrát – celá procedúra trvá 3-5 minút

#### **Používanie rukavíc**

Rukavice patria medzi základné osobné ochranné pracovné pomôcky :

- pri výkone zdravotníckej práce, ale aj pri inej práci a činnosti, aby zabránili :
- prenosu infekcie
- poraneniu pokožky rúk
- znečisteniu pokožky rúk biologickým materiálom
- znečisteniu pokožky ťažko umývateľnými látkami
- ochránili pred dráždivými účinkami chemických látok

Rukavice na jedno použitie sa nesmú používať opakovane. Mikroorganizmy sa z nich nedajú uspokojivo odstrániť ani mechanickým čistením a použitím čistiacich prostriedkov.

Umývanie, sušenie a sterilizácia môžu byť príčinou poruchy celistvosti rukavíc. Je dôležité venovať pozornosť aj výmene rukavíc medzi vyšetrovaním a ošetrovaním rôznych pacientov. Chyby pri výmene rukavíc môžu byť príčinou nozokomiálnych epidémií.

#### **Ako si umývať ruky?**

Trvanie procedúry : 40 – 60 sekúnd

- zvlhčíte ruky vodou
- naberte si dostatočné množstvo mydla do oboch rúk
- potierajte si ruky spôsobom dlaň o dlaň
- pokračujte preložením dlane pravej ruky na chrbát ľavej ruky s čisteným vnútorných strán prstov a potom opačne
- ďalej si čistíte trením spojené prsty pravej ruky proti ľavej ruke a opačne
- prsty jednej ruky uzavrite do dlane a potierajte oproti druhej dlani
- krúživým pohybom si čistíte ľavý palec pravou rukou a potom opačne
- spojenými prstami pravej ruky čistíte krúživým pohybom ľavú dlaň a potom opačne
- opláchnite si ruky vodou
- dôkladne si utrite ruky jedno rázovou utierkou
- použitou utierkou zastavte vodu
- ruky sú čisté

#### **Ako si dezinfikovať ruky s použitím dezinfekčného prostriedku na báze alkoholu?**

Naberte plnú dlaň dezinfekčného prostriedku a naneste na celý povrch rúk.

Ako náhle ruky uschnú sú vydezinfikované. Trvanie 20 – 30 sekúnd.

#### **Záver**

Ruky zdravotníckeho personálu sa považujú za najčastejší faktor prenosu nemocničných nákaz. Viacerí autori však uvádzajú, že len 14 – 59 % lekárov a 25 – 45 % sestier si medzi ošetreniami dvoch pacientov pravidelne umýva ruky, a to aj napriek tomu, že už pred 150 rokmi Semmelweis /1847/ zaviedol umývanie rúk chlórovým vápnom. Hlavné faktory, pre ktoré sa nedá dostatočne a natrvalo zaviesť kvalitné umývanie a dezinfekciu rúk v zdravotníckej praxi rozdelil profesor Pittet do troch základných skupín: všeobecné, osobné, psychologické.

#### Všeobecné rizikové faktory.

- profesionálny stav – lekári sú v tomto smere menej disciplinovaní než sestry, muži menej než ženy, menej pracovníci JIS, pretože sústavnou prácou v riziku stratili ostražitosť. Zásady sa menej dodržiavajú v pracovných dňoch než cez víkendy. Ak má zdravotník rukavice, cíti

sa bezpečný a roznáša mikroorganizmy tým, že si ich nevymieňa. Na rizikových oddeleniach, kde je zvýšená potreba umývania rúk, má personál pocit, že to nezvláda a paradoxne si ich umýva ešte menej.

*K osobným dôvodom :*

- patrí predovšetkým pocit suchosti a dráždenia kože, nedostatok alebo zlá dostupnosť umývadiel, málo mydiel, papierových uterákov, málo času, málo personálu a preplnené oddelenia. Situácia, keď pacient potrebuje urgentné ošetrovanie. Personál má pocit, že opakované umývanie rúk narúša možnosť komunikácie a zhoršuje vzťahy medzi pacientom a zdravotníkom. Ak sú aj vypracované postupy, mnohí zdravotníci s nimi nesúhlasia, nemajú dostatok informácií o vedeckých poznatkoch, o vplyve hygieny rúk na prenos infekcií, a tiež absencia pozitívneho príkladu od kolegov a od nadriadených a skepsa voči tejto problematike.

*Pocitová – emocionálna bariéra :*

- zdravotnícki pracovníci nie sú dostatočne motivovaní, chýbajú modelové príklady, majú pocit, že umývanie rúk nie je prioritou na oddelení či v nemocnici. Všeobecne ho považujú za málo dôležité, pretože vo väčšine nemocníc nie je nedodržovanie zásad hygieny sankciované.  
- ak teda očakávame úspech pri presadzovaní správnych postupov pri hygiene rúk, musíme používať moderné postupy nielen pri jej vykonávaní, ale aj pri edukácii v danej problematike. Literatúra uvádza, že keď ruky nie sú viditeľne znečistené, možno na ich dezinfekciu použiť alkoholový dezinfekčný prostriedok bez predchádzajúceho umytia, Základnými dôvodmi pre tento postup sú väčšia rýchlosť účinku a tým potreba kratšieho času na dezinfekciu, zníženie dráždivého účinku a odstránenie práce so zle vysušenými rukami. Dôležitý je aj fakt, že vlhkými rukami sa mikroorganizmy prenášajú významne ľahšie než suchými.

**Deň 5. máj bol vyhlásený medzinárodným dňom dezinfekcie rúk a 15. október dňom umývania rúk.**

#### **Bibliografia**

Bohuš, O, a kol. 1992. Anesteziológia, resuscitológia a intenzívna starostlivosť. Martin :

Osveta, 1992, 139s. ISBN 80-217-0436-5

Kapounová, G, 2007. Ošetrovaní v intenzívni péči. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s. 2007, 240 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

Larson E. APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. Am J Infect Control 1995; 23:251-69.

Regionálny úrad verejného zdravotníctva, A. Mickiewicza 6, Spišská Nová Ves

Sestra 9-10/2011, str. 23-24s., ISSN 1335-9444

Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR z 15. augusta 2007, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia MZ SR. Zbierka zákonov parag. 23, vyhlášky MZ SR č. 355/2007 o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

#### **Kontakt**

Mgr. Dohňanská Eva

Fakultná nemocnica Trenčín

Legionárska 28, 911 71 Trenčín

e-mail: a.ave@pobox.sk

#### **Recenzia**

PhDr. Margita Kosturíková

## EMPATICKÝ PRÍSTUP A OŠETROVATEĽSTVO

### EMPATHIC APPROACH TO AND NURSING

Eva Dohňanská

#### Abstrakt

Autorka sa v príspevku zaoberá empatiou ako metódou práce s pacientom. Poukazuje na význam empatie v ošetrovateľstve.

**Kľúčové slová:** empatia, ošetrovateľstvo, sestra.

#### Abstract

The author in this paper deals with empathy as a method of working with patients. She highlights the importance of empathy in nursing.

**Key words:** empathy, nursing, nurse.

#### Ošetrovateľstvo

Definícia ošetrovateľstva má historický vývoj a nie je jednoznačná.

Podľa F.Nightingalovej (1860): „Činnosť využívajúca prostredie na pomoc v uzdravení pacienta.“ Považuje za prioritné hmotné potreby – prostredie, komunikácie, poznanie špecifického prostredia choreho.

Podľa Hendersonovej (1966): „Jedinečnou úlohou ošetrovateľstva je pomáhať chorým i zdravým pri vykonávaní činností podporujúcich zdravie, uzdravenie alebo zabezpečenie pokojnej smrti, ktoré by mohli tieto osoby vykonávať i bez pomoci, ak by mali dostatok potrebných síl, vôle alebo znalostí toto robiť tak, aby im sestra pomohla znovu nadobudnúť nezávislosť a to tak rýchlo, ako je to len možné.“ Hovorí o všeobecných potrebách, ako požiadavkách a nie ako o nedostatku niečoho.

Túto definíciu prijala ICN – International Council of Nurses-Medzinárodná rada sestier - založená v r. 1899 v Londýne.

Podľa Farkašovej (2001):

- Ošetrovateľstvo je humanitná veda, ktorej schopnosti a prax sa zakladajú na vedeckých poznatkoch. Ošetrovateľská prax má nezávislé a kooperatívne funkcie, ktoré pomáhajú

jedincom, skupinám a rodinám dosiahnuť optimálny biologický, sociálny, osobný a duchovný stav.

- Ošetrovatel'stvo je integrovaná vedná disciplína, ktorej hlavným poslaním je vhodnými metódami systematicky a všestranne uspokojovať individuálne potreby človeka spôsobené chorobou a pomáhať tým, čo sa sami o seba nemôžu, nevedia alebo nechcú starať.

Svetová zdravotnícka organizácia definuje ošetrovatel'stvo ako systém typických ošetrovatel'ských intervencií týkajúcich sa zdravia jednotlivca, rodiny a komunity. Tieto činnosti sestry sú priamo zamerané na základné fyziologické, psychické, sociálne, kultúrne a spirituálne potreby.

Kvalitnú, profesionálnu a samostatnú diagnostiku nemôže sestra robiť bez toho, aby nemala vedomosti o ľudských potrebách.

#### **EMPATIA**

Termín „empatia“ má grécky pôvod podobne ako slová, ktoré majú rovnaký základ / sympatia - náklonnosť, apatia – ľahostajnosť, antipatia – odpor./ Slovo empatia sa skladá z dvoch častí: prvá časť – „em“ je predložka, ktorá znamená „do“ – dovnútra. Druhá časť má základ v gréckom slove „paschein“ – cítiť /napr. bolesť/.

Z terapeutického hľadiska je dôležitá najmä tzv. pacientom percipovaná empatia, charakterizovaná ako jeho alebo jej pocit byť pochopený a akceptovaný zo strany lekára, sestry. Toto pochopenie a akceptácia pozostáva z dvoch komponentov : kognitívneho a afektívneho. Kognitívny aspekt empatie pomáhajúceho je definovaný ako jeho schopnosť primerane pochopiť mentálny stav p/k a túto perspektívu efektívne komunikovať naspäť pacientovi. Afektívny aspekt empatie je definovaný ako schopnosť odpovedať / reagovať/ na emocionálny stav pacienta a jeho zlepšenie.

Kde sa začína empatia? Jeden nemenovaný lekár sa pýtal dvoch pacientov v terminálnom štádiu choroby, čo chcú, aby povedal stovke začínajúcich lekárov v deň ich promócie. Na počudovanie ho nežiadali, aby mladí lekári našli lieky na rakovinu. Mali len pár jednoduchých požiadaviek:

„Povedzte im, nech ma nechajú hovoriť ako prvého.“

„Povedzte im, aby zaklopali na dvere, povedali dobrý deň a dovidenia a hlavne, aby sa mi pozerali do očí, keď spolu hovoríme.“ Hĺbka príbehu sa dotýka aj nás sestier.

#### SESTRA

Sestry denne komunikujú s množstvom pacientov, ktorí nielenže sú vystavení fyzickému utrpeniu, ale aj psychickému utrpeniu a stresu, čo zvyšuje ich citlivosť na všetky negatívne podnety. Ďalšou skupinou ľudí, s ktorými je komunikácia často ešte ťažšia ako so samotným pacientom sú príbuzní, ktorí prežívajú strach z ohrozenia či straty blízkeho človeka, často nerozumejú situácii, sú zmätení a môžu sa cítiť bezmocní. Aby sestra mohla efektívne vykonávať svoju prácu je nevyhnutné, aby si s pacientom, ale aj s jeho rodinnými príslušníkmi, dokázala vytvoriť dobrý vzťah založený na vzájomnej dôvere, spolupráci a rešpekte.

Pre dosiahnutie takéhoto vzťahu sú veľmi dôležité osobnostné predpoklady sestry, napr. empatia, úprimnosť a pravdivosť, schopnosť konkrétne a zrozumiteľne sa vyjadrovať, starostlivosť, rešpektovanie p/k ako jedinečnej bytosti. To znamená, že p/k pozitívne prijme takého aký je, bez predsudkov a predpojatosti.

Jedným zo základných predpokladov pre výkon tejto profesie je schopnosť vcítienia, vžitia sa do situácie druhého, ale tiež schopnosť toto porozumenie komunikovať späť k pacientovi či príbuznému pacienta. Táto schopnosť sa nazýva empatia a je nevyhnutná pre vznik optimálneho pomáhajúceho vzťahu a pre efektívnu komunikáciu.

Význam empatie spočíva najmä v empatickej komunikácii a empatickom porozumení. Ide o takú schopnosť sestry, pomocou ktorej sa vie v rámci bezprostrednej komunikácie s pacientom vžiť do jeho duševného stavu. Na základe tohto vžitia sa vie vcítiť a pochopiť v pacientovi emócie, motívy a snahy, ktoré nevyjadruje slovami, a ktoré nevyplývajú zákonite zo situácie interpersonálneho vzťahu. Hlavným nástrojom pochopenia a vcítienia je to, že prostredníctvom empatie sa vo vlastnej osobnosti vybavujú pocity a rozličné napätia toho druhého. Na to aby sa toto vžívanie stalo empatiou je však nevyhnutné zážitok vedome spracovať a súvislosti, ktoré sme pochopili v druhom človeku, pre vlastnú potrebu pomenovať a interpretovať.

Ide tu o porozumenie vcítienia sa, ktoré vyžaduje odložiť bokom svoje Ja, „obuť si topánky toho druhého“ a svoje porozumenie prežívania druhého človeka následne aj vyjadriť. Táto základná vlastnosť sestry ako pomáhajúceho sa teda týka schopnosti vniknúť do pacientovho sveta, chápať do hĺbky zmysel jeho slov, vidieť pacientov problém z jeho vlastného hľadiska.



Keďže ošetrovatelstvo je špecifická a jedinečná profesia zahŕňajúca rad vzťahov s p/k, rodinami a kolegami, lekármi v zdravotníckom tíme, empatia môže byť považovaná za základný predpoklad efektívnej ošetrovateľskej praxe a dosahovania širokej palety ošetrovateľských cieľov.

Empatia je zároveň jedným z vysvetľujúcich princípov prosociálneho správania a pomáhania, ktorého dlhodobá a plánovaná forma je charakteristická práve pre pomáhajúce povolania.

#### **CHOROBA**

Choroba často prinúti človeka navštíviť lekára a následne stráviť určitý čas v nemocnici za účelom diagnostiky alebo liečby.

Nemocničné prostredie je cudzím, neprirodzeným prostredím a pre každého pacienta je do určitej miery stresom.

V nemocnici by malo byť hlavným cieľom ošetrovateľského tímu zabezpečiť blaho chorého. Od zdravotníckeho personálu sa preto vyžaduje profesionalita, ohľaduplnosť, zdvorilé a citlivé správanie. Pre chorého je samotná choroba, ako aj nemocničné prostredie psychickou záťažou.

Úlohou zdravotníkov je pomôcť chorému zvládať túto záťaž, spríjemniť mu pobyt v nemocnici a pozeráť sa naňho ako na psychosomatický celok, nesústredovať sa len na jeho chorobu. City a duševné stavy výrazne ovplyvňujú priebeh každej choroby.

Zdravotnícki pracovníci väčšinou neberú do úvahy duševné dianie chorého, jeho duševné potreby, ale pojem choroby im splýva s nálezom na niektorom orgáne. Samotný nemocničný režim akoby bol viac zameraný na hladkú a ničím nerušenú prevádzku oddelenia než na pacienta, ktorému má slúžiť.

Sme ešte veľa dlžní holistickému pohľadu na pacienta, tzn. nielen vedieť, čo pacienta bolí, ale aj čo cíti, čo si myslí, čo mu počas hospitalizácie prekáža, a s čím aj napriek tomu, že je chorý nesúhlasí. Keď je nespokojná duša, nemôže to prospieť ani telu.

Prostredie, v ktorom sa pacient ocitol je akési „prázdne“, chladné a cudzie. Izby sú väčšinou fádne a menej osvetlené. Vôňu, či zápach dezinfekčných prostriedkov cítiť všade. Stravovacie návyky pacienta sú narušené, sortiment jedál je iný. V izbe sú dvaja, traja spolupacienti, čo narúša intimitu, súkromie. Stresujúco pôsobia masové vizity, keď obkolesia posteľ a rozprávajú sa o pacientovi, a o veciach, ktoré sú preňho citlivou témou.

Intímne kontakty s rodinou a s priateľmi sú obmedzené. Práve tieto vzťahy mu v normálnom živote dávajú pocit istoty, vyrovnanosti, vlastnej dôstojnosti a hodnoty.

Pacient má často pocit, že s civilným oblečením odložil v nemocnici aj svoje postavenie, ktoré mal v rodine i v zamestnaní. Chýbajú mu tu veci, ktoré doma pri svojich stereotypoch používa. Vznikajú tým nové potreby, ktoré si chce a potrebuje uspokojiť, ale často nevie ako alebo to sám nedokáže.

#### **PRVÝ KONTAKT – SESTRA – PACIENT**

Väčšina sestier si túto profesiu vyberá preto, že chce pomáhať iným. Starostlivosť o pacienta/klienta /p/k/ ako činnosť, nielen ako postoj, zaberá čas, či už ide o držanie ruky niekoho, kto to potrebuje, alebo o ošetrovateľský výkon.

Vieme už pomerne dobre, ako ľudské telo pracuje, ale menej vieme o tom, ako cíti. Ošetrovateľstvo ako disciplína vyžaduje v praxi oboje : vedeckosť i humánnu bázu.

Keď chceme v rámci ošetrovateľskej starostlivosti psychologicky správne ovplyvňovať p/k, musíme brať do úvahy, ako vníma, ako prežíva svoju chorobu, a aké k nej zaujíma postoje. Stratégia a taktika psychologického ovplyvňovania vo veľkej miere závisí od príslušnosti k niektorému zo základných typov osobnosti.

Prvé kontakty s p/k v nás vyvolávajú otázky : Aký je to človek? Ako pristupuje k ošetrovateľskému tímu a k sebe samému? Aké má dominantné vlastnosti? Predovšetkým je potrebné správne odhadnúť jeho inteligenciu a schopnosti. Na tomto základe potom môžeme s ním komunikovať.

Ďalej by sme si mali všimnúť, či nejde o neurotického alebo hysterického pacienta, dôležité je zistiť, či je p/k introvert - /nadmerne si všímajú seba, svoju chorobu, sú menej spoločenský, ťažšie nadväzujú kontakt so zdravotníckym personálom/ alebo extrovert - /bývajú optimistickejší pri vyrovnávaní sa s chorobou, sú zhovorčivejší a spoločenskejší/. Významné je aj to, či je človek zameraný racionálne alebo uňho väčšmi prevažuje emocionalita. Či je vo zvýšenej miere citlivý na podnety, pochvaly, pokarhanie, či má komplexy, či je necitlivý, hrubý alebo ironický. Nemenej významné je, či ide o človeka aktívneho, činorodého alebo skôr pasívneho, ktorý sa nechá viesť, nie je iniciatívny, do činností ho treba nútiť.

V reálnej praxi sú však tieto črty rozlične kombinované, nevystupujú v čistých podobách. Osobitne citlivý prístup si vyžadujú p/k staršieho veku, ktorí sa spravidla potrebujú postávať, vyžalovať. Ľahšie sa stávajú hypochondrami, zväčša sú konzervatívni, ťažšie sa prispôbujú zmenám, fixované hodnoty a skúsenosti sú pre nich bariérou proti prijatiu nového stanoviska či postoja.

Následným krokom je správne zhodnotiť vstupné informácie a vhodne na ne reagovať, vždy porozmýšľať, čo, ako a kedy p/k povieme

#### **Spôsoby komunikácie**

Ľudia komunikujú spravidla dvoma spôsobmi:

verbálne a neverbálne.

#### **NEVERBÁLNA KOMUNIKÁCIA**

Empatické pochopenie je len krátko trvajúci akt a najčastejšie sa objaví pri neverbálnej komunikácii. Preto by si sestra mala všímať okrem toho, čo chorý hovorí, aj jeho mimo slovné prejavy, napr.:

**Pohľad – „reč očí“** veľa povie o stave chorého. Štúdiom významu zrakového kontaktu v komunikácii sa zaoberá okulezika. Vo všeobecnosti platí, že zrakovým kontaktom dávame najavo záujem alebo jeho nedostatok. Dôležitú úlohu hrajú aj viečka, ale aj vrásky po stranách očí, tvar a pohyb obočia, mrkacie reflexy. Dĺžka pohľadu vyjadruje mieru záujmu o hovoriaceho.

**Mimika** -výraz tváre je najbohatším informátorom – v tvári vieme rozlíšiť 7 druhov citov – šťastie, prekvapenie, strach, zlosť, smútok, spokojnosť, záujem. Mimika tváre je súhra výrazu očí, úst a čela. Tak ako pri postojoch, aj pri mimike rozoznávame výraz uzavretý, otvorený a neutrálny. Uzavretý výraz signalizuje, že počúvajúcí nie je ochotný prijímať informácie. Neutrálny výraz je výraz pokoja. Otvorený výraz často naznačuje úsmev. Je to signál, že to, čo hovoríme, u počúvajúceho vzbudzuje kladné emócie.

**Úsmev a pousmianie** – vo svojej podstate signalizuje oslobodenie od tlaku. Človek sa však môže smiať aj keď je v strese, niečoho sa bojí, chce zaujať alebo získať, klame či sa niekomu vysmieva.

Existuje 6 základných typov úsmevu :

- klasický úsmev s odhalenými zubami – je to priateľský úsmev.
- úsmev s veľmi poklesnutou dolnou čelusťou – to sa zvyčajne stane ak niekto dostane poriadny záchvat smiechu. Hovoríme, že sa smeje „z plných pľúc“.
- úsmev so zovretými perami – na tento úsmev si treba obzvlášť dávať pozor. Zvyčajne niečo skrýva, je v strese, nechce povedať svoj názor.
- pokrivený úsmev – ak sa niekto takto smeje, zvyčajne si myslí opak toho, čo hovorí. Tento smiech znie výsmešne.

- previnilý úsmev – osobu, ktorá sa takto smeje máme tendenciu ochraňovať, pretože vyzerá hravo, tajuplne a zaujímavo. Tak sa smeje človek pociťujúci očakávanie, vinu alebo strach.

- permanentný úsmev – je to len gesto, jeho nositeľ si ho zvyčajne ani neuvedomuje.

**Spôsob reči** – rýchlosť, chyby v reči, hlasitosť, dôraz na určité slová.

**Gestikulácia**- vzťah medzi rečou a gestami je zložitý. Gestá môžu zvýšiť dôraz a názornosť slovného prejavu, môžu sprevádzať a dokresliť obsah hovoreného a tým dávať väčšiu zrozumiteľnosť, ale môžu byť aj v úplnom protiklade s tým, čo hovoríme.

Typy gestikulácie:

- ilustrátory – prstami a rukami môžeme pridať na dôležitosť, čo povieme.

- regulátory – hlásenie sa o slovo, pozeranie dolu, na stôl, keď sa chcem vyhnúť odpovedi, ukazovanie prstom na niekoho.

- adaptéry – hladkanie vlasov, škrabanie sa za ušami, uhládzanie si šiat. V plejáde gest vyniká reč rúk. Ruky vždy hovoria pravdu. Prezrádzajú želania, pocity a signalizujú nálady.

**Pohyby tela- kinezika** - pre sestru má význam charakteristika pohybu – ukláňa sa, chodí, behá, nenápadne i nápadne posúva nohy, pohyby hlavou, rukami, prstami či krkom. Tieto, ale aj ďalšie pohyby sú verným zrkadlom nášho vnútorného postoja.

**Postoj tela- posturika** - hľadanie úľavovej polohy hovorí o stave chorého, fyzický postoj naznačuje aktivitu, či pasivitu, príklon alebo odklon, ochotu alebo neochotu k sociálnemu kontaktu, vyjadruje strach a obavy.

**Dotyky – haptiká** - bezprostredný hmatový kontakt - má dôležitú úlohu pri navodzovaní dôvery, dotyk ruky na ruku, podržanie ruky –zmierňuje strach pred zákrokom, pomáha zvládnuť zhoršovanie stavu aj úzkosť z blížiacej sa smrti.

**Priblíženie a oddialenie – proxemika** – z latinského slova proxima – blízko.

Je to druh non verbálnej komunikácie, spočívajúci vo vyjadrení vzťahu k druhému, vo vzdialenosti, ktorú od seba zaujmú vzájomne komunikujúci ľudia. Pojednáva o mimoslovnom komunikovaní pomocou oddialenia alebo priblíženia.

Komunikácia je odstupňovaná do 4 zón, a každá z nich má svoje rozpätie.

- intímna zóna – tu púšťame len svojich blízkych./cítíme dych druhého človeka/

- osobná zóna – v ktorej komunikujeme s ľuďmi, ktorých poznáme, ale nie sú nám blízky. Do 70 cm / zóna dotyku/.

- sociálna zóna – je bezpečnou zónou, v ktorej komunikujeme väčšinou s neznámymi ľuďmi./napr. na úradoch/ Do 3 m. / sféra služobného styku/.

- verejná zóna – tu sa stráca osobný kontakt a je potrebné znížiť vzdialenosť, ak nechceme na seba kričať./napr. prednášky/ Viac ako 3.5 m.

#### **VERBÁLNA KOMUNIKÁCIA**

Najrozšírenejším druhom verbálnej komunikácie v zdravotníctve je **rozhovor** s pacientom. Vo vzťahu pacient – zdravotnícky pracovník je dôležité, aby počas rozhovoru sa vytvorila priaznivá atmosféra vzájomnej dôvery. Rozhovor má byť spoločenskou formou. Veľmi záleží na dobrom začiatku rozhovoru a získaní si dôvery. Prvý dojem často ovplyvní jeho priebeh a výsledok. Dôležité je správne osloviť pacienta, a to vždy menom presne a neskreslene. Vlastné meno znie človeku príjemne a dôležito, pričom sa pozerá pacientovi priamo do očí. Usiluje sa u pacienta vzbudiť pocit dôležitosti. Uznanie vždy poteší. Aj zdravotnícky pracovník by sa mal pacientovi predstaviť svojim menom a vysvetliť mu cieľ rozhovoru.

Verbálnu komunikáciu si človek môže i nemusí uvedomovať. Slová majú nesmiernu hodnotu. Na jednej strane vedú povzbudiť, motivovať, vyzvať k spolupráci, či viere v uzdravenie, a na druhej strane môžu raniť, ublížiť či ponížiť. Človek by si mal uvedomiť, že vyslovené slová nemôže zrušiť, vymazať či vziať späť, pretože nevhodné slová možno odpustiť, ale nie zabudnúť.

Pri výbere slov treba rešpektovať nasledovné účinné prvky : jednoduchosť, zreteľnosť, prispôsobivosť, načasovanie, dôveryhodnosť.

#### **PARALINGVISTICKÁ KOMUNIKÁCIA**

Je mimo slovná zložka hlasového prejavu, ktorá umožňuje zámernú manipuláciu hlasom. Vyjadruje momentálny psychický stav hovoriaceho. Na základe nej možno dešifrovať radosť, smútok, zadumanosť, nerozhodnosť, únavu, prekvapenie, sklúčenie, ale aj strach či obavy. Medzi najdôležitejšie paralingvistické prejavy patrí sila hlasu, farba hlasu, intonácia, výšková poloha hlasu, rýchlosť slovného prejavu, pomlčky, zrozumiteľnosť reči, štylistika, dĺžka hovoru, chyby v reči a podobne.

Vedomosti a skúsenosti z paralingvistickej oblasti majú značný význam v zdravotníckej praxi. Môžu byť práve tým prvým alebo dôležitým signálom, ktorým chorý vyjadruje svoj psychický a emocionálny stav.

#### **KOMUNIKÁCIA ČINMI**

Ide o konkrétny prejav správania či konania. Je to taký spôsob komunikácie, pri ktorom nie je potrebné rozprávať, pretože skutok, čin jasne naznačuje zmysel správania. I tento druh komunikácie má a mal by mať v zdravotníckej praxi svoje zastúpenie. Čin s dobrým úmyslom, je niekedy oveľa viac ako akékoľvek ľudské slovo.

#### **EMPATICKÁ SESTRA**

Pôsobí na p/k blahodarne :

- Vzbudzuje v ňom pocit istoty a bezpečia /ten je pri chorobe ohrozený/.
- Poskytuje citovú prvú pomoc, aj dlhotrvajúcejšiu citovú podporu.
- Poskytuje mu pocit spoluúčasti – pocit „prežívam to s Vami“.
- Vytvára podmienky pre zmysluplný, efektívny rozhovor.
- Vzbudzuje v p/k pocit chápacej rezonancie – „konečne ma niekto pochopil, rozumie mi“.
- Rýchlo rozpozná psychické potreby p/k.
- Rozumie odchýlkam v jeho správaní a vie aj lepšie voliť optimálny prístup k nemu.
- Verí subjektívnym pocitom p/k / bolesti, strach z vyšetrení, z budúcnosti, úzkosti zo smrti/.
- Rozumie jeho životnej situácii.
- Pomáha p/k zmierňovať ťarchu jeho problémov.
- Zvyšuje v očiach p/k kultúru ošetrovateľskej starostlivosti.

#### **Prečo je ťažké empatický načúvať?**

- myslíme 3x. rýchlejšie ako hovoríme,
- máme v hlave myšlienky, ktorých sa nemôžeme zbaviť,
- niekedy nepočúvame názory, ktoré sa od našich líšia,
- nemáme dobrú mienku o pacientovi,
- radi počúvame svoj vlastný hlas,
- robíme závery skôr, ako pacient dohovorie.

#### **Záver**

Na fungovaní zdravotníctva sa podieľajú špecifické skupiny zamestnancov, ktorých vzájomná spolupráca je jednou zo základných podmienok vytvárania efektívnych stratégií a dosahovania úspešných cieľov. Tieto skupiny zamestnancov sú nenahraditeľné, a je úplne

zbytočné polemizovať nad tým, ktorá z nich je dôležitejšia. Všetci spoločne tvoria tím, ktorý by nemohol pracovať jednozložkovo. Lekár lieči, sestra ošetruje.

Neveľmi potešujúca je však skutočnosť, že v SR zatiaľ lekár a sestra nespolupracujú, resp. spolupracujú nedostatočne. Tento kedysi zaužívaný /spolu/práce dnes už nemôže efektívne fungovať. Pretože tak, ako sa lekári učia novým metódam v oblasti diagnostiky, terapie a prevencie, sestry si osvojujú nové metódy prístupu k pacientovi -holistickú ošetrovateľskú starostlivosť. Obaja lekár aj sestra -pracujú s rovnakými cieľmi. Ak lekár ako empatická osobnosť s obratnosťou v spoločenskom styku a potrebou tímovej spolupráce v pozícii zamestnávateľa či nadriadeného správne chápe význam pojmu spolupráca, potom vedie sestru k samostatnosti, erudovanosti, podporuje jej zdravé sebavedomie. Sestra sa tak stáva spoľahlivou kolegyňou a pracovisko skutočne dôstojným priestorom, v ktorom hodno tráviť väčšinu svojho života. Od motivovanej sestry sa dá očakávať dokonalá asistenčná spolupráca, dobrá organizácia a manažment prevádzkového poriadku oddelenia a ambulancie, odbremenenie od povinností, ktoré sú pre lekára často časovo nezvládnuteľné. Niet ideálnejšej spolupráce, ako je tá, pri ktorej sa možno na kolegyňu/kolegu spoľahnúť, kde panuje vzájomná úcta a dôvera, kde sa problémy riešia konštruktívne a otvorene. Je faktom, že najlepším motivačným faktorom je odmeňovanie a pochvala. Pri pochybení je zase účinné taktné upozornenie či žiadosť o zmenu pracovných návykov. Pokojne, trpezlivo, bez urážok, nadávok a nervozity. Dôstojné pre obe strany. Avšak lekár alebo nadriadený bez schopnosti empatie sedí na nesprávnej stoličke a v nesprávnom rezorte. Dnes, keď hovoríme o potrebe zvyšovania kvality ošetrovateľskej starostlivosti, sa psychologické aspekty formujúce osobnosť stávajú obzvlášť aktuálnymi. Popri racionálnych prístupoch sestra vo svojej práci uplatňuje aj emocionálny prístup. Bez neho je ošetrovateľská starostlivosť takmer nemožná. Ide len o to, či je sestra emocionálne orientovaná a naladená pozitívne alebo negatívne.

Uplatnenie schopnosti empatie v práci s p/k sestru stiahne k pozitívnemu pólu, pričom na samotnú prácu vlastne nemusí vynaložiť ani viac energie, ani námahy. Nepotrebuje na to žiadne špeciálne pomôcky ani materiálne podmienky, ale potrebovala by mať menej pacientov. Potrebuje „len“ dostať sa na chvíľu do istej rezonancie s p/k tak, aby obaja „vysielali na rovnakej vlne“.

Človek by sa mal vedieť vcítiť aj do biliardovej gule, mal by vedieť vycítiť, akým smerom sa pohne, ak do nej strčíme. Vcítiť sa do človeka je iste náročnejšie, ale ošetrovateľstvo ako vysoko humánna činnosť bez tohto vcítienia nemôže nikde na svete splniť očakávania tých, ktorým ošetrovateľskú starostlivosť poskytujeme.



Nezabúdajme, že uznanie iných ľudí je základom prirodzeného mravného zákona, a samozrejmosťou súčasťou takto chápaného práva každej osoby je úcta k nej, garancia rešpektu pred jej slobodou i povinnosť chrániť ju pred každou diskrimináciou.

Pojem ľudskej dôstojnosti sa stal súčasťou ako európskych a medzinárodných dokumentov / napr. Charty OSN, Deklarácie ľudských práv, Charty základných práv EÚ/, tak aj mnohých ústavných zákonov jednotlivých štátov.

#### **Bibliografia**

BUDA, B.1994. *Empatia – psychológia vcítania a vžitia sa do druhého*. Nové Zámky: Psychoprof,1994.

FARKAŠOVÁ,D.2001. *Ošetrovatel'stvo- teória*, Osveta, Martin,2001

FETISOVÁ,Ž., HANZLÍKOVÁ,A.,ADAMICOVÁ,K.. 2000. *Hospic sv. Martina v Martine – Vízia a realita*. Zborník 4. medzinárodnej konferencie o vzdelávaní v ošetrovatel'stve v Martine,2000, s. 204-210

HONEY,P. 1997. *Tváří v tvář*. Průvodce úspěšnou komunikací. Praha : Grada. 1997. ISBN 80-7169-445-2

KUHLINGER,G.P. – FRIEDEL,J. 2007. *Komunikační a jiné „ mekké“ dovednosti*.Praha: Grada. 2007. ISBN 978-80-247-2145-3

NÁKONEČNÝ, M.. 1995. *Psychologie osobnosti*. Academia, Praha,1995

ŠKARBOVÁ,A.1992. *Psychológia v klinickej onkológii*. Bratislava: VZ,1992

ŠÚTOVEC,J. a kol. 1994. *Psychológia a pedagogika*. Vydavateľstvo Osveta, Martin,1994

ZLÁMALOVÁ,V.1989. *Psychologický aspekt v práci sestry*. Zdravotnícka pracovnice, roč. 39/1989. č.10, s.603-605.

#### **Kontakt**

Mgr. Dohňanská Eva

Fakultná nemocnica Trenčín

Legionárska 28, 911 71 Trenčín

e-mail: a.ave@pobox.sk

#### **Recenzia**

Mgr. Ing. Martina Špániková, PhD.



## MOTIVÁCIA SESTIER K PRÁCI SO SENIORMI

### MOTIVATION TO NURSES WORKING WITH SENIORS

Gabriela Doktorová

#### Abstrakt

V predloženom príspevku sa zaoberáme motiváciou sestier k práci s pacientmi - seniormi. Poukazujeme na zmeny sprevádzajúce starobu a špecifickosť ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta - seniora. Starostlivosť o geriatrického pacienta je pre sestru náročná po fyzickej a psychickej stránke. Okrem charakteru práce je sestra vystavovaná stresu, nízkemu spoločenskému statusu a nedostatočnému finančnému ohodnoteniu. V príspevku definujeme faktory, ktoré sestry motivujú resp. demotivujú k práci so seniormi.

**Kľúčové slová:** sestra, senior, ošetrovateľská starostlivosť, geriatrický pacient, motivácia.

#### Abstract

In the present paper we describe the motivation of nurses to work with patients - seniors. We highlight changes accompanying old age and specificity of nursing care for patients - senior. Care of the geriatric patient's nurse challenging both physically and mentally. In addition to the nature of work is exhibited sister stress, low social status and lack of financial remuneration. In this paper we define the factors that motivate nurses respectively. demotivate to work with seniors.

**Keywords:** nurse, senior, nursing care, geriatric patient motivation.

#### Úvod

V súčasnosti je jedinec vystavený v zamestnaní i mimo neho množstvu faktorov vonkajšieho alebo vnútorného prostredia, ktoré ho ovplyvňujú či už pozitívne alebo negatívne. Ako sa s nimi človek dokáže vyrovnat', je vo veľkej miere podmienené kapacitou jeho fyzickej zdatnosti, psychickej odolnosti, znalostí, zručností a inteligencie. Z pohľadu pracovnej záťaže patrí profesia sestry celosvetovo medzi najrizikovejšie povolania. Ani najmodernejšia technika nenahradí sestru v procese uspokojovania potrieb pacienta a ľudský kontakt. Práca sestry so seniormi sa vyznačuje určitými špecifickými črtami. Rešpektuje zvláštnosti vysokého veku, funkčný profil starého človeka, jeho schopnosť samostatnej existencie. Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti sú dané mnohými problémami a zmenami, ktoré sestra definuje a to v oblasti somatickej, psychickej a sociálnej. U pacienta sa môžu prejaviť v

rôznej miere charakteristických vlastností. Môžu byť akútne, chronické, potenciálne, ale predovšetkým majú permanentný charakter, ktorý si vyžaduje nepretržité ošetrovateľské intervencie (Bates et al., 2003., Doležil - Carbolová, 2007.).

Aby sestra mohla kvalitne vykonávať svoju prácu, je nevyhnutné, aby bola sama v dobrej psychickej a fyzickej kondícii, aby mala zodpovedajúce pracovné podmienky, dokázala si urobiť čas sama pre seba a porozumieť svojim pocitom. Iba tak dá pacientovi potrebný pocit istoty a bezpečia (Novotná - Valentová, 2011., Křivohlavý, 2010).

Mnoho odvetví medicíny dospelo k významnému pokroku v liečení ochorení, ktoré v minulosti významne skracovali dĺžku ľudského života. Za posledných 15 rokov sa predĺžila stredná dĺžka života asi o 6 rokov. Mnohí seniori sa dožívajú vyššieho veku vo veľmi dobrej telesnej a duševnej kondícii. Pribúda pacientov v seniorskom veku. S pacientom - seniorom sa stretávame na každom klinickom oddelení (okrem pediatrie). Geriatrický pacient si prináša so sebou určité charakteristiky, typické pre seniorský vek. Preto aj starostlivosť o geriatrického pacienta si vyžaduje určité špecifiká, ktorým je treba venovať zvýšenú pozornosť. U geriatrických pacientov je významným faktorom vek, stav kognitívnych funkcií, funkčné obmedzenia, stupeň sebestačnosti, komorbidity a pod. Charakteristická špecifickosť starostlivosti o geriatrického pacienta je odvodená od zmien v organizme človeka, kedy predovšetkým na základe krehkosti seniora dochádza k strate sebestačnosti, ktorá je podľa Hudákovvej a Majerníkovvej (2013) vždy dôsledkom kombinácie zdravotného postihnutia, nárokov prostredia a sociálnej situácie. Práca sestier so seniormi je veľmi náročná nielen po fyzickej a psychickej stránke, ale aj po stránke odbornej a vyžaduje si celoživotné vzdelávanie. Ťažká fyzická záťaž v ošetrovateľskej starostlivosti o geriatrického pacienta je spojená hlavne s manipuláciou s často imobilnými chorými. Sestra sa veľakrát stretáva s pacientmi, ale aj s ich rodinami v nesmierne ťažkých životných situáciách. Konfrontácia s utrpením, zomieraním, smrťou a pocitom vlastnej bezmocnosti môžu byť príčinou vyhorenia, ale aj vysokej miery fluktuácie na geriatrických pracoviskách.

Pomáhajúce profesie, ako aj povolanie sestry bolo, je a bude fyzicky, psychicky a emocionálne náročným povolaním. Povolanie sestry tvorí celý systém spoločenských rolí, ktoré sú horizontálne a vertikálne členené. Osvojenie si roly sestry a adaptácia na stále novo vznikajúce funkcie a zvyšujúca sa zodpovednosť, úzko súvisí so spoločenským postavením povolania (Bártlová, 2005).

V súčasnosti sestry vo vyspelých krajinách sa usilujú o vytvorenie obrazu sestry profesionálky, ako jedinca progresívneho, sofistikovaného, asertívneho, ktorý sa vzdeláva a snaží sa dosiahnuť čo najvyššiu úroveň ošetrovateľskej starostlivosti. V dnešnom modernom ošetrovateľstve sa inklinuje k poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti založenom na dôkazoch a dostupných informáciách a odkláňa sa od emócií a predsudkov. Veľká psychická a emocionálna záťaž súvisí taktiež so samotnou podstatou ošetrovateľskej profesie, so sociálnymi interakciami s pacientom a s ostatnými členmi multidisciplinárneho ošetrovateľského tímu. Pre všetkých členov ošetrovateľského tímu pribúdajú nové činnosti, ktoré mnohokrát nesúvisia s ošetrovateľskou činnosťou a môžu viesť k následnej dehumanizácii ošetrovateľstva (Bártlová, 2005).

Na sestry sú kladené vysoké nároky nielen z hľadiska fyzického a psychického, ale aj po odbornej stránke už vo fáze prípravy na povolanie. Sestra pracuje konvenčne v tíme, kde sa stretáva so vzťahom nadradenosti a podradenosti. Na sestru je kladená požiadavka samostatnosti, ale aj účinnej spolupráce. Psychické napätie resp. záťaž vzniká, ak je rozpor medzi nárokmi a schopnosťou jedinca tieto nároky plniť. V súčasnosti je problémom špecifikácia kauzálnych faktorov, ktorých odstránenie by minimalizovalo stres v profesii sestier. Nie vždy je sestra schopná požiadavky zo strany pacienta a nadriadeného plniť v dostatočnej miere, je limitovaná svojimi schopnosťami, silami a kompetenciami. Sprevádza ju pocit strachu až úzkosti, ktorý prerastá do formovania psychických bariér, brániacich sestru v pracovnej činnosti naplno využiť svoje vedomosti a schopnosti (Szarková, 2004). Heftyová (2002) uvádza, že náročná práca, vysoká zodpovednosť a prolongovaný stres môžu viesť k emočnému vyčerpaniu alebo depresívnej dekompenzácii. Ako najzávažnejšie faktory z aspektu psychickej záťaže sestier sa uvádzajú práca v nútenom tempe, monotónna práca, práca na zmeny, pod časovým tlakom a sťažená sociálna interakcia. V súčasnosti má stav zvýšenej psychickej záťaže stúpajúcu tendenciu.

Okrem fyzickej a psychickej záťaže sestier samotnou pracovnou činnosťou, pridružujú sa ďalšie faktory: práca na zmeny, nadčasy, nedostatok času na voľno časové aktivity, komplikované medziludské vzťahy prispievajú k zmenám v správaní, hodnotení a konaní sestry. K ďalším faktorom ovplyvňujúcim profesiu sestry je rola sestry ako matky, manželky, živiteľky rodiny. Špecifický prístup sestry ku geriatrickému pacientovi sa odráža nielen na postoji k pacientovi, ale aj na samotnej sestre v podobe zvýšenej záťaže, prepracovanosti a únavy až k spokojnosti či nespokojnosti so svojou prácou. Špatenková (2011) upozorňuje na skutočnosť súvisiacu s geriatrickým ošetrovateľstvom, a to na zníženú schopnosť adaptácie

geriatrického pacienta na zmenu prostredia, čoho dôsledkom je vznik hospitalizmu, ktorý sa prejavuje nespavosťou, depresiou, agresivitou, dezorientáciou a ďalšími problémami nielen psychického rázu. Všetky uvedené skutočnosti spolu s charakterovými vlastnosťami geriatrického pacienta môžu veľmi silne ovplyvniť ošetrojúci personál v negatívnom slova zmysle a môžu byť príčinou a jedným z dôvodov nespokojnosti sestier, syndrómu vyhorenia a apatie, ktoré môžu vyústiť do zmeny pracovného zamerania.

Významným aspektom dobrého pracovného výkonu je motivovanie pracovníkov. Motivácia je základom ľudských zdrojov a priamo úmerne ovplyvňuje dosiahnuté výsledky. Stále platí tvrdenie Žiakovej (2003), ktorá uvádza, že vzhľadom na súčasný reformný stav v zdravotníctve, ktorý je charakteristický absenciou ekonomických zdrojov, nevyhovujúcim mzdovým systémom a nedostatkom sestier, majú manažéri v ošetrovatelstve náročnú úlohu - nájsť vhodné metódy a spôsoby motivácie a tým aj zabezpečiť kvalitu poskytovanej starostlivosti. Motiváciu sestier v práci so seniormi ohrozujú faktory, ktoré intenzívne ovplyvňujú pracovné prostredie, profesionálnu spokojnosť sestier a vzťahujú sa na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. V praxi to znamená využívať motivačné techniky, ktoré podporujú osobný rast, ale aj používať efektívnu komunikáciu založenú na spätnej väzbe. Absentuje motivačná taktika zdravotníckeho zariadenia, starostlivosť o zamestnancov a ich pracovné podmienky. Alexy (2004) uviedol, že napäté situácie na pracovisku, ako hrozba prepúšťania, nedostatočné materiálne a technické vybavenie, psychická a fyzická náročnosť práce, vykonávanie práce v kompetencii lekára, mobbing a zlé interpersonálne vzťahy súvisia s pozitívnym alebo negatívnym vnímaním nových trendov a transformácie v ošetrovateľskej praxi a zreteľne sa podieľajú na demotivácii na pracovisku.

Najčastejšie následky súvisiace s demotivačnými faktormi na pracovisku sú pokles záujmu o prácu a dianie v zamestnaní, fluktuácia, ľahostajnosť, apatia, ktorá u zdravotníckeho personálu môže prerásť do syndrómu vyhorenia. Prejavujú agresivitu a nepriateľstva v rámci pracovného kolektívu môžu byť základom demotivácie. Aby sestry vnímali a prežívali svoju profesiu ako zmysluplnú a mali zo svojej práce pocit spokojnosti a potešenie, k tomu môžu prispieť manažéri v ošetrovatelstve na rozličných stupňoch riadenia. Kachaňáková (2003, s. 212) prezentuje názor: „Cielenou motiváciou, investovaním do rozvoja pracovníkov organizácia prispieva k zvýšeniu výkonu zamestnanca, ale aj ku kvalitatívnej úrovni poskytovaných služieb pre pacienta resp. klienta. Recipročne dochádza k uspokojovaniu osobných potrieb zamestnancov.“

#### Záver

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta - seniora je veľmi náročná a špecifická. Vyplýva z procesu starnutia a zo zmien, ktoré starobu sprevádzajú a ktoré je treba pri poskytovaní starostlivosti zohľadňovať. Táto skutočnosť môže mať vplyv na pracovnú spokojnosť a motiváciu zdravotníckych pracovníkov, resp. sestier. Sestry vstupujú do klinickej praxe plné odhodlania a ideálov. V praxi sú vystavené permanentnému stresu, psychickej a fyzickej záťaži. Je dôležité si uvedomiť, že správnou motiváciou sestier, investovaním do ich rozvoja sa priamo úmerne zvyšuje úroveň poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

#### Bibliografia

- ALEXY, J. a kol. 2004. *Manažment ľudských zdrojov a organizačné správanie*. 1. vydanie. Bratislava: IRIS, 2004. 257 s. ISBN 80-89018-59-9
- BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydanie. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- DOLEŽIL, D - CARBOLOVÁ, K. 2007. Vegetativní stav (apalický syndrom). In *Neurologie pro praxi*. ISSN 1213-1814, 2007, roč. 8, č. 1, s. 27-31.
- HEFTYOVÁ, E. 2002. Hrozí sestřám vyhoření ? In: *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2002, č.3, s. 44-45.
- KACHAŇÁKOVÁ, A. 2003. *Riadenie ľudských zdrojov*. 1. vydanie. Bratislava: SPRINT, 2003. 212 s. ISBN 80-89085-22-09.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2010. *Sestra a stres*. 1. vydanie. Praha: Grada Publishing, 2010. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
- NOVOTNÁ, L. - VALENTOVÁ, M. 2011. Zátěž sester v péči o umírající. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2011, roč. 21, č. 1, s. 26-27.
- SZARKOVÁ, M. 2004. *Psychológia*. Bratislava: Ekonóm, 2004. 168 s. ISBN 80-225-1787-9.
- ŽIAKOVÁ, K. et al. 2003. *Ošetrovateľstvo teória a vedecký výskum*. 1. vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2003. 319 s. ISBN 80-8063-131-X.

**Kontakt**

Mgr. Gabriela Doktorová, PhD.

TU v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Univerzitné námestie 1, 917 01 Trnava

e-mail: gabriela.doktorova@truni.sk

**Recenzia**

Ing. Miroslav Špánik, PhD.

## BARIÉRY V KOMUNIKÁCIÍ PRI SOCIÁLNEJ REHABILITÁCIÍ ĽUDÍ SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

### BARRIERS TO COMMUNICATION DURING SOCIAL THERAPY OF PEOPLE WITH DISABILITY

Margaréta Domiterová

#### **Abstrakt**

Pri integrácií ľudí so zdravotným postihnutím v spoločnosti je jednou z foriem poskytovaných služieb sociálna rehabilitácia. Jej úspešnosť môže ovplyvniť aj spôsob komunikácie odborníkov s klientmi/pacientmi. Pri komunikácii je potrebné eliminovať výskyt bariér v komunikácii.

**Kľúčové slová:** sociálna rehabilitácia, zdravotné postihnutie, integrácia, komunikácia, bariéry

#### **Abstract**

Social therapy is one of the services offered for people with disability helping them in social integration. If successful social therapy can affect the way of communication of professionals and clients/patients. It is necessary to eliminate barriers to communication.

**Keywords:** social therapy, disability, integration, communication, barriers

#### **Úvod**

Valné zhromaždenie OSN 20. decembra 1993, schválilo odporúčajúci dokument „Štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím“. Na základe tohto dokumentu vláda Slovenskej republiky v roku 2001 schválila „Národný program rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím.“ Osobitné miesto na medzinárodnej úrovni, ktorý sa zaoberá touto problematikou, je Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a s ním súvisiaci Opčný protokol, ktorý podpísal náš prezident 26. septembra 2007. Na základe týchto dokumentov v našej spoločnosti prebiehajú snahy a úsilia zamerané na integráciu ľudí so zdravotným postihnutím a elimináciu bariér, ktoré bránia tejto integrácii. Jednou z foriem integrácie v rámci poskytovania sociálnych služieb občanom so zdravotným postihnutím je sociálna rehabilitácia.

#### **Sociálna rehabilitácia**

Podľa § 21 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách sociálnu rehabilitáciu zaraďujeme medzi odborné činnosti. Jej cieľom je podporiť samostatnosť, nezávislosť a sebestačnosť ľudí so zdravotným postihnutím. Ďalej je to rozvoj a nácvik zručností, aktivácia schopností a posilňovanie návykov pri rôznych úkonoch pri celkovej starostlivosti o domácnosť a pri sebaobsluže. Jej cieľom je začlenenie jednotlivca do spoločnosti, s využitím všetkých dostupných prostriedkov, prirodzených a dostupných zdrojov v rodine a celkovo v komunite, materiálneho zabezpečenia, uplatnenie a využitie osobného potenciálu jednotlivca, zaistenie sociálnych služieb a úpravy miestnych podmienok. Môže to byť najmä nácvik činností, ako je: používanie pomôcky, práce v domácnosti, priestorová orientácia u nevidiacich, samostatný pohyb u ľudí s telesným a zrakovým postihnutím, výučba písania a čítania v Braillovom písme, nácvik komunikačných a sociálnych zručností a ďalšie činnosti. V rámci sociálnej rehabilitácie sa poskytuje **sociálno – právne poradenstvo** so zameraním na sprostredkovanie pomoci a podpory štátu (dôchodkové zabezpečenie, kompenzačné pomôcky, poskytovanie služieb, štátne dávky a príspevky, informácie z oblasti legislatívy so zameraním na ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím) a **technické poradenstvo** zamerané na kompenzačné pomôcky, ich používanie a úpravu, úpravu bytov pri riešení bezbariérovosti.

Sociálna rehabilitácia, ktorú realizuje tím odborníkov (najmä sociálni pracovníci a zdravotnícky personál) je **súčasťou ucelenej rehabilitácie**, ktorá by sa mala poskytovať ľuďom so zdravotným postihnutím. Okrem sociálnej rehabilitácie sem patrí:

**Zdravotná rehabilitácia**, ktorá využíva metódy na obnovenie stratených alebo nevyvinutých schopností pri stabilizácii zdravotného stavu jednotlivca. Zahŕňa: reparáciu (operačné zásahy a úpravy), medikamentóznou liečbu, fyzioterapiu, liečebný telocvik, elektroliečbu, balneoterapiu, masáže, laseroterapiu, liečbu ultrazvukom, biotrónovú liečbu a iné, ďalej poskytovanie lekárskeho poradenstva so zameraním na určité ochorenie a spôsob životného štýlu s daným postihnutím.

**Psychologická rehabilitácia** je zameraná na zvládnutie situácií spojených so zmenou zdravotného stavu, po úrazoch, pred a po operáciách, dosiahnutie zmien pri sebahodnotení, liečba psychosomatických chorôb. Zahŕňa individuálnu a skupinovú psychoterapiu, aplikované terapie (muzikoterapia, arteterapia), tréningy psychosociálnych zručností.

**Pedagogická rehabilitácia** prebieha v oblasti vzdelávania, prípravy na budúce povolanie a rekvalifikácie. Uskutočňuje sa v prostredí škôl, zahŕňa najmä tvorbu individuálnych vzdelávacích plánov a kariérne poradenstvo.



**Rodinná rehabilitácia** sa sústreďuje na obnovu a podporu vzťahov v rodine, vzťahov jednotlivca so zdravotným postihnutím a podporu tých, čo sa starajú o ľudí s postihnutím.

**Pracovná rehabilitácia** je zameraná najmä na pracovné uplatnenie sa. Zahŕňa kariérne poradenstvo a vytváranie podmienok pri pracovnom uplatnení sa, napríklad v rámci chránených pracovísk a dielní.

**Voľnočasová rehabilitácia** zahŕňa vykonávanie rôznych voľnočasových aktivít. Je zameraná na využitie potenciálu a schopností jednotlivca a sebazvedávanie.

V rámci ucelenej rehabilitácie má svoje miesto aj **poskytovanie duchovného poradenstva**. (Novosad, 2006).

Podľa prvého odporúčenia Rady Európy (č. R/92/C z apríla 1992) je cieľom celkovej rehabilitácie poskytnúť ľuďom so zdravotným postihnutím čo najširšiu účasť na spoločenskom a hospodárskom živote a umožnenie čo najväčšej nezávislosti. Poskytovaná odborná pomoc sa má uskutočňovať na princípe rovnakých príležitostí a pri dodržiavaní základných práv a slobôd. Táto pomoc má napomôcť k zmierneniu, eliminácii a kompenzácii príčin daného zdravotného postihnutia, ktoré bránia celkovej integrácii do spoločnosti. Tento druh pomoci vyvádza klienta/pacienta z pasívnej účasti na riešení problému a pomáha mu pri hľadaní zdrojov podpory v najbližšom okolí. Pri sprevádzaní by klienti/pacienti mali mať priestor na predkladanie vlastných pocitov a potrieb tak, aby dokázali požiadať aj o pomoc, aby sa im zvyšovala dôvera vo svoje schopnosti a účinne, cieľavedome dokázali využívať svoje nadanie a zručnosti.

Výsledok vzájomnej spolupráce, spokojnosť klientov/pacientov pri uskutočňovaní sociálnej rehabilitácie v nemalej miere ovplyvňuje aj vzájomná komunikácia. V rámci komunikácie môže dôjsť k nepochopeniu obsahu rozhovoru pri podávaní informácií, nespokojnosť so spôsobom odovzdávania informácií, čo vedie k nespokojnosti zo strany klientov/pacientov. Vznikajú bariéry – prekážky v komunikácii, ktoré bránia úspešnému rozhovoru. Tieto **komunikačné bariéry** môžu byť:

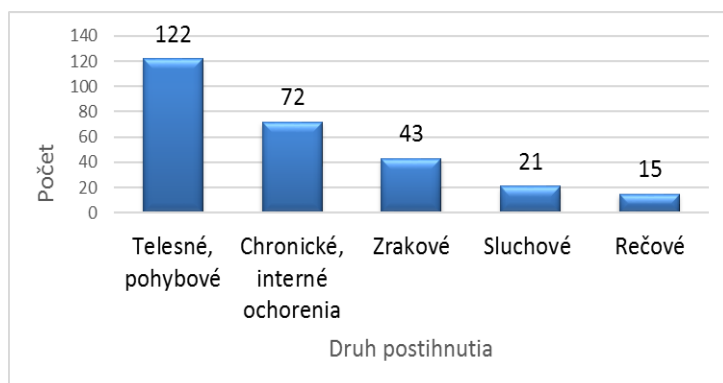
- a) **vyplývajúce zo zdravotného postihnutia** - problémy pri dorozumívaní (napr. pri poruchách sluchu, zraku, pri problémoch s artikuláciou a pod.). Ich výskyt môžeme eliminovať dodržiavaním pravidiel a zásad pri komunikácii s klientmi/pacientmi pri jednotlivých druhoch zdravotného postihnutia (zrakové, sluchové, rečové...),
- b) **vyplývajúce z nesprávnej komunikácie**, ktorú ovplyvňujú nesprávne postoje a predsudky populácie voči ľuďom s akýmkoľvek postihnutím.

#### Výskum bariér v komunikácii

Na zistenie výskytu bariér v komunikácii vyplývajúcich z nesprávnej komunikácie sa v rokoch 2010 – 2011 realizoval na vzorke 100 respondentov výskum bariér v komunikácii u ľudí s telesným postihnutím (In Domiterová, 2011). V roku 2016 sa overovali výsledky výskumu a uskutočnil sa výskum u ľudí s telesným, sluchovým, zrakovým postihnutím, chronickým ochorením a poruchami reči (In Domiterová, 2016). Skúmal sa výskyt 35 zadaných možných bariér, ako ich vnímajú ľudia so zdravotným postihnutím. Skúmané oblasti výskytu boli: **doma** (v najbližšej rodine), **v okolí** (pri návšteve lekára, v škole, v zamestnaní, na internáte, pri voľnočasových aktivitách, na ulici, v obchodoch...) **a na úradoch** (pri vybavovaní rôznych pomôcok, dávok, príspevkov...)

Výskumu sa zúčastnilo 192 respondentov, z toho 68% žien a 32% mužov.

Graf 1 Charakteristika respondentov podľa zdravotného postihnutia



Zdroj: Domiterová, 2016

Pri oboch výskumoch bol najnižší výskyt bariér v komunikácii v oblasti doma. V roku 2011 bola oblasťou s najvyšším počtom výskytu bariér v komunikácii oblasť úradov, v roku 2016 to bola oblasť okolie. Percentuálny výskyt pri porovnaní z rokom 2011 sa zvýšil približne o 20%. Netrúfame si uviesť príčiny nárastu bariér v tejto oblasti. Môžeme len predpokladať súvislosť s komunikáciou a nespokojnosťou respondentov u lekárov, v zdravotníckych zariadeniach, ako to v rámci pripomienok uviedli samotní respondenti.

V roku 2016 bola najčastejšia uvedená bariéra v oblasti okolie **Upokojovanie, nadľahčovanie, neproduktívne chlácholenie**, ktorú označilo 76,06 % respondentov, v r. 2011 49 % (3. v poradí). Slowík (2010, s. 22) uvádza, že k ľuďom s postihnutím, alebo zo závažným ochorením, by sme mali byť citliví, mali by sme mať empatický prístup, ale nemali by sme ich ľutovať. To považujú mnohí za ponížujúce. Citujeme názory respondentov, ktoré to potvrdzujú: „Existuje akási zábrana v komunikácii so ZŤP osobou, ľudia nevedia, alebo sa

boja reagovať, skôr ľutujú týchto ľudí.“ Ako negatívny prístup pri riešení problémov respondenti uviedli: „Zľahčovanie situácie.“

V poradí druhou bariérou je **Vnucovanie rád, vychovávanie**. Je potrebné si uvedomiť, že okrem prostredia školy, kde je vzdelávanie prepojené aj s výchovou osobnosti, nie je v ostatných oblastiach priestor na vychovávanie ľudí s postihnutím. Vyžaduje sa partnerský prístup, ktorý znamená, že osobu, s ktorou komunikujeme, prijímame predovšetkým ako človeka, bez ohľadu na odlišnosti alebo obmedzenia (Slowík, 2010). Uvádzame názory respondentov, čo zhoršuje komunikáciu v oblasti okolie: „Ľahostajnosť, nervozita a preťaženosť zdravotníckych zariadení vyplývajúca z obmedzeného množstva zdravotného personálu“, „Nechota odpovedať na otázky v zdravotných zariadeniach a lekárske ambulanciách“, „Niektorí lekári pristupujú k pacientom ako remeselníci pri bežiacom páse“. Ako príčiny výskytu bariér uvádzajú ďalej: „Ľútosť, podceňovanie a nechota počúvať ľudí.“ Za závažné považujú aj: „Nadradenosť komunikujúceho s postihnutým.“

V skúmanej oblasti **úradu** v oboch výskumoch bola prvá v poradí bariéra **Neodborné, nekvalitné informácie** 78,72%, nasleduje **Nechota riešiť problémy** 72,87%, **Povýšenecké vystupovanie** 68,62%, **Používanie odborných výrazov** 66,49%, ktorá je špecifická pre túto oblasť úradu (v okolí bola uvedená na 30. pozícii, doma na 20. pozícii). Bariéru **Autoritatívne konanie** uviedlo 65,96 % respondentov.

Uvádzame **25 najčastejších bariér v komunikácii v oblasti okolie** (v roku 2016 uviedla väčšina z celkového počtu respondentov - nad 53,19% a 100% zhoda výskytu najčastejších bariér v komunikácii s výskumom v roku 2011). Poradie od najväčšieho výskytu: 1. Upokojuvanie, nadľahčovanie, neproduktívne chlácholenie; 2. Vnucovanie rád, vychovávanie; 3. Nechota riešiť problémy; 4. Neodborné, nekvalitné informácie; 5. Zisťovanie a výsluch, dopytovanie, vyzvedanie sa; 6. Intrúzia (skákanie do reči); 7. Nesústredenosť na komunikáciu; 8. Hodnotiace výrazy; 9. Nezáujem (arogantné správanie); 10. Jasnovidectvo v komunikácii; 11. Dvojkoľajná komunikácia; 12. Výsmech, sarkazmus, irónia, škodoradosť; 13. Povýšenecké vystupovanie; 14. Unikanie od témy; 15. Jednosmerná komunikácia; 16. Unfair zákroky (rany pod pás); 17. Hovorenie poloprávdy až nepravdy; 18. Moralizovanie, kázanie; 19. Tlačenie do rozhodnutí a riešení; 20. Stigmatizovanie nálepkovaním; 21. Falošné pochlebovanie; 22. Manipulácia; 23. Odkladanie problémov; 24. Neúcta; 25. Nesympatia, odpor.

#### Záver

Každý jednotlivec si vyžaduje individuálny prístup. Úlohou sociálnych a zdravotných pracovníkov, ktorí sa podieľajú na procese sociálnej rehabilitácie v rámci poskytovania sociálnych služieb, by mali byť snahy a úsilia pri sprevádzaní klienta/pacienta tak, aby dokázal zdolávať prekážky a samostatne sa rozhodoval. Je to náročná, ale záslužná služba v prospech a dobro klienta/pacienta. Pri tomto sprevádzaní je nevyhnutné získavať zručnosti v správnej komunikácii, či je to vzhľadom na špecifickú komunikáciu pri určitých druhoch postihnutia, ale celkovo i sociálnu komunikáciu, pri ktorej je potrebné uvedomovať si komunikačné bariéry. Žiaľ, na základe výsledkov výskumu musíme konštatovať, vzhľadom na to, že určitý druh bariér označila väčšina respondentov, že z pohľadu ľudí so zdravotným postihnutím sa tieto bariéry v prostredí označenom ako okolie, ktoré zahŕňa aj komunikáciu v zdravotných zariadeniach, vyskytujú vo vysokej miere. Aj z tohto dôvodu je potrebné si ich uvedomovať a podľa možností ich v rámci komunikácie eliminovať.

#### Bibliografia

- DOMITEROVÁ, M. 2011. *Občan s telesným postihnutím ako klient sociálneho pracovníka*. 2011. M002835. Kvalifikačná práca.
- DOMITEROVÁ, M. 2016. *Eliminácia bariér pri spoločenskej integrácii osôb so zdravotným postihnutím*. 2016. D016783. Dizertačná práca.
- NR SR: Zákon č. 448 /2008 z 30.10.2008 *o sociálnych službách* a o zmene a doplnení zákona 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. *Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014 – 2020*. [online]. Bratislava. 2014 [cit. 2009.06.10.] Dostupné na internete: <https://www.minedu.sk/data/att/7770.pdf>.
- NOVOSAD, L. 2006. *Základy speciálneho poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
- SLOWÍK, J. 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

**Kontakt**

Mgr. Margaréta Domiterová

Rose, centrum pre rodinu, o. z.

Ružomberok

e-mail: margareta3@gmail.com

**Recenzia**

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD. MHA.

## SPOLUPRÁCA ADOS S INŠTITÚCIAMI POSKYTUJÚCIMI SOCIÁLNE SLUŽBY

### COOPERATION ADOS WITH INSTITUTIONS PROVIDING SOCIAL SERVICES

Alena Dziacka, Andrea Botíková

#### Abstrakt

Dôsledky starnutia populácie sa dotýkajú rôznych sociálnych, ekonomických a zdravotných aspektov. Hranice medzi profesionálnym ošetrovatelstvom a sociálnymi službami sa čoraz viac zužujú. Príspevkom poukazujeme na komplexnosť sociálnych a zdravotných služieb poskytovaných multidisciplinárnym tímom formálnych a neformálnych poskytovateľov. Každý člen tímu môže pochádzať z inej inštitúcie, ale spolu riešia potreby jedného pacienta. Cieľom komplexnej starostlivosti v sociálnych zariadeniach je nadobudnutie optimálnej kvality života každého klienta zariadenia a vytvorenie podmienok na aktívne a zdravé starnutie. Predlžovanie priemerného veku pacientov si vyžaduje intenzívnejšiu ošetrovateľskú starostlivosť zameranú na kvalitu života klienta, efektivitu starostlivosti, individualitu, ekonomickosť a dostupnosť. Symbióza medzi lekárom, sestrou a sociálnym pracovníkom je rozhodujúca pre zefektívnenie sociálno - zdravotných služieb. Vypelost' spoločnosti sa meria najmä tým, ako sa dokáže postarať o hendikepovaných a starých občanov.

**Kľúčové slová:** starnutie populácie, ošetrovateľská starostlivosť, sociálne služby, multidisciplinárny tím, potreby pacienta/klienta

#### Abstract

The consequences of population aging cut across a variety of social, economic and health aspects. The boundaries between professional nursing and social services are increasingly narrow. Contributions highlight the complexity of social and health services provided by a multidisciplinary team of formal and informal providers. Each team member may come from another institution, but together address the needs of a single patient. The aim of comprehensive care in social institutions is to acquire an optimal quality of life for every client devices and creation of conditions for active and healthy aging. Increases in life expectancy of patients requiring intensive nursing care focused on quality of life of the client, effectiveness of care, individuality, economic efficiency and availability. The symbiosis between physicians, nurses and social workers is crucial for more effective social - health services. The maturity of the company is measured mainly by how can take care of the disabled and the elderly.

**Keywords:** aging population, nursing care, social services, multidisciplinary team, the needs of the patient/client

#### Úvod

Narastaním populácie seniorov sa nároky na ošetrovateľskú starostlivosť zvyšujú vo vyspelých krajinách i na Slovensku. Prognóza vekovej štruktúry obyvateľov Slovenska prepočítaná pre rok 2030 je charakteristická výrazným prírastkom početnosti v kategórii 65 a viacročných. Pod starnutie sa podpisuje zvyšovanie strednej dĺžky života a súčasná nízka plodnosť. Štruktúru obyvateľstva podľa pohlavia ovplyvňuje najmä faktor pôrodnosti a úmrtnosti. Vo všeobecnosti sa v celkovej populácii prejavuje väčší podiel žien (Katuša, 2013). Dôsledky starnutia populácie sa dotýkajú rôznych sociálnych, ekonomických a zdravotných aspektov (Hvozdíková, 2008). Cieľom príspevku bolo poukázať na komplexnosť sociálnych a zdravotných služieb poskytovaných multidisciplinárnym tímom formálnych a neformálnych poskytovateľov. Optimálne prostredie pre starého človeka je jeho vlastné domáce prostredie. Zhoršenie zdravotného stavu, odkázanosť na pomoc inej osoby alebo sociálne príčiny vedú k umiestneniu do sociálneho zariadenia. Vyspelosť spoločnosti sa meria najmä tým, ako sa dokáže postarať o hendikepovaných a starých občanov.

#### Sociálna a zdravotná starostlivosť

Zmenený demografický profil spoločnosti vytvára nové podmienky v rozvoji sociálnej a zdravotnej starostlivosti. V zbierke zákonov č. 448/2008 o sociálnych službách a č. 455/1991 o živnostenskom podnikaní v § 22 sú uvedené sociálne zariadenia, v ktorých sa okrem sociálnych služieb poskytuje aj zdravotná starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti. Medzi tieto zariadenia patria:

- zariadenie pre seniorov,
- zariadenie opatrovateľskej služby,
- domov sociálnych služieb,
- špeciálne zariadenia.

Vzhľadom na charakter dlhodobej starostlivosti by sociálne zariadenia mali plniť úlohu poskytovateľa zdravotno - sociálnej starostlivosti a súčasne byť domovom pre svojich obyvateľov (Čižmáriková, 2004). Hranice medzi profesionálnym ošetrovateľstvom a sociálnymi službami sa čoraz viac zužujú (Hvozdíková, 2008). Dôvodom je fakt, že zdravotný problém pacienta/klienta si počas rekonvalescencie vyžaduje ošetrovateľskú starostlivosť a zároveň neumožňuje pacientovi, aby si zabezpečil svoje sociálne potreby s rovnakou efektivitou ako pred ochorením. V sociálnych zariadeniach je klientom komplexná starostlivosť poskytovaná multidisciplinárnym tímom, ktorý tvorí lekár, sestra, sociálny

pracovník a opatrovatel'. Neformálni poskytovatelia ošetrovateľskej starostlivosti sa pričinia najmä o psychicko-sociálnu pohodu pacienta/klienta a formálni poskytovatelia ošetrovateľskej starostlivosti sú zodpovední za biologickú stabilitu pacientovho/klientovho zdravia (Renpenning, 2003). Každý člen tímu môže pochádzať z inej inštitúcie, ale spolu riešia potreby jedného pacienta (Tarricone, 2008). Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb má nezastupiteľnú úlohu sestra z ADOS. Hlavnou náplňou práce sestry je pomáhať pacientom, rodinám a komunitám udržiavať zdravie pacientov/klientov v prostredí, v ktorom žije. Činnosti komunitnej sestry sú zamerané na výchovu pacienta/klienta a jeho rodiny k zodpovednosti za vlastné zdravie, identifikovanie potrieb pacienta/klienta, poskytovanie terapeutických, paliatívnych a rehabilitačných intervencií, rozvíjanie pacientových/klientových kompetencií, manažovanie starostlivosti o seba a reintegrovanie pacienta/klienta späť do sociálneho systému. Ošetrovateľské intervencie poskytuje pacientom/klientom sestra s odbornou spôsobilosťou v komunitnom ošetrovateľstve priamo (face to face) alebo nepriamo. Rozsah jednotlivých činností ošetrovateľskej starostlivosti je daný aktuálnym zdravotným stavom pacienta/klienta (Jarošová, 2007). Úlohou sestry z ADOS je pozitívne motivovať pacienta/klienta, aby čo najskôr nadobudol optimálne zdravie (Rice, 2006). Cieľom komplexnej starostlivosti v sociálnych zariadeniach je nadobudnutie optimálnej kvality života každého klienta zariadenia a vytvorenie podmienok na aktívne a zdravé starnutie. Princíp komplexnosti ošetrovateľskej starostlivosti rešpektuje individualitu pacienta/klienta a koordináciu činností všetkých členov multidisciplinárneho tímu. Vzhľadom na charakter dlhodobej starostlivosti by sociálne zariadenia mali plniť úlohu poskytovateľa zdravotno - sociálnej starostlivosti a súčasne byť domovom pre svojich obyvateľov (Čižmáriková, 2004). Pre naplnenie stanovených cieľov je dôležitá aktívna spolupráca ADOS so sociálnymi zariadeniami, ktoré zdravotné služby poskytujú. Podmienkou zefektívnenia poskytovania kontinuálnej ošetrovateľskej starostlivosti v sociálnych zariadeniach je trvalá prítomnosť sestry ako členky multidisciplinárneho tímu v sociálnych zariadeniach (Jankechová, 2012). Starnutie populácie znamená i vyšší podiel seniorov v rodine, ktorá v mnohých prípadoch nesie zodpovednosť za starostlivosť o závislých starších členov rodiny (Hvozdíková, 2008). Pokrok v oblasti medicíny a ošetrovateľstva umožňuje poskytovať pacientom/klientom kvalitnú starostlivosť v ich prirodzenom sociálnom prostredí, ktoré prispieva k psychickej pohode človeka a hrá významnú úlohu v procese uzdravenia. Poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti



v domácom prostredí sa znižujú náklady vynaložené na ošetrovateľskú starostlivosť v inštitucionalizovaných zariadeniach o tretinu až polovicu (Jarošová, 2007).

#### **Záver**

Rozvoj koncepcie zariadení sociálnych služieb ovplyvňuje najmä populačné starnutie a dopyt verejnosti po službách v sociálnych zariadeniach. Všetky relevantné štatistické ukazovatele dokazujú zrýchľujúci sa proces starnutia slovenskej populácie. Na 100 chlapcov pripadá 65 mužov a na 100 dievčat pripadá 112 žien vo veku 65 rokov a viac (Katuša, 2013). Predlžovanie priemerného veku pacientov si vyžaduje intenzívnejšiu ošetrovateľskú starostlivosť zameranú na kvalitu života klienta, efektivitu starostlivosti, individualitu, ekonomickosť a dostupnosť. Kľúčové postavenie v napĺňaní daných cieľov má agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS), ktorá poskytuje komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu pacientom/klientom v sociálnom zariadení ako aj v prirodzenom sociálnom prostredí. Na Slovensku v rámci sociálnej starostlivosti prevláda dlhodobá starostlivosť, orientovaná prevažne na starostlivosť o chronicky chorých a seniorov. Symbióza medzi lekárom, sestrou a sociálnym pracovníkom je rozhodujúca pre zefektívnenie sociálno - zdravotných služieb. Navrhnutím projektu na úrovni krajskej správy a samosprávy môžeme prispieť k prepojeniu sociálnych a zdravotných služieb v inštitucionalizovaných zariadeniach i v domácom prostredí.

#### **Bibliografia**

- ČIŽMÁRIKOVÁ, I. 2004. Krehkí a zraniteľní. In *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2004, roč. III., č. 9, s.32 - 33.
- HVOZDÍKOVÁ, V. 2008. Finančná, demografická, potravinová a environmentálna kríza. Bratislava: REPRO - PRINT, 2008. ISBN 978-80-7144-170-0.
- JAROŠOVÁ, D. (2007) Úvod do komunitního ošetrovatelství. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2007, 100 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2150 – 7.
- JANKECHOVÁ, M. 2012. Ošetrovateľská starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb. In *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2012, roč. XI., č. 11-12, s.41.
- KATUŠA, M. a kol. (2014) Vývoj obyvateľstva v Slovenskej republike a krajoch v roku 2013. Štatistický úrad Slovenskej republiky, Okruh: Demografia a sociálna štatistika. 2014, 129 s. ISBN 978 – 80 – 8121 – 0.

RENPENNING, K. a TAYLOR, S. (2003) Self Care Theory in Nursing: Selected Paper of Dorothea Orem. New York: Springer Publishing Company, 2003, 401 s. ISBN 9780826117267.

RICE, R. (2006) Home Care Nursing Practice, 4. vyd. St. Louis: Mosby Elsevier, 2006, 608 s. 4. vyd. ISBN 9780323030724.

TARRICONE, R., TSOUROS A. D., 2008. Home Care in Europe. Milan: Tipolitografia Trabella Srl, 2008. 46 s. ISBN 978 92 890 4281 9.

ZÁKON 448/2008 Z.z. z 30. októbra 2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Dostupné na internete: <<http://zakony.judikaty.info/predpis/zakon-448/2008>>.

#### **Kontakt**

PhDr. Alena Dziacka, PhD.

TU, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava

e-mail: [alena.dziacka@truni.sk](mailto:alena.dziacka@truni.sk)

Tel.: +421911232836

#### **Recenzia**

PhDr. Lenka Štefáková, PhD.

**KONCEPT POSKYTOVANIA KVALIFIKOVANEJ DLHODOBEJ  
INTEGROVANEJ SOCIÁLNO-ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI  
V ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB BORINKA V NITRE**

**CONCEPT PROVIDING QUALIFIED LONG-TERM INTEGRATED SOCIO-  
HEALTH CARE IN SOCIAL SERVICE BORINKA NITRA**

**Patrícia Ďurianová, Renáta Palacková**

**Abstrakt**

Predmetom príspevku je predstavenie projektu o poskytovaní dlhodobej integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti v Zariadení sociálnych služieb „BORINKA“ v Nitre. BORINKA“ ZSS Nitra je rozpočtovou organizáciou NSK, poskytuje sociálne služby pre 160 PSS, z toho 125 v Špecializovanom zariadení, 30 v Domove sociálnych služieb a 5 v Zariadení pre seniorov. Pri práci s klientmi s Alzheimerovou chorobou sa využíva koncept bazálnej stimulácie, multisenzorické snoezelen prostredie, validácia.

**Kľúčové slová:** ošetrovateľská metóda, sociálne služby, klient

**Abstract**

The subject of this paper is presentation of the project on the provision of long-term integrated social and health care in social services "BORINKA" in Nitra. BORINKA "SCF Nitra NSK is a budgetary organization, provides social services for PSS 160, of which 125 in specialized facilities, 30 social service homes and 5 in senior. When working with clients with Alzheimer's disease using the concept of basal stimulation Snoezelen multi-sensory environment validation.

**Keywords:** nursing method, social services, client

**Úvod**

ZSS Borinka je rozpočtovou organizáciou NSK, poskytuje sociálne služby 160 PSS: 125 v ŠZ, 30 v DSS, 5 v ZPS v podmienkach zachovávajúcich ľudskú dôstojnosť.

Pri práci s klientmi s ACH využívame:

- **koncept bazálnej stimulácie** – ošetrovateľská metóda
- multisenzorické **snoezelen** prostredie
- **validáciu.**

Borinka je poskytovateľom **špecializovaného sociálneho poradenstva** na základe akreditácie MPSVR SR. Všetci zamestnanci pracujú v IS Cygnus vrátane vykazovania zdravotných výkonov.

Klienti zariadenia sú prevažne seniori a občania s ťažkým zdravotným postihnutím, veľká väčšina z nich má nepriaznivý zdravotný stav, ktorý si spravidla vyžaduje ošetrovateľskú starostlivosť. Ošetrovateľská starostlivosť je integrovanou súčasťou komplexnej individuálnej starostlivosti o klientov v ZSS v rámci dlhodobej starostlivosti, pričom ošetrovateľský proces je metódou poskytovania a nie zabezpečovania zdravotnej starostlivosti, založený na holistickom prístupe, ktorý má svoje miesto aj pri eliminácii stresogénnych faktorov.

#### **Čo predchádzalo zavedeniu a uplatňovaniu konceptu kvalifikovanej dlhodobej integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti v zariadení ?**

1. zabezpečenie odborne spôsobilými sestrami
2. pridelenie kódu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti týmto sestram aj zariadeniu
3. zabezpečenie základného materiálno-technického vybavenia zariadenia
4. zavedenie ošetrovateľskej dokumentácie v rozsahu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti
5. rokovania so všetkými zdravotnými poisťovňami.

V súčasnom období nám nami poskytované zdravotné výkony ošetrovateľskej starostlivosti prepláca VŠZP na základe zmluvy o ošetrovateľskej starostlivosti od júna 2015.

#### **Čo ovplyvnilo naše rozhodnutie?**

##### **1. Sociálne hľadisko**

Na zreteli sme mali predovšetkým **komfort klientov**, ktorí sú zároveň aj pacientmi, nakoľko ošetrovateľské výkony sú realizované:

- **na sociálnom lôžku** – v jeho domove, t.j. v obytnej jednotke klienta,
- **vlastnými zamestnancami**, ktorých klienti dôverne poznajú, veria im, čím je odbúraný traumatizujúci proces prevozu klientov do zdravotníckeho zariadenia a späť,
- je eliminovaná personálna záťaž organizácie, keďže nie je potrebná sprievod zamestnanca s klientom do zdravotníckeho zariadenia.

## 2. Ekonomické hľadisko

Zvýšenie príjmovej časti rozpočtu organizácie ako úhrada nákladov za ošetrovateľské výkony zo strany zdravotnej poisťovne a využitie vzdelania, erudovanosti a potenciálu vlastných zamestnancov zariadenia.

### Odborne spôsobilá sestra

- ukončené vysokoškolské vzdelanie II. stupňa v odbore ošetrovateľstvo,
- odborná prax minimálne 5 rokov,
- odborná spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii, v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v komunite alebo v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii,
- bezúhonná osoba.

### Pridelenie kódu poskytovateľa

Aj keď zariadenia sociálnych služieb nie sú podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, môžu podľa zákona o sociálnych službách v nadväznosti na zdravotnícke predpisy (vyhláška MZ SR) vykonávať vybrané ošetrovateľské výkony v danom rozsahu za splnenia podmienok vymedzených v zákone.

**Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti** podľa zákona prideliť uje príslušný ÚDZS, ktorý sme o to požiadali na predpísanom tlačive a priložili sme nasledovné doklady:

#### 1. odborne spôsobilé sestry

- úradne overená kópia dokladu o ukončení VŠ vzdelania,
- úradne overená kópia diplomu o dosiahnutej špecializácii,
- výpis z registra trestov.

#### 2. zariadenie sociálnych služieb

- úradne overená kópia výpisu z registra poskytovateľov soc. služieb,
- Zriaďovacia listina Zariadenia sociálnych služieb Borinka,
- úradne overená kópia dokladu o pridelení IČO ŠÚ SR,
- poverenie zodpovednej osoby štatutárom organizácie,
- úradne overená kópia dokladov o vzdelaní zodpovednej osoby výpis z registra trestov štatutára zariadenia,
- menovací dekrét štatutára zariadenia.

#### **Základné materiálno-technické vybavenie**

**Zariadenie sociálnych služieb poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť v zariadení sociálnych služieb musí mať základné materiálno-technického vybavenia podľa prílohy č. 9 zákona č.448/2008 Z.z. o sociálnych službách** (tlakomer, fonendoskop, glukomer, teplomer, ústne lopatky, emitná miska, krajčírsky cm, jednorazové ihly a striekačky, i.v. kanyly, Esmarchovo ovínadlo, tampóny na dezinfekciu kože, dezinfekčný roztok, indikátorové papieriky na vyšetrenie moču, sterilné a nesterilné štvorce, sterilné chirurgické nástroje, sterilné a nesterilné ovínadlá, preväzové nožnice, leukoplast, jednorazové podložky, sterilné a nesterilné jednorazové rukavice, ochranná tvárová maska, dóza alebo vrečko na odpadový materiál, pomôcky na podávanie infúznej liečby, odsávačka a sterilné odsávacie katétre, sterilné nasogastrické sondy a Jannetove striekačky, chladnička na liečivá, skrinka na nástroje a zdravotnícky materiál, kartotečná skrinka, sterilizátor alebo zmluvu so zdravotníckym zariadením o takejto službe).

#### **Zavedenie ošetrovateľskej dokumentácie**

Povinnosť viesť ošetrovateľskú dokumentáciu v rozsahu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti vyplýva z § 100k zákona č. 448/2008 o sociálnych službách. Ošetrovateľská dokumentácia obsahuje: návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti, záznam o informovanom súhlase v zmysle platnej legislatívy, dekurz ošetrovateľskej starostlivosti (s poradovým číslom, odtlačkom pečiatky ZSS, menom a priezviskom pacienta, rodným číslom, dátumom, časom zápisu a rozsahom poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti) a ošetrovateľský záznam (obsahujúci anamnestické údaje).

#### **Kritériá na uzatvorenie zmluvy so zdravotnou poisťovňou**

##### **A/ Personálne zabezpečenie**

- zodpovedná osoba je v zariadení zamestnaná na 1,0 úväzok,
- zariadenie má zamestnané minimálne 2 sestry, ktoré spĺňajú podmienky odbornej spôsobilosti a vykazujú poisťovni poskytnutú ošetrovateľskú starostlivosť pod svojim kódom prideleným ÚDZS.

##### **B/ Materiálno-technické vybavenie**

- na úrovni predpísaného minimálneho materiálno-technického vybavenia zariadenia

sociálnych služieb podľa zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách . Súčasťou vybavenia sú aj antidekubitné pomôcky vrátane polohovateľných postelí.

#### **Uhrádzané zdravotné výkony**

3416 - aplikácia liečiva i.m., s.c., i.c

3419 – príprava a podávanie infúzie

3426 - odsávanie pacienta

3422b - ošetrovanie dekubitu do 5 cm<sup>2</sup>

3422c - ošetrovanie dekubitu nad 5 cm<sup>2</sup>

3422d - ošetrovanie dekubitu do 5 cm<sup>2</sup>, ktorý vznikol počas pobytu poistenca v ZSS

3422e - ošetrovanie dekubitu nad 5 cm<sup>2</sup>, ktorý vznikol počas pobytu poistenca v ZSS

3411 - čistenie a dezinfekcia tracheálnej kanyly

3404 - výživa pacienta sondou, za jeden výkon

3423a - preväz rany do 5 cm<sup>2</sup>

3423b - preväz rany nad 5 cm<sup>2</sup>

#### **Fakturovanie zdravotných výkonov**

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti predkladá zdravotnej poisťovni spolu s faktúrou aj:

- návrh na poskytovanie zdravotnej starostlivosti za príslušné účtovacie obdobie zdôvodnený všeobecným lekárom, potvrdený jeho podpisom a pečiatkou (1 mesiac, ak po 1 mesiaci zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti je potrebný nový návrh na poskytovanie zdravotnej starostlivosti s priebežným hodnotením ošetrovateľskej starostlivosti sestrou a epikrízou vyhotovenou ošetrovateľským lekárom),
- vykázané dávky podľa platného dátového rozhrania za každú sestru poskytujúcu ošetrovateľskú starostlivosť zvlášť pod kódom prideleným ÚDZS,
- rozpis vykonaných služieb sestier.

#### **Záver**

Poskytovanie dlhodobej integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti v zariadení sociálnych služieb „ BORINKA“ v Nitre sa poskytuje pre prijímateľov sociálnej služby podľa jednotlivých hľadísk ako sme uviedli v našom príspevku.

#### **Bibliografia**

Zákon NR SR č.448/2008 Z.z. o sociálnych službách sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

#### **Kontakt**

Mgr. Patrícia Ďurianová

Mgr. Renáta Palacková

„BORINKA“, Zariadenie sociálnych služieb Nitra

ul. Dolnočermánska č.62, 949 01 Nitra

e-mail: zss-borinka@mail.t-com.sk

#### **Recenzia**

Mgr. Renata Spyrka Chlipala



## INDIVIDUÁLNY PRÍSTUP K POTREBÁM PRIJÍMATEĽOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

### INDIVIDUAL APPROACH TO SOCIAL SERVICES RECIPIENTS' NEEDS

Vladimíra Gardianová

#### Abstrakt

Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov zakotvuje povinnosť pre poskytovateľa sociálnych služieb prihliadať na individuálne potreby prijímateľa sociálnej služby a tiež zabezpečiť individuálny prístup ku každému prijímateľovi sociálnej služby. Autorka preto analyzuje význam pojmu individualita a individuálne potreby človeka z hľadiska individuálneho prístupu v práci sociálneho pracovníka ako pomáhajúceho profesionála v oblasti sociálnych služieb.

**Kľúčové slová:** individualita, individuálny prístup, sociálna služba, sociálny pracovník

#### Abstract

The law NR SR nr. 448/2008 about social services in others regulations enshrines the duty of social services provider to disregard individual clients' needs and arrange individual approach to every social services client. Author analyzes the meaning of the term individuality and individual human needs from the side of individual approach in social workers tasks as helping professional in social services area.

**Key words:** individuality, individual, approach, social service, social worker

#### Úvod

Cieľom príspevku je analyzovať individualitu a individuálne potreby človeka, ako prijímateľa sociálnej služby. Vysvetlená bude dôležitosť individuálneho prístupu podľa Zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov. V príspevku preto budú analyzované špecifiká v individuálnej práci a prístupe k človeku z pohľadu sociálneho pracovníka, ako pomáhajúceho profesionála, a tiež budú opísané chyby a riziká, ktoré sa môžu vyskytovať v individuálnom prístupe.

#### 1 Individualita a individuálne potreby človeka

Každý človek je z hľadiska humanistickej filozofie jednotlivec, jedinečný, neopakovateľný vo svojej individualite a celistvosti (Mátel, Hardy a kol., 2013). Dávideková (2009a, s. 40) hovorí, že „každý ľudský život má jedinečnú, neopakovateľnú a neodňateľnú hodnotu a dôstojnosť, ktorá vyplýva zo samej podstaty „byť človekom““. Strieženec (1996) uvádza, že z psychologického hľadiska, každý človek disponuje súborom povahových čŕt, ktorými sa odlišuje od ostatných ľudí. Toto tvrdenie vhodne dopĺňajú autori Langmeier a Krejčířová (2006), že z hľadiska vývinovej psychológie, sa každé dieťa vyvíja svojim zvláštnym a jedinečným spôsobom. V priebehu vývinu sa tak z človeka stáva individuálna osobnosť, odlišná od ostatných ľudí. Ide tiež o vnútornú tendenciu človeka, odlišiť sa od druhých (Hartl, Hartlová, 2000). V súvislosti s individualitou človeka je vhodné spomenúť aj pojem **individuácia**, ktorý Hartl, Hartlová (2000) definujú ako vyčlenenie jedinečného zo všeobecného. Novosad (2011) podobne chápe individuáciu človeka ako jeho vyčlenenie z množiny iných osôb na základe jeho jedinečnosti. Z teologického hľadiska je individuácia popisovaná ako apel k slobode, výzva človeka k tomu, aby sa stal naozaj takým, akého ho stvoril Boh (Hartl, Hartlová, 2000). **Individualita** je „charakteristika človeka z hľadiska jeho individuálnych i sociálne významných prvkov, ktorými sa odlišuje od iných ľudí. Osobitosť jedinca, jeho neopakovateľnosť. Prejavuje sa v črtách temperamentu, celkového charakteru, spôsobom vnímania, potrieb a schopností jedinca, jeho inteligenciou (Strieženec, 1996, s. 80). Strieženec (1996) dopĺňa, že individualitou sa rozumie aj svojráznosť osobnosti daného jedinca. Havránková (2003) vysvetľuje individualitu každého človeka cez dôraz kladený na jeho jedinečnosť v pozitívnom svetle.

**Potreby človeka** ako individuálnej osobnosti, možno všeobecne rozdeliť na základné, ktoré súvisia s nevyhnutným prežitím organizmu (napr. jesť, piť, spať), ale aj sekundárne tzv. vyššie potreby, ktoré majú sociálny rozmer (napr. potreba lásky, uznania). Tomagová, Bóriková a kol. (2008) uvádzajú, že podľa holistického prístupu možno chápať človeka cez koncept bio-psycho-sociálno-duchovnej bytosti, z čoho možno vyvodit', že každý človek má biologické, psychické, sociálne a duchovné potreby. Zakladateľka rakúskej sociálnej práce Ilse Arlt (In Levická, 2013) vytvorila sociálnu teóriu potrieb, ktoré sú rovnaké pre všetkých ľudí, ako uvádza, ich intenzita súvisí s vekom a špecifickými životnými situáciami klientov. Jedná sa o potreby: výživy, bývania, osobnej starostlivosti, oblečenia, zábavy, vzdelania, duševnej hygieny, právnej pomoci, rodinného života, lekárskej starostlivosti, prevencie a pomoci v nepriaznivých životných situáciách. Vzťah medzi napĺňaním jednotlivých potrieb

je vzájomne prepojený, a tak ovplyvňuje celkovú individuálnu spokojnosť človeka s jeho životom. Podobný koncept rozpracoval aj Abrahám Maslow, americký psychológ, ktorý definoval päť kategórií potrieb človeka a zostavil ich podľa hierarchického poradia do tvaru pyramídy. Podľa jeho teórie hierarchie potrieb medzi najnižšie a základné potreby patria fyziologické potreby a potreba bezpečia, nasleduje potreba lásky, spolunáležitosti, úcty a ako najvyššiu potrebu uvádza potrebu seberealizácie, sebaaktualizácie a sebatranscendencie (Maslow In Drapela, 2003). Aj napriek tomu, že pomáhajúci profesionáli v sociálnych službách (sociálny pracovník, opatrovateľ, ošetrovateľ atď.) majú teoretické poznatky z oblasti klasifikácie potrieb podľa rôznych autorov, u každého človeka sú prítomné tzv. individuálne potreby, vlastné práve jeho osobe. Každý človek má istým spôsobom jedinečné potreby a preto aj prístup k nemu by mal zodpovedať jeho aktuálnej situácii.

## **2 Individuálny prístup v sociálnych službách**

Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov zakotvuje povinnosť pre poskytovateľa sociálnych služieb prihliadať na individuálne potreby prijímateľa sociálnej služby a tiež zabezpečiť partnerský a individuálny prístup ku každému prijímateľovi sociálnej služby tak, aby bol vedený k spoluzodpovednosti, spolurozhodovaniu a napomáha k objaveniu súčasnej, ale aj potenciálnej hodnoty prijímateľa.

**Individuálny prístup** možno chápať podľa Odlerovej, Tokovskej (2011) v tom, že sociálny pracovník sa snaží prispôbiť služby tak, aby zodpovedali želaniam klienta. Dávideková, (2009b, s. 86) vhodne dopĺňa, že „ľudské potreby nám môžu pri pomáhaní pomôcť čo máme robiť, hodnoty ľudí nám jasne vymedzujú ako máme pomôcť“. Žilová (2005) uvádza, že individuálny prístup spočíva v požiadavke vnímať klienta ako jedinečného z hľadiska jeho individuality, špecifickosti, neopakovateľnosti, charakteru a vlastností, ktoré by mal sociálny pracovník akceptovať. Hanganí (2009, s. 79) dopĺňa, že je potrebné „rešpektovanie osobnosti klienta s jeho pozitívnymi aj negatívnymi vlastnosťami“. Krišková (2010) uvádza odporúčania ako vhodne komunikovať s klientom, pri čom by pomáhajúci profesionál mal umožniť svojmu klientovi vyjadriť svoje potreby, ako vidí sám seba a akú ma predstavu o sebe. Dôležité je oceniť silné stránky, oblasti v ktorých je človek samostatný a schopný zvládať situácie vlastným spôsobom. Ďalšou oblasťou je identifikácia toho, čo klient má rád a čo nemá rád. Zistiť čo klienta rozveselí, za akých podmienok sa cíti šťastný, ale aj to, čo v ňom vyvoláva zlosť, nenávisť, bolesť, nepochopenie.

Individualita človeka sa prejavuje tiež v tom, že napríklad rovnaká udalosť, alebo rovnaké zdravotné postihnutie, či sociálna situácia neznamená, že každý človek reaguje rovnako, ale používa svoj vlastný koncept správania. Preto ani sociálny pracovník nemôže ísť podľa presnej šablóny ako zabezpečiť individuálny prístup. Vhodne uvádzajú Oláh, Schavel a Ondrušová (2008), že sociálni pracovníci pri individuálnej práci s klientom vychádzajú z rôznych teoretických prístupov, ktoré ale obohacujú vlastným, individuálnym štýlom. Vychádzajúc z tohto tvrdenia predpokladáme, že sociálni pracovníci aj napriek teoretickým poznatkom, a nadobudnutých schopností pracovať s klientom, svoj prístup vždy prispôbujú jeho potrebám. Schopnosť sociálneho pracovníka flexibilne a vhodne reagovať v rôznych situáciách pri práci s klientom hovorí o tom, že je schopný uplatňovať prvky individuálneho prístupu, čím svoju prácu zvyšuje na umenie, vhodnej kooperácie s klientom.

Viktor Frankl (2007, s. 31) uvádza, že „poslanie človeka nesúvisí len s jedinečnosťou každej osoby, ale tiež s časom, teda s jedinečnosťou každej situácie“. Podľa Havránkovej (2003, s. 69) „rozmanitosť ľudí je zdrojom pestrosti ich vzájomných vzťahov“. Preto nemožno chápať človeka len ako individuálneho, ale potrebné je zohľadňovať aj iné faktory, a to jedinečnosť času, vzťahov, situácii a okolností, v ktorých sa aktuálne nachádza. Predpokladáme, že tieto faktory sú preto istým spôsobom špecifické, jedinečné a neopakovateľné a stávajú sa prediktormi modifikácie individuálneho prístupu.

Od sociálneho pracovníka sa očakáva, že bude mať v procese posudzovania klientovej situácie „zručnosť čo najpresnejšie a najrýchlejšie odhaľovať problémy svojich klientov,, (Levická, 2008, s. 192). Coulshedová a Ormeová (In Navrátil a kol., 2014) uvádzajú, že na sociálneho pracovníka je kladená požiadavka pri posudzovaní potrieb klienta, pristupovať citlivo k jedinečnosti každého jednotlivca a jeho situácii. U Piersona nachádzame princípy, ktoré možno aplikovať v individuálnom prístupe:

- *„každý klient je jedinečný,*
- *sociálni pracovníci majú svojich klientov počúvať a pracovať s nimi nedirektívnym spôsobom,*
- *sociálny pracovník je nástrojom pre budovanie vzťahu s klientom,*
- *klient má právo na sebaurčenie a toto by sa malo rešpektovať“ (Pierson In Brnula a kol., 2015, s. 64).*
- Mátel (In Brnula a kol., 2015) dopĺňa potrebu dodržiavania ľudských práv a slobôd.

Havránková (2003) upozorňuje na **riziko individuality**, kedy môže pri práci s klientom dôjsť k tomu, že sa nepribližuje k cieľu. Vtedy je potrebné dôraz kladený na individualitu tmiť a usmerniť tak, aby sa klient nasmeroval na správnu cestu. Riziká a chyby v prístupe sociálnych a pomáhajúcich pracovníkov sú v tom, že uskutočňujú rozhodnutia za klienta o tom, čo je dobré, vhodné, zdravé, pekné a nevytvárajú priestor pre možnosť jeho rozhodovania (Krišková, 2010). Pichaoud a Thareauová (1998) upozorňujú na riziko, kedy potreby klienta pomáhajúci vyhodnotí bez toho, aby testoval realitu, či je to skutočne to, čo daný človek potrebuje. Za vhodné pokladáme doplniť, že je tiež dôležité reflektovať skutočnosť, že potreby o ktorých klient hovorí sa môžu pomáhajúcemu profesionálovi zdať banálne, no pre klienta môžu byť veľmi významné. V klientovej perspektíve sú chápané ako kľúčové. Preto je potrebné zohľadňovať aj individuálnu perspektívu ponímania životnej situácie, v ktorej sa človek nachádza.

#### **Záver**

Mansell a kol. (2007) uvádza, že „potreby ľudí, ich preferencie a okolnosti sa líšia, a preto sa budú líšiť aj ich očakávania na poskytované služby“. Predpokladom zabezpečovať sociálne služby tak, aby boli napĺňané individuálne potreby prijímateľov sociálnych služieb si vyžaduje individuálny prístup, a zohľadňovanie ich špecifických potrieb v procese poskytovania sociálnych služieb. Pre pomáhajúcich profesionálov sa tak stáva nevyhnutnosť v praxi uskutočňovať a vytvárať priestor pre vyjadrenie názorov a individuálnych potrieb klientov ako predpoklad informácií, ktoré môžu byť hodnotné pre ďalšiu prácu a starostlivosť o daného klienta. Individuálny prístup možno pokladať za významný prvok aj v oblasti tvorby a realizácie individuálneho plánovania v sociálnych službách. Na základe analýzy individuality a individuálnych potrieb človeka, ako potenciálneho klienta sociálnej práce konštatujeme, že ide o fenomén, s ktorým sa spája nie len jedinečnosť, neopakovateľnosť a osobitosť ako o tom hovoria viacerí autori, Hartl, Hartlová (2000), Langmeier, Krejčířová (2006) Strieženec (1996) a ďalší, ale je to tiež určité smerovanie slobodného rozhodovania, v možnostiach hľadání nekonvenčných alternatív riešenia čím sa potvrdzuje a zároveň vytvára možnosť byť sám sebou, tým kým som, a tak byť šťastný, naplnený vnútorným aj sociálnym pocitom spokojnosti.

#### Bibliografia

- BRNULA, P. a kol., 2015. *Úvod do teórií sociálnej práce : Účebné texty/skriptá*. Bratislava : Iris, 2015. 214 s. ISBN 978-80-89726-36-3.
- DÁVIDEKOVÁ, M. 2009a, Hodnoty, etika a sociálne cítenie v sociálnej práci. In ONDRUŠOVÁ, Z. a kol. 2009a, *Základy sociálnej práce*. Brno : MSD, 2009a. s. 40 – 44. ISBN 978-80-7392-109-5.
- DÁVIDEKOVÁ, M. 2009b, Pomoc a pomáhanie. In ONDRUŠOVÁ, Z. a kol. 2009b, *Základy sociálnej práce*. Brno : MSD, 2009b. s. 85 – 88. ISBN 978-80-7392-109-5.
- DRAPELA, V. J. 2003. *Přehled teorií osobnosti*. Praha : Portál, 2003. 175 s. ISBN 80-7178-766-3.
- FRANKL, V. 2007. *Vôľa k zmyslu : Myšlienky Viktora Frankla*. Bratislava : Lúč, 2009. 120 s. ISBN 978-80-7114-628-5.
- HANGONI, T. 2009. Vzťah sociálneho pracovníka a klienta. In ONDRUŠOVÁ, Z. a kol. 2009, *Základy sociálnej práce*. Brno : MSD, 2009. s. 78 – 84. ISBN 978-80-7392-109-5.
- HARTL, P. HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HAVRÁNKOVÁ, O. 2003. Případová práce In MATOUŠEK, O. a kol., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál, 2003. s. 67 – 81. ISBN 80-7178-548-2.
- KRIŠKOVÁ, A. 2010. *Profesionálne opatrovatelstvo : úvod do teórie*. Martin : Osveta, 2010. 161 s. ISBN 978-80-8063-330-1.
- LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie 2., aktualizované vydání*, Vydání 4., přepracované a doplněné, Praha : Grada, 2006. 368 s. ISBN 978-8-247-1284-0.
- LEVICKÁ, J. 2008. *Na ceste za klientom : Metody, formy a postupy v sociálnej práci*. Vyd. 2. Trnava : Oliva. 2008. 283 s. ISBN 978-80-89332-03-8.
- LEVICKÁ, J. 2013. Ilse von Arlt a jej prínos k rozvoju sociálnej práce. In *Revue sociálnych služieb*. Trnava : Oliva, ISSN 1338-1075. 2013. č. 1. roč. V. s. 38 – 52.
- MANSELL, J. a kol., 2007. *Deinštitucionalizácia a komunitné služby - zisky a náklady : Skrátené zhrnutie európskej štúdie*, Centerbury : Tizard Centre, University of Kent, 2007. 20 s. [online]. [cit. 2016.8.26.] Dostupné na internete: <<http://www.socia.sk/wp-content/uploads/2014/09/Deinstitucionalizaciazisky.pdf>>.
- MÁTEL, A. - HARDY, M. a kol., 2013. *Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce II*. Bratislava : VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2013, 507 s. ISBN 978-80-8132-074-3.

- NAVRÁTIL, P. 2014. Pravda v posouzení životní situace In NAVRÁTIL, P. a kol., 2014. *Reflexivní posouzení v sociální práci s rodinami*, Brno : Masarykova univerzita, 2014, s. 115 – 131 ISBN 978-80-210-7505-4. [online]. [cit. 2016.8.18.]. Dostupné na internete: <[https://is.muni.cz/do/fss/kspsp/knihy\\_esf/refl\\_posouz.pdf](https://is.muni.cz/do/fss/kspsp/knihy_esf/refl_posouz.pdf)>.
- NOVOSAD, L. 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita : diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha : Portál, 2011. 168 s. ISBN 978-80-7367-873-9.
- ODLEROVÁ, A. – TOKOVSKÁ, M. 2011. *Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce*. Banská Bystrica : Občianske združenie Rieka života – Centrum pomoci seniorom, 2011. 166 s. ISBN 978-80-90737-6-3.
- OLÁH, M. – SCHAVEL, M. – ONDRUŠOVÁ, Z. 2008. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. Vyd. 2. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2008. 208 s. ISBN 80-969449-6-7.
- PICHAUD, C. THAREAUOVÁ, I. 1998. *Soužití se staršími lidmi : Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*, Praha : Potrál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.
- STRIEŽENEC, Š. 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*, Trnava : AD, 1996. 255 s. ISBN 80-967589-0-X.
- TOMAGOVÁ, M. BÓRIKOVÁ, I. a kol., 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2008. 196 s. ISBN 80-8063-270-0.
- Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálních službách a o změně a doplnění zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenském podnikání (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.
- ŽILOVÁ, A. 2005. *Úvod do teórie sociálnej práce (náuka o sociálnej práci)*, Badín : Mentor, 2005. 130 s. ISBN 80-968932-1-1.

#### **Kontakt**

Mgr. Vladimíra Gardianová  
Ústav sociálních vied, Pedagogická fakulta  
Katolícka univerzita v Ružomberku  
Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok

#### **Recenzia:**

PhDr. Lenka Štefáková, PhD.



## **MEDIÁCIA - SPÔSOB RIEŠENIA KONFLIKTOV NA PRACOVISKU**

### **MEDIATION- THE WAY HOW TO SOLVE A PROBLEMS IN THE WORKPLACE**

**Markéta Gašajová**

#### **Abstrakt**

Článok sa prevažne zaoberá druhmi konfliktov na pracovisku a spôsobom ich riešenia. Cieľom bolo hlavne poukázať na využitie mediácie pri konflikte, vzniknutom v pracovnom prostredí.

**Kľúčové slová:** mediácia, konflikt, pracovné prostredie, druhy konfliktov, riešenie

#### **Abstract**

My article is about conflicts between employees and their solutions at the work. The main goal is to highlight mediation as a solution for a problems from work.

**Key words:** mediation, conflict, work environment, types of conflicts, solution

#### **Úvod**

Mediácia ako špecifická metóda riešenia konfliktov sa začala uplatňovať približne pred 40 rokmi. Revolučné roky 1989 – 1990 sú spojené s uplatňovaním alternatívneho riešenia konfliktov na Slovensku. V tomto období na Slovensko pricestoval aj kalifornský právnik R. Shonholtz, ktorý je považovaný za jedného zo zakladateľov mediačných služieb v USA. R. Shonholtz prišiel na Slovensko s nápadom vytvoriť dva projekty týkajúce sa alternatívneho riešenia konfliktov. Pre tento nápad oslovil J. Kožnara, D. Ondruška a V. Labátha. Na základe ich spolupráce vzniklo Centrum prevencie a riešenia konfliktov, ktoré malo formu medzinárodného projektu Univerzity Komenského. Z iniciatívy D. Ondruška bola v roku 1994 zaregistrovaná nadácia Centrum prevencie a riešenia konfliktov Partners for Democratic Change Slovakia (ďalej len „PDCS“), ktorá je v súčasnosti občianskym združením.

#### **1. Mediácia**

Pojem mediácia pochádza z latinského slova medium a teda stred. Zákon o mediácii č. 420/2004 Z. z. v § 2 uvádza, že: „Mediácia je mimosúdna činnosť, pri ktorej osoby



zúčastnené na mediácii pomocou mediátora riešia spor, ktorý vznikol z ich zmluvného vzťahu alebo iného právneho vzťahu.“

Dôvodová správa k zákonu o mediácii dopĺňa § 2 o definíciu pojmu z medzinárodných dokumentov nasledovne: „Mediáciou sa rozumie mimosúdne konanie, v ktorom mediátor pomáha stranám, aby vyriešili svoju konfliktnú situáciu a dospeli k dohode (Odporúčanie Rady Európy). Mediáciou sa rozumie mimosúdne sprostredkovanie za účelom riešenia sporu stranami a činnosť smerujúca k urovnaniu konfliktného stavu. Mediáciou sa rozumie proces, v ktorom strany požiadajú tretiu osobu o asistenciu pri ich pokuse o priateľské urovanie sporu, ktorý vznikol, alebo sa týka ich zmluvného alebo právneho vzťahu. (UNCITRAL - vzorový zákon). Mediáciou sa rozumie proces riešenia sporu, ktorý sa pokúša presvedčiť strany a priviesť ich k riešeniu sporu vzájomnou dohodou. (Odporúčanie Európskej komisie). Intervencia neutrálnej tretej osoby, ktorá sa pokúša pomôcť stranám v spore, aby dosiahli dohodnuté urovanie (Marsh, Miles, Allen, 2007).“

#### **2. Mediácia ako efektívne riešenie pracovných sporov**

Konfliktná situácia je špecifická forma sociálnej situácie. Je to proces, keď účastníci konfliktu vystupujú otvorene a priamo proti sebe a tým si negatívne zasahujú do svojho správania. Rozvoj mediácie ako metódy riešenia konfliktov nastáva približne od šesťdesiatych rokov 20. storočia. Stretávame sa s ňou prevažne oblasti rodinných konfliktov, inštitucionálnych konfliktov, v oblasti osobných urážok, v politických konfliktoch, komunitných či medzinárodných konfliktoch. Začleniť mediáciu do firemnej politiky pomôže súkromným spoločnostiam viac sa posunúť k humánnosti a efektívnosti na úrovni firma - zamestnanec, firma - klient. Zamestnanci sa naučia sami riešiť svoje konflikty. Navyše, zákonné úpravy umožňujú spísať dohodu medzi konfliktnými stranami, čím sa zaistí neopakovanie konfliktného správania či rešpektovanie pravidiel. Riešenie podnikových problémov týmto spôsobom môže garantovať mediačná doložka v pracovnej zmluve zamestnanca, ktorou sa firma môže v budúcnosti vyhnúť riešeniu problémov zdĺhavou súdnou cestou, poškodzujúcou vzťahy a dobré meno obidvoch strán.

Mediácia je metóda účinného riešenia sporov. Z praktického hľadiska ide o zaceľovanie plotov a hľadanie konštruktívneho prístupu k riešeniu konfliktov. Do popredia kladie otázky spoločného záujmu, konflikt využíva ako výukový nástroj a ako základ pre zlepšenie vzájomných vzťahov medzi stranami. Mediácia umožňuje stranám obnoviť alebo niekedy začať efektívnu spoluprácu. Vzhľadom na jej humánne nastavenie výsledky mediácie

častejšie uspokojujú jej účastníkov v porovnaní s výsledkami riešenia sporu na súde (Runesson - Laurence Guy, 2007). Sporná atmosféra medzi stranami môže obzvlášť v podnikových sférach poškodiť alebo úplne rozložiť profesionálne vzťahy. Mediácia toto riziko viditeľne znižuje. Väčšina sporov v podnikoch má tri rozmery: právny, obchodný a emocionálny. Súdne riešenie konfliktu sa dotýka väčšinou len jedného z uvedených rozmerov. Naopak, mediátor berie do úvahy všetky rozmery konfliktu. Na rozdiel od iných spôsobov riešenia sporov je riešenie mediáciou vnímané vzhľadom na jej široký pohľad na spory ako spravodlivý spôsob pre všetky zúčastnené strany.

Konflikty v pracovnom procese poznáme objektívne (spočívajú v zlej organizácii práce alebo v zlom vymedzení kompetencii) a subjektívne (spočívajú v charakteristických črtách zamestnancov alebo zamestnávateľov).

Nový (2002) uvádza, že „konflikty v pracovnej skupine delíme na:

- Náhle a pripravené konflikty
- Zjavné a skryté konflikty
- Funkčné a disfunkčné konflikty
- Krátkodobé, strednodobé a dlhodobé konflikty“

Szárková (2007) hovorí, že „predpokladom úspešného riešenia a riadenia konfliktov vzniknutých v pracovnom procese je poznanie priebehu konfliktov, intenzity trvania a vzťahu k osobnosti. Z hľadiska subjektu sa rozdeľujú konflikty v pracovnej skupine na: intrapersonálne (vnútorné, osobné, individuálne) a interpersonálne (vonkajšie, vzniknuté medzi dvoma a viacerými zamestnancami vo vnútri pracovnej skupiny).“ Sociálne konflikty, sú výsledkom stretu záujmov, hodnôt, cieľov celých spoločenských skupín. Ich príčinami sú sociálna nespravodlivosť, rasová nenávisť, diskriminácia v pracovnom prostredí alebo narušenie pravidiel rozdielne finančné ohodnotenie.

#### **Záver**

Konflikty s kolegami alebo na pracovisku medzi zamestnancami patria nie sú nič výnimočné. Zväčša sa jedná o malé konflikty, ktoré sa často opakujú a nespôsobujú závažnejšie problémy. Avšak môže sa stať, že malé konflikty prerastú konfliktu s väčšou intenzitou. Jednou z hlavným príčin týchto konfliktov je fakt, že kolegov si väčšinou nevyberáme. Zamestnanci spolu trávajú veľa času, navzájom si v práci konkurujú, k úlohám pristupujú s rôznymi postojmi a hodnotovými predstavami. Konflikty medzi kolegami sú nepríjemné, ale na druhej

strane umožňujú progres a zmeny v pracovnom prostredí. Dôvod vzniku o.i. môže byť aj nedostatok sympatií medzi zamestnancami, ktorý spôsobuje nedostatočné pochopenie spolupracovníka a následné vyhýbanie sa jeden druhému. Pri spoločnej spolupráci je nevyhnutné dodržiavať spoločný vzájomný kontakt. To môže vyústiť do rôznych reakcií. Dochádza ku zastieraniu konfliktov alebo na druhej strane dochádza k prejavu nesympatií a k otvorenému konfliktu. Ďalším podnetom, ktorý vyvoláva konflikty medzi zamestnancami, je nespravodlivé zaobchádzanie, neschopnosť dohodnúť sa navzájom. Ku konfliktom často vedú aj odlišné základné postoje.

Z uvedeného vyplýva, že mediácia je široko aplikovateľná všade, kde dochádza ku konfliktom v medziľudských vzťahoch. Medziľudské vzťahy sa vo všeobecnosti považujú za oblasť s najväčším rizikom vzniku konfliktu. Pri alternatívnom riešení konfliktov sú rozhodujúce záujmy sporiacich strán a cieľom nie je ich spravodlivé rozhodnutie, ale ich naplnenie. Mediáciu môžeme považovať za alternatívu k súdnemu procesu, či svojpomoci. Je to proces prestupujúci obsahom konfliktu, dôraz je pri nej kladený na rozhodnutia účastníkov konfliktu

#### **Bibliografia**

Dôvodová správa k zákonu č. 420/2004 Z. z. o mediácii

NOVÝ, I. – SURYNEK, A. Sociologie pro ekonomy a manažery. Praha : Grada Publishing, 2002. 78 – 156 s. ISBN 80-247-0384-X

RUNESSON, M. E. – GUY, L. M. 2007. Mediating Corporate Governance Conflicts and Disputes. In Global Corporate Governance Forum - Focus 4. [online]. 2007, [cit. 28.08.2016].

Dostupné na internete:

[http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/44eb4f8048a7e867b057f76060ad5911/Focus4\\_Mediation\\_12.pdf?MOD=AJPERES](http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/44eb4f8048a7e867b057f76060ad5911/Focus4_Mediation_12.pdf?MOD=AJPERES)

SZÁRKOVÁ, M. Psychológia pre manažerov a podnikateľov. Bratislava: SPRINT, 2007. 95–123 s. ISBN 80-89085-77-6

Zákon č. 420/2004 Z. z. o mediácii

**Kontakt**

JUDr. Markéta Gašajová

Ústav sociálnych vied, Pedagogická fakulta

Katolícka univerzita v Ružomberku, Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok

**Recenzia:**

Ing. Miroslav Špánik, PhD.

## PRECHOD Z INTENZÍVNEJ LIEČBY A STAROSTLIVOSTI NA PALIATÍVNU LIEČBU A STAROSTLIVOSŤ

### TRANSITION FROM INTENSIVE TREATMENT AND CARE FOR THE PALLIATIVE TREATMENT AND CARE

**Helena Gondárová – Vyhničková, Andrea Bratová, Milan Laurinc, Monika Matejová**

**Abstrakt:** Pokrok v rozvoji medicínskej techniky, umožňuje udržiavať svojich pacientov pri živote na viac niekoľko dní, týždňov ba i mesiacov. Veľa krát s využitím prístrojov na riadené podporné dýchanie, umelým obehom krvi, elektrickým stimulátorom svalovej činnosti, pokrokom vo farmakológii a iných odvetviach, sa predlžuje agónia a utrpenie samotného pacienta i jeho príbuzných. Často sa predlžovanie života vykonáva dovtedy, kým nie je totálna istota, že možno stanoviť definitívnu smrť. Lekár si bez lekárskeho konzília nedovolí odpojiť pacienta, ktorého oživenie je podľa jeho mienky nemožné, pretože by tento akt mohol byť považovaný za eutanáziu. Pri rozhodovaní o prechode z intenzívnej liečby a starostlivosti na starostlivosť a liečbu paliatívnu je zohľadňované vyjadrenie všetkých zdravotníckych pracovníkov ošetrojúceho tímu.

**Kľúčové slová:** Intenzívna starostlivosť. Paliatívna starostlivosť. Terminálne štádium. Postup.

**Abstract:** An advance in development of medicine technique enable to keep patients alive a few days longer. But also weeks and months, too. Many times with using equipment for support breathing, artificial cardiovascular circulation, electronic stimulator for muscle activity, advance in pharmacology and other departments, agony is elongating and patient's suffering and his relatives, too. Alongating of life is doing until we can not be sure, patient is dead. A doctor can not disconnect the patient without medicine council, because it would be eutanhasia. At deciding about passaging from intensive treatment and care to paliative treatment and care, there is important expression of all members of attending team.

**Keywords:** Intensive care. Paliative care. Terminal stage. Procedure.

#### Úvod

Umelé predlžovanie života prinieslo, právne i etické otázky. Od čias, kedy sa pokročilo v rozvoji medicínskej technike, nastala akoby posadnutosť lekárov udržiavať svojich pacientov pri živote na viac niekoľko dní, týždňov ba i mesiacov. S využitím prístrojov na riadené podporné dýchanie, umelým obehom krvi, elektrickým stimulátorom svalovej činnosti, pokrokom vo farmakológii a iných odvetviach, sa predlžuje agónia a utrpenie samotného pacienta i jeho príbuzných. Často sa predlžovanie života vykonáva dovedy, kým nie je totálna istota, že možno stanoviť definitívnu smrť. Ak existuje možnosť navrátenia pacienta do života, nech je akokoľvek malá, bez ohľadu na mieru jeho možného postihnutia vplyvom tohto umelého prežívania, je stále napojený na moderné prístroje. Lekár si bez lekárskeho konzília nedovolí odpojiť pacienta, ktorého oživenie je podľa jeho mienky nemožné, pretože by tento akt naša právna spoločnosť mohla považovať za zabitie. Je to pre lekárov príliš veľké bremeno zodpovednosti. Avšak kto určí správnosť rozhodnutia lekára, ktorý zapojil pacienta na podporné prístroje? Prečo ho nenechal v pokoji zomrieť a odísť tak z tohto sveta? Nie je to vždy jednoduché.

**Resuscitačná a intenzívna liečba a starostlivosť** je poskytovaná kriticky chorých pacientov, u ktorých hrozí zlyhanie životne dôležitých funkcií, zlyháva alebo zlyhala funkcia jedného alebo viacerých orgánov systémov, čo väčšinou vyžaduje podporu alebo prístrojovú náhradu. Poskytuje sa na lôžkach oddelenia anestézie a intenzívnej medicíny a je zabezpečená jeho pracovníkmi (1).

**Terminálny stav života**, zomieranie, je stav, kedy dochádza k postupnému a nevratnému zlyhávaniu dôležitých vitálnych funkcií organizmu a jeho tkanív. Dôsledkom tohto zlyhávania nastáva zánik organizmu ako celku, zánik jedinca a teda jeho smrť. Je zřejmé, že je to finálny a prirodzený dôsledok života (2).

Posun v riešení problematiky prináša:

***Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia*** (verzia prijatá výborom Slovenskej spoločnosti anestéziológie a intenzívnej medicíny (SSAIM) dňa 20.05.2014) (3), ktoré prinášame v skrátenej podobe.

#### Článok 1

Predmetné odporúčanie je konsenzuálne stanovisko **Slovenskej spoločnosti anestéziológie a intenzívnej medicíny (SSAIM)** a **Sekcie paliatívnej medicíny Slovenskej spoločnosti pre štúdium a liečbu bolesti Slovenskej lekárskej spoločnosti (SLS)**, ktorý formuje postup pri

zмене intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u **dospelých pacientov**, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia (ďalej terminálny pacient). Ide najmä o terminálnych pacientov:

- a) v hlbokom bezvedomí s príznakmi ireverzibilného poškodenia centrálného nervového systému, pri ktorom nie je možné odôvodnene predpokladať prinavrátanie vedomia a prinavrátanie mozgových funkcií,
- b) s multiorgánovým zlyhávaním, u ktorých nie je možné liečebne ovplyvniť vyvolávajúcu príčinu alebo patologický dej, ktorý je jej následkom. Zdravotný stav pacienta sa trvale zhoršuje alebo prinajmenšom nezlepšuje aj napriek primeranej liečbe alebo nahradení funkcie orgánov.

#### Článok 2

**Ciele** tohto odporúčania: navrhnutie **pojmoslovia** pre ľahšiu a jednotnejšiu odbornú komunikáciu; formulovať postup pri **zмене intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť**; klásť dôraz na **ochranu ľudskej dôstojnosti**; obmedziť poskytovanie **neúčelnej a márnej liečby**; prispieť k zvýšeniu kvality rozhodovania a **zlepšiť komunikáciu** vo vnútri tímu ošetrojúcich zdravotníckych pracovníkov, ako aj zdravotníckymi pracovníkmi, rodinami, či blízkymi osobami pacientov navzájom; zdôrazniť pre odbornú a laickú verejnosť, že odborne podložené a zdokumentované stanovisko ku nezačatiu alebo nepokračovaniu neúčelnej a márnej liečby **je v súlade s etickými princípmi** medicíny a platnými **právnymi predpismi**; nezačatie alebo nepokračovanie neúčelnej a márnej liečby **nie je eutanázia**.

#### Článok 3

**Terminológia:** smrť; zomieranie; pacient v terminálnom štádiu choroby; pacient neschopný o sebe rozhodovať; paliatívna liečba a starostlivosť; neúčelná a márna liečba; nezačatie liečby; nepokračovanie liečby; eutanázia.

V právnom systéme Slovenskej republiky sa pojem eutanázia uvádza v prílohe č. 4 zákona č. 578/2004, Z. z.: *„Zdravotnícky pracovník u nevyliciteľne chorých a zomierajúcich zmierňuje bolesť, rešpektuje ľudskú dôstojnosť, prania pacienta v súlade s právnymi predpismi a zmierňuje utrpenie. Eutanázia a asistované suicídium sú neprípustné“*.

#### Článok 4

Základné **východiská** pre postup pri rozhodovaní o zмене intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u terminálne chorých pacientov.

#### Článok 5

Základné **princípy** pre postup pri rozhodovaní o zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u terminálne chorých pacientov.

Článok 6

#### **Odporúčania pre klinickú prax**

- a) Prioritou paliatívnej liečby a starostlivosti je zmiernenie bolesti a utrpenia. Kvalita lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti sa nemení.
- b) Podnet na prechod z liečby intenzívnej na liečbu paliatívnu môže dať ktokoľvek z ošetrojúceho tímu. Pri rozhodovaní o prechode na paliatívnu starostlivosť treba brať do úvahy pranie pacienta vždy, ak je to možné.
- c) Prítomnosť rodiny či blízkych sa má vždy umožniť, pokiaľ ju pacient neodmietol.
- d) Rodinu a blízkych pacienta treba primerane informovať, najlepšie v štruktúrovanom rozhovore, pokiaľ pacient neurčil inak. Formu a obsah informácie je treba dôsledne zvážiť v súlade s okolnosťami každého jednotlivého prípadu a treba postupovať v súlade so zákonom.
- e) Delegovanie zodpovednosti na rodinu či blízkych za prijaté rozhodnutie o zmene intenzívnej liečby na liečbu paliatívnu a starostlivosť je neprístupné.
- f) Do rozhodovania o prechode na paliatívnu starostlivosť majú byť zahrnutí všetci členovia tímu ošetrojúcich zdravotníckych pracovníkov. Do rozhodovania o prechode na paliatívnu je potrebné zohľadniť vyjadrenia aktuálnych konziliárnych vyšetrení.
- g) Za konečné rozhodnutie o zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť nesie zodpovednosť vedúci lekár príslušného pracoviska, alebo ním určený lekár. V čase ústavnej pohotovostnej služby zodpovedá za rozhodnutie o zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť lekár, ktorý je zodpovedný za konkrétny úsek v rámci výkonu pohotovostnej služby a za lekársku starostlivosť o daného pacienta.
- h) Rozhodnutie o nezačatí alebo nepokračovaní v neúčelnej alebo márnej liečbe musí byť uvedené v zdravotnej dokumentácii. Zápis musí obsahovať epikritické zhodnotenie zdravotného stavu a medicínske zdôvodnenie rozhodnutia o ukončení intenzívnej a začatí paliatívnej starostlivosti.
- i) Ciele intenzívnej liečby, prínos a riziká plánovaných i prebiehajúcich jednotlivých diagnostických a liečebných postupov treba prehodnocovať a zvažovať v pravidelných intervaloch (minimálne jedenkrát za 24 hodín).



- j) Akékoľvek už prijaté rozhodnutie sa môže v odôvodnených prípadoch prehodnotiť a zmeniť.

Plné znenie odporúčaného postupu je dostupné – vid' zdroj 3.

**Paliatívna starostlivosť** je podľa WHO prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje a neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psycho-sociálne a duchovné problémy a tým predchádza a zmiernuje utrpenie. Paliatívna starostlivosť zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekármi (diagnostiku a liečbu), ošetrovateľskú starostlivosť, rehabilitáciu, psychologickú starostlivosť, liečebno - pedagogickú starostlivosť - u detí, duchovnú starostlivosť a sociálne poradenstvo (3)

#### **Úlohou paliatívnej starostlivosti je:**

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

Paliatívnu starostlivosť zabezpečuje multidisciplinárny tím lekárov, sestier a iných zdravotníckych pracovníkov (psychológ, špeciálny pedagóg/liečebný pedagóg, sociálny pracovník), duchovných a dobrovoľníkov (4).

#### **Bibliografia**

*KONCEPCIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI* v odbore anestéziológia a intenzívna medicína. 2007. Uverejnené vo Vestníku MZ SR č. 29589-1/2006 - OZSO, čiastka 11, ročník 55 [online]. 2007. [citované 10.11.2015]. Dostupné na: <[www.health.gov.sk/swift\\_data/source/.../vestnik0704.pdf](http://www.health.gov.sk/swift_data/source/.../vestnik0704.pdf)>.

MELIŠOVÁ, J., 2000. Sociálna starostlivosť o zomierajúcich a ich rodiny. *Diplomová práca*. Trnava. [online]. 2000. [citované 22.08.2016]. Dostupné na: <<https://www.google.sk/>>

gws\_rd=ssl#q=paliat%C3%ADvna+starostlivos%C5%A5+diplomov%C3%A1+pr%C3%A1c  
a>.

*ODPORÚČANIE POSTUPU pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia.* [online]. 2014. [citované 12.07.2016]. Dostupné na: <[http://www.ssaim.sk/documents/EoL-AIM\\_2014.pdf](http://www.ssaim.sk/documents/EoL-AIM_2014.pdf)>.

*ČO JE PALIATÍVNA MEDICÍNA, PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ ?* [online]. 2002. [citované 12.07.2016]. Dostupné na: <<http://www.hospice.sk/hospice1/paliativ.html>>.

#### **Kontakt**

PhDr. Helena Gondárová – Vyhníčková, dipl. s.

Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, ÚVN SNP Ružomberok, fakultná nemocnica  
Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA  
e-mail: [helenagondar1@centrum.sk](mailto:helenagondar1@centrum.sk)

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava  
Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA  
e-mail: [abratova@gmail.com](mailto:abratova@gmail.com)

PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s

NÚSCH a. s., Detské kardiocentrum, OAIM, Bratislava  
Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA  
e-mail: [laurinc@sksapa.sk](mailto:laurinc@sksapa.sk)

Mgr. Monika Matejová, dipl. s.

Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, Ústredná vojenská nemocnica SNP  
Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA  
e-mail: [matejovam@uvn.sk](mailto:matejovam@uvn.sk)

#### **Recenzia**

PhDr. Lenka Štefáková, PhD.

## **KVALITA ŽIVOTA SENIORA V SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH NA SLOVENSKU**

### **THE QUALITY OF LIFE OF SENIORS IN SOCIAL SERVICES IN SLOVAKIA**

**Irena Kamanová, Renata Spyrka Chlipala**

#### **Abstrakt**

Zmyslom existencie človeka je život sám, preto sa každý človek snaží, aby pomenoval alebo si vytvoril rebríček hodnôt tzv. kvalitu života. Otázkami kvality života sa zaoberali viacerí autori v minulosti. Aktuálnosť sa javí dnes s otázkami starnutia populácie. Kvalita života v starobe súvisí so subjektívnym vnímaním autonómie, sebestačnosti, zdravia, sociálnych vzťahov, bezpečnosti prostredia, spirituality, zmyslom života. Autorka v príspevku prináša vybrané domény (indikátory) kvality života u seniorov v pobytových sociálnych službách.

**Kľúčové slová:** Kvalita života. Senior. Sociálne služby. Zdravie.

#### **Abstract**

The purpose of human existence is life itself, so everyone tries to name or create a scale of values, so called quality of life. Quality of life issues were dealt by several authors in the past. Actuality of it appears today with the aging population. Quality of life in elderly age is associated with subjective perceptions of autonomy, self-sufficiency, health, social relationships, safety of environment, spirituality. The author in this paper brings selected domains (indicators) quality of life for seniors in residential care.

**Keywords:** Quality of life. Senior. Social services. Health.

#### **1 Kvalita života**

Pojem „kvalita života“ použil v roku 1920 Pigou v práci, ktorá sa zaoberala ekonomikou a sociálnym zabezpečením. Predmetom jeho výskumu bol vplyv štátnej podpory pre sociálne slabšie vrstvy na ich život a štátny rozpočet. V 60 rokoch 20. storočia pojem kvalita života uviedli do politiky J. F. Kennedy a L. B. Johnsonom v programoch „The Great Society“ a „The Beautiful America“ (In Mühlpachr,2005). Autor spracováva faktory obmedzujúce kvalitu života ktorú vymedzil Forester ako zabezpečenie potravinami, financiami, stavom prostredia, hodnotami rastu obyvateľstva. Toto vymedzenie spresnila a rozšírila OSN v roku 1961, keď prijala 12 faktorov a označila ich ako podmienky života, stav ochrany zdravia,

životné prostriedky, vzdelávanie, pracovné podmienky, stav zamestnanosti, uspokojovanie potrieb, doprava a komunikácia, byty a ich výstavba, odpočinok a zábava, obliekanie, sociálne istoty, osobná sloboda.

V roku 1974 Európska komisia OSN systematizovala sociálne indikátory do ôsmich skupín: *„zdravie, kvalita pracovného prostredia, nákup tovaru a služieb, možnosti trávenia voľného času, pocit istoty, možnosti rozvoja osobnosti, fyzikálna kvalita životného prostredia, možnosť účasti na spoločenskom živote.“*

#### 1.1 Teoretické vymedzenie kvality života

WHO definuje kvalitu života ako jednotlivcovu percepciu vlastnej pozície v živote, v kontexte svojej kultúry a hodnotového systému vo vzťahu k jeho cieľom, očakávaniu, normám a obavám. Je to koncept multifaktoriálne ovplyvnený jednotlivcovým fyzickým zdravím, psychickým stavom, sociálnymi vzťahmi a vzťahom ku kľúčovým oblastiam jeho životného prostredia. Strieženec (1992) definoval termín kvalita života ako jeden z nosných pojmov sociálnej práce a sociálnej politiky. Uvádza, že sociálna dimenzia kvality života je jednou z východiskových kategórií sociálnej politiky a sociálnej práce. Křivohlavý (2002) kvalitu života charakterizuje, ako súd, ktorý je výsledkom porovnávania a zvažovania viacerých hodnôt. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým vzťahom ku vlastnej existencii. Kamanová (2007) definuje kvalitu života ako: *„súhrn objektívne a subjektívne posúdiťelných stránok činností a vnemov človeka. Je to súhrn jednotlivých indikátorov a preindikátorov individua na jeho makro, mezo a mikro úrovni“*. V makro rovine ide o otázky kvality života vo veľkých spoločenských celkoch. V tomto prípade chápeme život ako najvyššiu morálnu hodnotu a kvalita života musí túto skutočnosť plne rešpektovať. V mezo rovine ide o otázky kvality života v malých sociálnych skupinách ako je škola, podnik, nemocnica, zariadenie pre seniorov. Jedná sa o rešpekt k morálnej rovine hodnôt, ale súčasne aj o otázky sociálne, vzťahov medzi ľuďmi, otázky uspokojovania a neuspokojovania každého člena skupiny. V mikro úrovni ide o život jednotlivca, každého z nás (Křivohlavý, 2002).

Definovanie kvality života ako i stanovenie jednotlivých indikátorov je interdisciplinárny problém a jeho vyriešenie si vyžaduje integráciu a syntézu hľadísk z oblasti sociológie, filozofie, ekonómie, etiky, psychológie a ďalších vedeckých disciplín.

#### 1.2 Meranie kvality života

Svetová zdravotnícka organizácia rozčlenila predmety svojho skúmania na štyri oblasti, ktoré vystihujú dimenzie ľudského života bez ohľadu na vek, pohlavie, etnikum, zdravotné postihnutie a zhrnula ich do nástrojov merania WHOQOL-BREF a WHOQOL-100. WHOQOL-BREF sa skladá z 24 položiek združených do štyroch domén (**fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie**) a z dvoch položiek hodnotiacich celkovú kvalitu života a celkový zdravotný stav. Na odmeranie kvality života je potrebné sčítať hrubé skóre jednotlivých domén, ktoré predstavujú priemerné hodnoty z položiek prislúchajúcich každej doméne. Pre meranie kvality života vo vyššom veku sa súčasne s dotazníkom WHOQOL-BREF používa modul WHOQOL-OLD. Tento dotazník pozostáva z 24 položiek, združených do 6 domén (**fungovanie zmyslov, nezávislosť, naplnenie, sociálne zapojenie, smrť a umieranie, blízke vzťahy**). Meranie kvality života tu zahŕňa výpočet hrubého skóre, ktoré predstavuje štandardizované priemerné hodnoty zo štyroch príslušných položiek ku každej doméne (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

#### 2 Kvalita života seniora v zariadení sociálnych služieb

Sociálne služby sú odborné, obslužné a ďalšie činnosti, ktoré sa realizujú v Slovenskej republike podľa zákona o sociálnych službách. Sociálne služby musia byť poskytované na základe uspokojovania individuálnych potrieb prijímateľov sociálnej služby, dodržiavaním ľudských práv. Poskytovateľ ho musí podporovať k samostatnosti a motivovať k činnostiach, aby sa neprehlbovala klientova nepriaznivá sociálna situácia (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).

V našom príspevku sme sa zamerali na sociálne služby poskytované **v zariadení pre seniorov**. Zariadenie pre seniorov – je pobytová forma sociálnej služby, je určená pre fyzickú osobu, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, jej stupeň odkázanosti je najmenej IV. podľa prílohy zákona o sociálnych službách, alebo potrebuje poskytovanie sociálnej služby v tomto zariadení z iných vážnych dôvodov. V zariadení pre seniorov sa poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, osobné vybavenie, utvárajú sa podmienky na úschovu cenných vecí a zabezpečuje sa záujmová činnosť. V zariadení pre seniorov sa zabezpečuje ošetrovateľská starostlivosť, ale môže sa poskytovať aj zdravotná starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti.

Spracovávame niektoré výsledky výskumov autorov, ktorí sa zaoberajú skúmaním kvality života seniorov v pobytových formách sociálnych služieb na Slovensku.

**Výskum A** – Kamanová, 2007 realizovala výskum *Inštitucionalizované sociálne služby a kvalita života seniorov*, kde cieľom bolo analyzovať kvalitu života seniorov cez jednotlivé indikátory kvality života. Do výskumu bolo zapojených 242 respondentov, klientov žijúcich v zariadeniach sociálnych služieb na Slovensku. Základný súbor tvorilo 750 respondentov. Pri výbere respondentov a následne pred vyplňovaním dotazníka sa uskutočnil Folsteinov test kognitívnych funkcií Mini–Mental State test (MMS), kde bolo zapojených 242 respondentov.

**Výskum B** - Sáková, 2012 realizovala výskum *Kvalita života seniorov*, kde cieľom bolo identifikovať determinanty kvality života seniorov. Prieskumná vzorka 80 respondentov, v inštitucionálnom prostredí (40), v prirodzenom prostredí (40) žijúci v Piešťanoch.

**Výskum C** – Bezák, 2015 realizoval výskum *Kvalita života seniorov v zariadeniach sociálnych služieb*, kde cieľom bolo identifikovať determinanty kvality života seniorov. Prieskumná vzorka – zámerný výber 200 respondentov z Prešovského, Žilinského a Banskobystrického samosprávneho kraja.

**Výskum D** - Pavlicová, 2015 realizovala výskumné šetrenie *Kvalita života seniorov v pobytových zariadeniach sociálnych služieb*, kde cieľom bolo vyčísliť skóre kvality života v jednotlivých položkách a doménach u seniorov žijúcich v pobytových zariadeniach sociálnych služieb v meste Ružomberok, skóre porovnať s populačnými normami. Zber dát prebiehal vo všetkých pobytových zariadeniach sociálnych služieb pre seniorov nachádzajúcich sa v meste Ružomberok. Celkový počet seniorov žijúcich v týchto zariadeniach je približne 300. Z uvedenej základnej vzorky získala 38 respondentov.

### 3 Výsledky výskumov

**Tabuľka 1** Tzv. populačné normy - WHOQOL-BREF (380 respondentov)

|                             | priemer | SD   | minimum | maximum |
|-----------------------------|---------|------|---------|---------|
| Doména 1: fyzické zdravie   | 15,55   | 2,55 | 5,14    | 20,00   |
| Doména 2: Psychické zdravie | 14,78   | 2,43 | 6,67    | 20,00   |
| Doména 3: Sociálne vzťahy   | 14,98   | 2,89 | 4,00    | 20,00   |
| Doména 4: Prostredie        | 13,30   | 2,08 | 6,00    | 18,50   |
| Globálna kvalita života     | 3,82    | 0,72 | 1,00    | 5,00    |
| Spokojnosť so zdravím       | 3,68    | 0,85 | 1,00    | 5,00    |

Zdroj: Dragomirecká, Bartoňová, 2006

### XIII. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

V našom príspevku vyberáme domény (ukazovatele, indikátory, dimenzie..) kvality života seniorov žijúcich v pobytových formách sociálnych služieb. Spokojnosť zo zdravím, kde zdravie vnímame ako stav úplnej bio-psycho-socio-duchovnej homeostázy. Na zdravie sa možno pozeráť ako na stav, na proces, pokladať ho za prejav interakcie a adaptability, posudzujeme ho objektívne - subjektívne, kvalitatívne - kvantitatívne.

**Doménu zdravie** posudzujeme na základe fyzického zdravia a psychického zdravia respondentov. Hodnotíme fyzické zdravie z hľadiska prítomnosti bolesti, nepríjemných príznakov, závislosťou na lekárskej starostlivosti.

**Doménu kvality života** posudzujeme na základe všeobecného vyjadrenia sa k vlastnej kvalite života, k prístupu k informáciám a k realizovaniu záľub, aktivít v zariadeniach sociálnych služieb.

**Tabuľka<sup>3</sup> 2** Vyhodnotenie vybraných domén kvality života

| Q2  | Seniori žijúci v ZpS |      |     | Populačná norma |      |     |      |
|---|----------------------|------|-----|-----------------|------|-----|------|
|   | priemer              | N    | STD | priemer         | N    | STD |      |
| spokojnosť so zdravím                       | A                    | 3,40 | 240 | 1,15            | 3,68 | 310 | 0,85 |
|   | B                    | 3,20 | 80  | 1,70            | 3,68 | 310 | 0,85 |
|   | C                    | 3,20 | 200 | 1,00            | 3,68 | 310 | 0,85 |
|   | D                    | 3,26 | 38  | 1,01            | 3,68 | 310 | 0,85 |
| q3<br>bolesť a nepríjemné pocity            | A                    | 4,19 | 240 | 1,85            | 4,03 | 310 | 1,05 |
|   | B                    | 4,19 | 80  | 1,85            | 4,03 | 310 | 1,05 |
|   | C                    | 4,25 | 200 | 1,56            | 4,03 | 310 | 1,05 |
|   | D                    | 3,42 | 38  | 0,92            | 4,03 | 310 | 1,05 |
| q4<br>závislosť na lekárskej starostlivosti | A                    | 3,40 | 240 | 0,90            | 4,16 | 310 | 0,95 |
|   | B                    | 3,40 | 80  | 0,90            | 4,16 | 310 | 0,95 |
|   | C                    | 3,80 | 200 | 1,15            | 4,16 | 310 | 0,95 |
|   | D                    | 3,24 | 38  | 0,79            | 4,16 | 310 | 0,95 |
| Q1<br>kvalita života                        | A                    | 4,19 | 240 | 1,17            | 3,82 | 310 | 0,72 |
|   | B                    | 4,20 | 80  | 1,16            | 3,82 | 310 | 0,72 |
|   | C                    | 6,53 | 200 | 2,15            | 3,82 | 310 | 0,72 |
|   | D                    | 3,42 | 38  | 0,79            | 3,82 | 310 | 0,72 |
| q1<br>prístup k informáciám                 | A                    | 4,38 | 240 | 1,17            | 3,87 | 310 | 0,77 |
|   | B                    | 4,37 | 80  | 0,60            | 3,87 | 310 | 0,77 |
|   | C                    | 3,60 | 200 | 0,85            | 3,87 | 310 | 0,77 |
|   | D                    | 4,47 | 38  | 0,65            | 3,87 | 310 | 0,77 |
| q2<br>záľuby                                | A                    | 1,94 | 240 | 0,65            | 3,33 | 310 | 1,00 |
|   | B                    | 2,20 | 80  | 0,80            | 3,33 | 310 | 1,00 |
|   | C                    | 2,15 | 200 | 0,95            | 3,33 | 310 | 1,00 |
|   | D                    | 3,82 | 38  | 1,01            | 3,33 | 310 | 1,00 |

<sup>3</sup> Poznámka: N = počet osôb vo výskumnom súbore; STD = štandardná odchýlka. Rozpätie škály v jednotlivých otázkach je 1-5, v doménach je 4-20, pričom vyššie skóre znamená lepšiu kvalitu života



#### 3.1 Vyhodnotenie podľa dimenzií

Štandardizovaný dotazník kvality života sme skúmali v 4 základných dimenziách. V prvej časti sme skúmali fyzické zdravie ako indikátor kvality života respondentov. Fyzické zdravie predstavuje výraznú dimenziu vnímania kvality zdravia a na základe analýzy jednotlivých odpovedí respondentov z skúmaného **súboru A** – výberový súbor 242 respondentov, z toho ženy 153 (63%), muži 89 (37%). Skúmaný **súbor B** - výberový súbor 80 respondentov, z toho ženy 40 (50%), 40 muži (50%). Skúmaný **súbor C** - výberový súbor 200 respondentov, z toho ženy 100 (50%), muži 100 (50%). Skúmaný **súbor D** – počet respondentov 38, z toho ženy 16 a muži 22.

**Doména Zdravie** – z nášho skúmania u všetkých súborov bola štandardná odchýlka vyššia ako je populačná norma, priemer bol nižší, čím môžeme povedať, že všetci respondenti hodnotili vlastnú spokojnosť so svojim zdravím nižším skóre. Bolesť hodnotili súbor A,B vyšším skóre – znamená to lepšiu kvalitu života. Závislosť na lekárskej starostlivosti hodnotili súbor A,B,C nižším skóre. Tieto skúmané znaky hovoria o tom, že respondenti v pobytových sociálnych službách majú poskytovanú ošetrovateľskú starostlivosť 24 hodím denne. Pri jednotlivých výkonoch, úkonoch ošetrovateľskej starostlivosti sa realizujú ošetrovateľsko - opatrovateľské intervencie, ktoré môžu znižovať intenzitu bolesti, závislosť na liekoch, pomôckach.

**Doména Kvalita života** – u súboroch A,B,C bola štandardná odchýlka vyššia ako je populačná norma, čím môžeme povedať, že respondenti hodnotili vlastnú kvalitu života vyšším skóre. Súbor D hodnotil nižším skóre. Veľmi pozitívne bolo hodnotenie prístupu k informáciám v súbore A,D. V súbore C bola skóre nižšie čo môže byť spôsobené aj tým, že výskum bol realizovaný v roku 2013. Zaujímavý je údaj u všetkých skúmaných, kde hodnotili záľuby respondenti A,B,C nižším skóre, súbor A-1,94, súbor B-2,20, súbor C-2,15. Tento údaj je pre nás určitou výzvou, nakoľko všetci poskytovatelia sociálnych služieb realizujú rôzne aktivizačné programy, ale podľa skúmaného znaku tieto programy nie sú realizované na základe konkrétnych záľub klientov.

#### Záver

Pri vyhodnotení jednotlivých domén v dotazníku WHOQOL-BREF sa zistilo, že hodnota domény fyzického zdravia sa nachádzala veľmi tesne pod spodnou hranicou intervalu populačnej normy, čo znamená **mierne zníženú kvalitu života**. Starnutie človeka je definované viacerými spôsobmi, odborníkmi z rôznych odborov, preto je dôležité venovať sa



otázkam kvality života seniorov. V príspevku sme spracovali vybrané domény (indikátory) kvality života, ktoré skúmali niektorí autori. Od roku 2016 sa na Slovensku hodnotí kvalita poskytovaných sociálnych služieb, kde sa hodnotia aj niektoré indikátory kvality života prijímateľov sociálnej služby. Záľuby prijímateľov sociálnych služieb je dôležité spracovať v rámci individuálnych plánov, kde plánovanie vychádza z konkrétnych potrieb. Preto je veľmi dôležité spracovať precízne biografiu človeka cez jednotlivé anamnézy – sociálna, pracovná, rodinná, školská.....

#### **Bibliografia**

- BEZÁK, V. 2015. *Kvalita života seniorov v zariadeniach sociálnych služieb*. D016774 Kvalifikačná práca: PF KU. 2015.
- HALEČKA, T.: Kvalita života a jej ekologicko-environmentálny rozmer. *In Kvalita života a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2002, s. 65-81. ISBN 80-8068-088-4.
- DRAGOMIRECKÁ, Eva. – BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF WHOQOL-100 Průručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
- DRAGOMIRECKÁ, Eva. – PRAJSOVÁ, Jitka. *WHOQOL-OLD: Průručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.
- KAMANOVA, I. *Institucionalizované sociálne služby a kvalita života seniorov*. 2007. PF KU. ISN 978-80-8084-275-8
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. a kol. *Velký sociologický slovník. A-O. 1. vyd.* Praha: Karolinum 1996. 747 s. ISBN 80-7184-164-1
- MÜHLPACHR, P. *K problematice vzdělávání seniorů* In ŘEHULKA, E. (eds.) 2002. *Učitelé a zdraví 4*. Brno : Nakladatelství Křepelka. 2002. s 191-203. ISBN 80- 902653-9-4.
- MÜHLPACHR, P. (ed.) *Schola gerontologica*. Brno: MU 2005, ISBN 80-210-3838-1
- PAVLICOVÁ, I. 2015. *Kvalita života seniorov v pobytových zariadeniach sociálnych služieb*. In: XII. Hradecké dni sociálnej práce. Sociální práce v nejisté době, v tlači.
- STRIEŽENEC, Š. 1999. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava: AD.1999. 192 s. ISBN. 80-8068-087-6.

### **XIII. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS**

---

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.457/1991 Z. z o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

#### **Kontakt**

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD. MHA

PF KU v Ružomberku, Katedra sociálnej práce

Irena.kamanova@ku.sk

Mgr. Renata Spyrka Chlipala

Doktorandka KU v Ružomberku

#### **Recenzia**

Prof. nadzw. dr hab Ewa Kucharska

## INŠTITUCIONÁLNA STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV

### INSTITUTIONAL CARE FOR THE ELDERLY

Irena Kamanová, Veronika Plevová

#### Abstrakt

Autorky sa v príspevku zaoberajú problematikou inštitucionálnej starostlivosti. V druhej časti spracovávame systém starostlivosti o seniorov v zariadeniach sociálnych služieb, problematiku adaptácie na pobyt v zariadení, charakterizujeme metódy aktivizácie používané pri práci so seniormi. ti o seniorov.

**Kľúčové slová:** inštitucionálna starostlivosť, kvalita života, potreby seniorov, sociálne služby

#### Abstract

The authors of the paper deal with the issue of institutional care. In the second part we process the system of care for the elderly in homes of social services, the issue of adaptation to reside in facility for seniors, we characterize methods of activation used when working with seniors.

**Keywords:** institutional care, quality of life, the needs of seniors, social services

#### Úvod

Každý senior nemá možnosť prežiť obdobie staroby v domácom prostredí a je odkázaný na pomoc vo forme pobytových sociálnych služieb. V našom príspevku prinášame vybrané výsledky empirickej časti práce, kde sme skúmali ako sú saturované vybrané potreby klientov vo vybranom zariadení sociálnych služieb - v Zariadení pre seniorov: Dom sociálnych služieb Krupina. Výskum sme realizovali kvalitatívnou metódou pomocou pološtruktúrovaných rozhovorov.

#### Starnutie

Starnutie sa vyznačuje jednotlivými špecifickými vlastnosťami a to tým, že je VNÚTORNÉ, čo znamená, že je nám dané už od počiatku, teda je genetické. Je PROGRESÍVNE, teda nie je možné tento priebeh pozastaviť. Je NEZVRATNÉ, nie je možné vrátiť sa späť v čase. Je NEROVNOMERNÉ, starnutie jednotlivých funkcií či orgánov je individuálne (Krajčík. 2006).

Ľudský organizmus prechádza počas života rôznymi zmenami a starnutie predstavuje fyziologický proces, pri ktorom dochádza k zmenám orgánov a zároveň i psychiky jedinca.

#### **Inštitucionálna starostlivosť o seniorov**

Pojem inštitucionálna starostlivosť je synonymum pojmu rezidenčná starostlivosť, alebo pobytová. „*Podrobne môžeme inštitucionálnu starostlivosť chápať ako každý typ sociálnej starostlivosti, kde: sú prijímatelia sociálnych služieb izolovaní od širšieho spoločenstva a/alebo nútení k spoločnému spolunažívaniu, prijímatelia sociálnych služieb nemajú dostatočnú moc nad svojim životom a nad rozhodnutiami, ktoré sa ich dotýkajú, požiadavky samotnej organizácie majú tendenciu byť nadradované nad individuálne potreby jednotlivých prijímateľov sociálnych služieb*“ (Vancáková, 2013, s.58).

Medzi základné charakteristiky inštitucionálnych zariadení patrí stereotypné architektonické usporiadanie, centralizácia, veľké pozemky, minimálna možnosť súkromia, autonómie atď. (Bednář, 2012).

Inštitucionálna starostlivosť je formou starostlivosti vychádzajúcou zo zákona o sociálnych službách, ktorý definuje formy a druhy sociálnych služieb.

**Zariadenie pre seniorov** - sociálna služba sa poskytuje osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a je odkázaná na pomoc inej FO, s tým, že jej stupeň odkázanosti je najmenej IV alebo sociálnu službu potrebuje z iných vážnych dôvodov. Službu možno poskytovať najviac pre 40 prijímateľov sociálnej služby (ďalej PSS).

„*V zariadení pre seniorov sa: a) poskytuje: 1. pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, 2. sociálne poradenstvo, 3. sociálna rehabilitácia, 4. ubytovanie, 5. stravovanie, 6. upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, 7. osobné vybavenie,*

*b) utvárajú podmienky na úschovu cenných vecí,*

*c) zabezpečuje záujmová činnosť“* (Zákon č. 448/2008, § 35).

#### **Výskum**

Témou nášho výskumu bola Inštitucionálna starostlivosť o seniorov. Predmetom nášho výskumu bola subjektívna spokojnosť seniorov s kvalitou ich života v ZPS. Objektom boli klienti zariadenia pre seniorov – Dom sociálnych služieb v Krupine.

Základná **výskumná otázka**, ktorú sme si v našom výskume kládli bola: „*Sú seniori spokojní s poskytovanými sociálnymi službami vo vybranom inštitucionálnom zariadení a sú naplnené ich potreby?*“

Výskumnú vzorku tvorili desiatich klienti Domu sociálnych služieb v Krupine. Po dohode so sociálnou pracovníčkou boli vybraní desiatich klienti na základe nami zvolených kritérií pre výber respondentov, ktorými boli: veková hranica 65 – 95 rokov, klienti, ktorí netrpia žiadnym psychiatrickým ochorením ako napr. demencia či Alzheimerova choroba, klienti bez zhoršeného zdravotného stavu, ktorí sú mobilní (aj s použitím kompenzačných pomôcok), klienti, ktorí dokážu verbálne komunikovať.

Pomocou metódy otvoreného kódovania sme vytvorili 5 kategórií:

- Dôvody nástupu do zariadenia
- Možnosti aktivizácie a voľný čas seniorov
- Spokojnosť s poskytovanými službami
- Spolupráca s ostatnými klientmi
- Zachované rodinné väzby

Pre potreby nášho príspevku spracovávame kategóriu **Spokojnosť s poskytovanými službami**. V našom výskume sme sa zaujímali o to ako poskytované sociálne služby naplňajú potreby seniorov, zamerali sme sa na: ubytovanie, stravu a starostlivosť personálu. V tejto oblasti sme sa stretli s vyslovením veľkej nespokojnosti na adresu stravovania, najmä čo sa týka dochucovania jedál a presolovania, s týmto seniori neboli spokojní. K ubytovaniu sa vyjadrovali že majú všetko čo k životu potrebujú.

Participant 1: *„Ale tak spokojná som...Ja som skromná a nič mi tu nechýba. Kedysi v minulosti som musela byť o chlebe a o vode, takže ja vysoké nároky nemám. Čo sa týka ubytovania, tiež sa nestážujem, aj spolubývajúca je príjemná osoba...“*

Participant 2: *„...nie je to síce ako doma, ale máme čo potrebujeme. S tou stravou je to horšie, veľmi mi nechutí, lebo slané to robia. Nevaria dobre. Dakedy je veľmi slané, že sa to nedá ani zjesť...“*

Participant 3: *„Tak stravy máme dostatok...hladni nie sme (smiech), ale niekedy by mohli aj lepšie dochucovať, nech to má nejakú chuť. A ubytovanie, som spokojná, pokiaľ sme dve na izbe je to relatívne v poriadku, len záleží od toho koho vám na tú izbu dajú. Niekedy by bol človek radšej sám ako s kadekým.“*

Participant 4: *„Ale furt varia to isté, je to veľmi slané... a častejšie by nám mohli dávať mliečne výrobky, to mi chýba. Ubytovanie je v poriadku, mám kde pospať, mám kde posediť aj sanita je v poriadku... len tie ženy, keby boli iné (smiech).“*

Participant 5: *„Ja som spokojná, všetko je tak ako má byť. Varia dobre, nestážujem sa a ubytovanie je primerané, nič nám tu nechýba.“*

Participant 6: „Nuž tak čo sa týka stravy...nemôžem sa sťažovať, lebo myslím, že varia nutrične primerane. Samozrejme, že to nie je také ako keď si navaríte sami doma, ale musíme byť vďačný aj za to, čo nám tu druhí navaria, keďže my sami už nie sme poväčšine schopní. Možno len trošičku lepšie keby dochucovalo, ale ako hovorím, ja sa nestážujem. A ubytovanie, to je v podstate o tom istom, domov je domov, tam sme to celý život zútulňovali, ale aj tu to má každý také ako si spraví. Ja mám okolo seba svoje veci, ktoré mi pripomínajú domov a tým je to celé také útulnejšie.“

Participant 7: „Samozrejme spokojná som, ale vieš dušinka ako to je, najradšej by som jedla také čo nemôžem (smiech), tak ale dávajú nám také čo môžeme... takže ty jedz všetko čo vidíš, lebo keď budeš taká stará ako my, tak hento nemôžeš, tamto nemôžeš...ach. Ale inak som spokojná. Aj s ubytovaním, dobré to tu je, sedieť mám kde.“

Participant 8: „Ach moja, čože sa ja môžem sťažovať. Som vďačná za všetko, čo tu pre mňa robia. Posteľ mám, strechu nad hlavou mám, okúpať sa mám kde, inšie mi netreba. A strava by mohla byť aj lepšia (smiech). Viacej jogurtov by som uvítala.“

Participant 9: „Ale nuž...samozrejme, že to môže byť aj lepšie, to ubytovanie, ale môžeme byť radi, že máme vôbec kde byť a že sa má kto o nás postarať. A strava...no to veľmi spokojný nie som. Veľa mäsa nám dávajú, stále len samé mäso, z toho by mohli ubrať. A menej soliť.“

Participant 10: „Hmmm...to ubytovanie, nuž ako v nemocnici, keby lepší spolubývajúci boli tak by sa to dalo prežiť. A strava...to škoda reči. Slané, nedochutené...“

Pozitívnejšie reakcie však boli adresované pracovníkom zariadenia, pretože práve personál a starostlivosť z ich strany klienti hodnotili nadmieru pozitívne. Medzi participantmi nebol nikto, kto nebol spokojný s ich prácou, práve naopak, v jednom prípade to bol práve vedúci a zdravotná sestra, ktorí boli dôvodom nástupu jednej participantky do tohto zariadenia.

Dôležité je skonštatovať, že náplňou práce personálu nie je iba osobná, lekárska starostlivosť o klientov ale aj emocionálna podpora, povzbudenie, vypočutie a navodenie pocitu, že sú tam pre nich a toto pracovníci Domu sociálnych služieb naozaj splňajú.

#### **Záver**

Zaoberali sme sa celkovou spokojnosťou participantov v ZPS, teda či sú vôbec spokojní s poskytovanými službami v zariadení. Zaujímalo nás s čím sú najspokojnejší, resp. čo by nezmenili a naopak, čo im na pobyte nevyhovuje, akú zmenu by privítali. V rámci otázok sme sa zamerali najmä sa starostlivosť zo strany personálu a na služby ako sú ubytovanie a stravovanie. Na otázku s čím sú participant najspokojnejší zväčša odpovedali, že so

všetkým. Bola to univerzálna rýchla odpoveď, ktorú okomentovali tým, že v tomto veku im už nič nechýba, že majú všetko čo k životu potrebujú. Na základe odpovedí najväčšiu spokojnosť participanti vyjadrovali voči **komplexnej zdravotnej starostlivosti a celkovému prístupu personálu ZPS.**

#### **Bibliografia**

BEDNÁŘ, M. 2012. *Kvalita v sociálních službách*. 1. Vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3069-0.

KRAJČÍK, Š. 2006. *Geriatría pre sociálneho pracovníka*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2006. 96 s. ISBN 80-969449-8-3.

VANČÁKOVÁ, S. 2013. *Rezidenciálna sociálna práca – ústavné zariadenia pre deti. Vývoj a súčasný stav na Slovensku a vo vybraných krajinách EÚ*. In *Rezidenciálna sociálna práca na Slovensku a vo vybraných krajinách EÚ*. Košice: Teologická fakulta KU, 2013. s. 57-84.

Zákon NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona 445/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

#### **Kontakt**

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku

Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok

e-mail: irena.kamanova@ku.sk

Mgr. Veronika Plevová

#### **Recenzia**

Prof. nadzw. dr hab Ewa Kucharska

## MULTIDISCIPLINÁRNY TÍM A JEHO FUNGOVANIE V PROCESE INDIVIDUÁLNEHO PLÁNOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

### MULTIDISCIPLINARY TEAM AND ITS FUNCTIONING IN THE PROCESS OF INDIVIDUAL PLANNING OF SOCIAL SERVICES

Kristína Pekarová, Zuzana Pekarová

#### **Abstrakt**

Príspevok sa zaoberá otázkou zvyšovania kvality sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb prostredníctvom spolupráce odborníkov pri participovaní na tvorbe individuálneho plánu prijímateľov sociálnych služieb. Cieľom príspevku je popísať úlohu sociálneho pracovníka a pracovníkov multidisciplinárneho tímu pri zostavovaní individuálneho plánu, ako aj priblíženie tvorby individuálneho plánu.

**Kľúčové slová:** sociálny pracovník, kľúčový pracovník, kompetencie, multidisciplinárny tím, prijímateľ sociálnych služieb, individuálny plán

#### **Abstract**

The paper deals with the question of improving the quality of social services in social service by bringing together experts of participation in the creation of individual plans of beneficiaries of social services. The paper describes the role of social workers and a multidisciplinary team to compile an individual plan and approach the creation of individual plan.

**Key words:** social worker, key personnel, competences, multidisciplinary team, recipient of social services, individual plan,

#### **Úvod**

Čoraz viac sa hovorí o zvyšovaní kvality poskytovaných sociálnych služieb. Zariadenia poskytujúce sociálne služby venujú pozornosť dodržiavaniu podmienok kvality sociálnych služieb vyplývajúcich zo zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. Pri riešení mnohých problémov vyplývajúcich z práce sociálneho pracovníka je dôležitá jeho spolupráca s tímom odborníkov a to najmä pri zostavovaní individuálneho plánu prijímateľa sociálnych služieb. Jeho úlohou je vytvorenie multidisciplinárneho tímu, aby spoločne dosiahli stanovený cieľ a to sa stane vtedy, keď budú navzájom spolupracovať a vymieňať si skúsenosti.



#### **Multidisciplinárny tím**

Jednou z hlavných úloh sociálnej práce je znalosť a porozumenie ľudskému správaniu, ako aj rozvoj sociálneho prostredia a v rámci životného cyklu interakcii medzi biologickými, psychologickými, socio-štrukturálnymi, ekonomickými, kultúrnymi a spirituálnymi faktormi v pohľade na ľudský rozvoj a jeho správanie (Ševčíková, 2007).

V dnešnej modernej dobe, dobe modernej starostlivosti o prijímateľa sociálnych služieb v zariadení je tímová práca alfou a omegou. Sociálny pracovník, spolupracuje a konzultuje problémy klientov s profesionálmi z mnohých vedných odborov, ktorých spája do multidisciplinárneho tímu (Řezníček, 1994 In Husaková, 2008).

V procese tvorby individuálneho plánu sociálnych služieb je nesmierne dôležitá tímová práca a tímový prístup. V tímovom prístupe, každý z jeho členov využíva svoje špecifické kompetencie, metódy a intervencie danej pomáhajúcej profesie a každý sa podieľa na naplnení cieľov v starostlivosti a rehabilitačnom procese o prijímateľa sociálnych služieb, pričom tieto ciele sa prekrývajú. Prekrývajú sa z toho dôvodu, že každý pracovník multidisciplinárneho tímu využíva vlastné prostriedky na dosiahnutie rovnakých cieľov (Zapf, 1997).

Maliková (2011) hovorí, že jedným zo zásadných faktorov, ktoré ovplyvňujú úspech respektíve neúspech individuálneho plánu je správne organizovaná a fungujúca činnosť pracovného tímu. To znamená, že je nevyhnutná nepretržitá komunikácia medzi pracovníkmi a teda komunikácia vhodnými technikami s prijímateľom sociálnej služby a výmena informácií s členmi tímu. Aby bola práca multidisciplinárneho tímu efektívna a funkčná musí prebiehať kontinuálne poskytovanie informácii, postrehov, výsledkov pozorovania, výmena skúseností medzi jednotlivými pracovníkmi tímu, vzájomné konzultácie a samozrejme poskytovanie vzájomnej podpory predovšetkým v komplikovaných neobvyklých, či mimoriadne náročných situáciách.

Multidisciplinárny tím je prevažne zostavovaný zo sociálneho pracovníka, zdravotných pracovníkov, pedagógov (tzn. sociálny, liečebný alebo špeciálny pedagóg), terapeutov a externých pracovníkov, ktorými sú lekári, psychiater, psychológ a mnohí iní. Kooperácia týchto odborníkov vykazuje znak multidisciplinarity v sociálnej pomoci, ktorý je významným rysom sociálnych služieb (Mydlíková, 2004). Podľa potreby môžu byť prizvaní aj ďalší odborníci alebo osoby a to: nutričný terapeut, príbuzní prijímateľa sociálnej služby, či jeho blízke osoby, kňazi, logopéd, praktický alebo odborný lekár, pracovníci zariadenia (recepční, správca objektu, pracovníci údržby, upratovačky, riaditeľ zariadenia a tiež iná osoba

podieľajúca sa na riešení problému v individuálnom pláne prijímateľa sociálnej služby (Malíková, 2011).

Na tvorbe individuálneho plánu sociálnych služieb sa podieľajú všetci špecialisti pracovného tímu. Títo odborníci sú si rovnocenní, ich spolupráca vychádza zo spolupráce a vzájomného partnerstva. Prioritou koordinátora je zostavenie pracovného tímu. Úlohu koordinátora by mal mať spravidla sociálny pracovník, ktorý zvažuje a posudzuje obsadenie jednotlivými odbornými pracovníkmi. Sociálny pracovník ako koordinátor riadi multidisciplinárny tím a prepája odborné schopnosti jednotlivých členov tímu na dosiahnutie stanoveného cieľa. Výsledkom vzájomnej spolupráce členov multidisciplinárneho tímu je stanovenie sociálnej diagnózy prijímateľa sociálnych služieb, odporúčanie postupov a rehabilitácie, ktoré si členovia tímu určili. Práve dobrá koordinácia a kvalitne naplánovaná kooperácia multidisciplinárneho tímu prináša pozitívny obrat v kvalite poskytovaných sociálnych služieb i v prístupoch, pretože tímová práca pomáha pri zvládaní často krát komplikovaných problémov prijímateľov sociálnych služieb (Cowes, 2003).

Môžeme povedať, že multidisciplinárny tím na čele s koordinátorom vypracúvajú individuálny plán prijímateľa sociálnej služby a prijímateľ sa na nich môže kedykoľvek obrátiť. Sociálny pracovník ako koordinátor multidisciplinárneho tímu zodpovedá za to, aby prijímateľovi boli poskytnuté všetky potrebné informácie. V individuálnom pláne a samozrejme aj v záujme multidisciplinárneho tímu je rozvoj klientových zručností a schopností. Kladú dôraz na samorozhodovanie prijímateľa sociálnych služieb a jeho aktívnu prácu pri zhotovovaní individuálneho plánu sociálnych služieb.

Krupa (2006) hovorí, že samorozhodovanie prijímateľa je dôležité preto, pretože on sám je najlepším expertom na svoje telo a dušu a teda, že on sám najlepšie pozná svoje poruchy, choroby, nedostatky, ale aj rezervy.

#### **Požiadavky kladené na jednotlivých členov multidisciplinárneho tímu**

Každý člen multidisciplinárneho tímu má určité požiadavky, ktoré sú na výkon jeho funkcie požadované.

Malíková (2011) uvádza požiadavky, ktoré sú kladené na koordinátora a týmito požiadavkami sú: znalosť platnej legislatívy v odbore, organizačné schopnosti, dokonalá orientácia problematiky individuálneho plánu, znalosť psychológie, komunikácie a sociálnej práce, nevyhnuté sú aj koordinátorove osobnostné predpoklady (zodpovednosť, spoľahlivosť, schopnosť koordinácie, tímová spolupráca, vedenie tímu, flexibilita a pod.), sociálne znalosti,

využívanie emočnej inteligencie, augmentatívnych a alternatívnych komunikačných techník, znalosť aktivizačných a intuitívnych techník, dodržiavanie etických zásad. Koordinátorom by mal byť sám sociálny pracovník, ktorý zodpovedá za celý postup, realizáciu a funkčnosť individuálneho plánu. Povinnosťou koordinátora je aj výber kľúčového pracovníka, na základe vzťahu kľúčového pracovníka s prijímateľom sociálnej služby. Ďalšou činnosťou je kontrola činností všetkých pracovníkov multidisciplinárneho tímu podieľajúcich sa na tvorbe individuálneho plánu a následne aj zisťovanie spokojnosti klientov. Kontroluje dokumentáciu a kvalitu záznamov, koordinuje tímovú spoluprácu členov, podieľa sa na riešení problémov a výmene skúseností, je radcom a oporným bodom pre kľúčového pracovníka, ale aj pre ostatných členov tímu, v prípade potreby im poskytuje radu a psychickú podporu. Koordinátor sa usiluje o vytvorenie funkčného navzájom spolupracujúceho tímu a organizuje krátke konštruktívne pracovné porady so zameraním na individuálny plán.

Autorka ďalej uvádza požiadavky kladené na kľúčového pracovníka, do ktorých patrí znalosť v oblasti individuálneho plánu, znalosť platnej legislatívy, rešpektovanie prijímateľa sociálnej služby ako partnera, znalosť psychológie, schopnosť rozpoznať verbálne a neverbálne prejavy klienta (problémy, deficit v jeho potrebách), ovládanie komunikačných techník a využívanie ich pri komunikácii s ním, ovládanie intuitívnych techník, augmentatívnych a alternatívnych komunikačných techník, znalosť pracovať so svojou emočnou inteligenciou, k výkonu sociálnej práce má morálne predpoklady a jeho znalosť vykonávať záznamy v individuálnom pláne prijímateľov sociálnych služieb. Úlohou kľúčového pracovníka je preberanie prijímateľov sociálnych služieb, ktoré mu na základe vzťahov s prijímateľmi vybral koordinátor multidisciplinárneho tímu. Zisťovanie deficitu potrieb prijímateľa s využitím všetkých dostupných metód, spolu s klientom vytvára individuálny plán smerujúci k dosiahnutiu cieľov. Podľa zložitosti cieľov delí individuálny plán na krátkodobý alebo dlhodobý a pri jeho tvorbe vykonáva analýzu rizík vyplývajúcich z jeho plnenia a stanovuje preventívne opatrenia. Spolu s ostatnými pracovníkmi organizuje a zaisťuje plnenie individuálneho plánu, podieľa sa na jeho realizácii a kontrole. Dodržiava zásady funkčnej tímovej spolupráce, informuje členov multidisciplinárneho tímu o všetkých dôležitých zmenách (napr. problémy, ktoré pri tvorbe individuálneho plánu prijímateľa sociálnych služieb vzniknú a nevie ich sám riešiť). Svoje znalosti vie uplatniť v komunikácii s klientom a v prístupe k nemu. Samotný výkon funkcie kľúčového pracovníka je veľmi náročný. Koordinátor musí posudzovať a hodnotiť kľúčových pracovníkov a na základe toho hodnotiť, či vykonávajú svoju funkciu zodpovedne.

Autorka Havrdová (1999) rozdelila kompetencie do šiestich oblastí:

1. Rozvoj účinnej komunikácie: vedieť počúvať a vytvárať podmienky pre otvorenú komunikáciu a zároveň motivuje klienta k spolupráci na zmenu.
  - a. Nadviazanie kontaktu.
  - b. Prispôsobenie komunikácie veku, individualite a podmienkam.
  - c. Rozpoznávanie zhodných a odlišných hľadísk, hodnôt, cieľov a ich rešpektovanie.
  - d. Poskytovanie primeraného priestoru pre vyjadrovanie názoru a cieľov klientov.
  - e. Umožniť vzájomnú komunikáciu medzi klientmi, organizáciou a širším spoločenským prostredím.
  - f. Motivovať klienta pri prekonaní prekážok v dosahovaní vlastných hodnôt a cieľov.
  - g. Udržovať pracovný vzťah s klientom a jeho okolím v procese zmeny a získavať od klienta primeranú spätnú väzbu.
2. Orientácia a plánovanie postupu, v spolupráci s klientmi ich poskytovateľmi a inými odborníkmi, v rámci ktorého získava prehľad o ich súčasných a potenciálnych potrebách, ako aj zdrojoch.
  - a. Orientácia v potrebách a možnostiach klienta a jeho rodiny.
  - b. Zber a spracovanie informácií z rôznych zdrojov.
  - c. Spolu s klientom zvažovať možnosti prispôsobenia a zmeny.
  - d. Rozoznávanie rizikových faktorov a stanovenie si hraníc.
  - e. viesť primeranú dokumentáciu a pomáhať objasňovať ciele, zdroje, prekážky a navrhovať možnosti riešenia.
  - f. viesť klienta k porozumeniu dôsledkov jeho rozhodnutí.
  - g. Dohodnutie plánu práce s klientom a rozdelenie úloh k dosiahnutiu pozitívnej zmeny.
3. Podpora a pomoc k sebestačnosti. Podporovať klienta k dosiahnutiu pozitívnej zmeny vlastnou silou, jeho schopnosťami a zároveň pomáhať klientovi preberať zodpovednosť za svoje konanie.
  - a. Poskytnutie emočnej podpory klientovi.
  - b. Pomôcť rozoznávať a vyjadrovať ich prednosti, schopnosti a silné stránky.
  - c. Vedieť objasniť klientom ich práva a spôsob ich uplatnenia.
  - d. Pomôcť klientovi v rozhodovaní, prijímaní zodpovednosti a uplatňovaní práv.

- e. Podporovať získavanie a rozširovanie informácií, zručností a schopností, ktoré posilňujú klientovu sebestačnosť.
  - f. Vystupovať v záujme klienta.
  - g. Zvažovať právo ľudí preberať na seba riziko poškodenia.
  - h. Pomáhať ľuďom vyvíjať väčšiu kontrolu nad správaním, ktoré ohrozuje klienta alebo jeho okolie.
  - i. Chápať a rešpektovať odlišnosti menšín a prispievať k odstráneniu diskriminácie a útlaku.
4. Zaistenie a poskytnutie služby. Poskytovať primeranú úroveň podpory, starostlivosti, ochrany, kontroly a zapojiť sa do prevencie.
- a. Znalosť možností a metód pri poskytovaní služieb a intervencie.
  - b. Poskytovať pomoc a službu v súlade s dohodnutými postupmi.
  - c. Pravidelné hodnotenie situácie, pokrokov a účinnosti spolu s klientmi.
  - d. Organizovanie a koordinácia poskytovania pomoci a služieb z rôznych zdrojov.
  - e. Vytváranie priaznivých okolností pre prijatie služby a adaptovanie sa na ňu.
  - f. Snažiť sa čeliť riziku, ktoré by ohrozovalo klienta.
  - g. Aktívne sa zapájať do programov, ktoré znižujú sociálne riziko, zlepšujú sociálne podmienky a rozširujú možnosti dôstojného života klientov.
  - h. Pomoc pri zvládaní konfliktov, napätia a stresu klientov.
  - i. Pripraviť vhodné podmienky pre úspešné odpútanie klienta pri ukončení služby.
5. Prispievanie k práci v rámci organizácie alebo inštitúcie. Pracovať zodpovedne pri zlepšovaní služieb pre užívateľov a efektívne využívať dostupné zdroje v spolupráci s kolegami.
- a. Poznanie štruktúry organizácie, jej cieľov, pravidiel a režim.
  - b. Jednať vždy v súlade s právami klienta a to v rámci etiky sociálnej práce.
  - c. Účinne komunikovať a spolupracovať s pracovným tímom.
  - d. Vedieť charakterizovať svoj tím, identifikovať svoje miesto v tíme a svoj prínos v ňom.
  - e. Podieľať sa na hodnotení práce organizácie alebo inštitúcie, prispievať k zlepšeniu jej kultúry.
  - f. Znalosť dostupných zdrojov a ich efektívne využitie.
  - g. Vytvárať podmienky pre spätnú väzbu.

6. Odborný rast. Schopnosť riadiť svoj odborný rast, kvalifikovane sa rozhodovať, spolupracovať v sieti, dosahovať vytýčené ciele a prispievať k pozitívnym zmenám.
  - a. Sledovanie výkonu zákonodarstva v sociálnej oblasti a dopĺňanie svojich znalostí zo sociálnej práce.
  - b. Schopnosť využívať kontakt a výmenu skúseností na odborných seminároch a vzdelávacích kurzoch v rámci prehlbovania informácií.
  - c. V spolupráci s tímom kriticky hodnotiť vlastný rozvoj a ďalej sa vzdelávať.
  - d. Reflektovať svoje osobné stresové situácie, ich príčiny a prejavy - vedieť sa emočne vyladiť.
  - e. Schopnosť identifikovať predsudky a stereotypy, ktoré by mohli negatívne pôsobiť na prácu s klientmi.
  - f. Schopnosť zorganizovať svoju prácu a dosiahnuť vytýčené ciele v stanovenom čase.
  - g. Zdieľať s kolegami prípadné neistoty.
  - h. Rozoznať, kto a v akom čase musí vedieť rozhodnúť, identifikovať riziká spojené s alternatívami a vedieť prijať zodpovednosť.
  - i. Schopnosť využívať tvorivo príležitosti k dosiahnutiu pozitívnych výsledkov.
  - j. Vytvárať a udržiavať pracovné vzťahy so všetkými odborníkmi a rešpektovať ich odlišné pohľady a pracovať s nimi.

Prijatím zákona NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách vznikol model, ktorý je zameraný na individuálny prístup ku klientovi. To znamená, že tento model je zameraný na individuálny prístup, je procesom plánovania sociálnych služieb a to na základe individuálnych potrieb prijímateľa sociálnych služieb. Tento proces môžeme chápať, ako stále sa opakujúci. Odlerová - Tokovská (2011) uvádzajú, že pri tvorbe individuálneho plánu je dôležité pracovať s chybami, ktoré sa vyskytujú počas samotnej realizácie individuálneho plánu. Pretože aj zle nastavený plán je zdrojom informácií, čo multidisciplinárnemu tímu napovedá, že toto nie je zhodná cesta. V individuálnom pláne prijímateľa sociálnych služieb je vhodné sa zameriavať na činnosti a schopnosti, ktoré ešte prijímateľ sám zvláda a stanovenie cieľov zameriavať na udržanie týchto schopností, pretože sú osožnejšie a efektívnejšie. Malíková (2011) uvádza, že ciele prijímateľa sú ovplyvnené jeho predchádzajúcim spôsobom života, jeho návykmi či typom osobnosti. Úzko súvisia aj s hodnotami, preferenciami, ale aj ideami prijímateľa o svojom živote. Multidisciplinárny tím by mal vychádzať z analýzy osobných cieľov prijímateľa a rozlišovať ciele na tie, ktoré

vychádzajú z deficitu potrieb (zlepšenie, udržanie, obnovenie, rozšírenie schopností/zručností) alebo na tie, ktoré priamo vychádzajú zo želaní prijímateľa sociálnych služieb (ručné práce, kultúrne podujatia a pod.).

Individuálny plán sociálnych služieb má priamy vplyv na kvalitu života prijímateľov sociálnych služieb. Na základe čoho môžeme konštatovať, že umožňuje klientovi viesť čo najsamostatnejší život, zohľadňuje všetky oblasti jeho života, zameriava sa na jeho potreby a rozvíja jeho zručnosti. Čo považujeme za veľmi dôležité, vníma prijímateľa ako komplexný celok so všetkými jeho prednosťami a nedostatkami.

#### **Záver**

Z teoretickej roviny sme sa snažili poukázať na to, že práca sociálnych pracovníkov v sociálnych zariadeniach je rovnako dôležitá, ako práca v zdravotných zariadeniach. Svoju múdrosť a schopnosti získava svojou dlhoročnou formáciou v praxi. Vo svojej práci sa, ako aj ostatní členovia multidisciplinárneho tímu riadi Etickým kódexom sociálneho pracovníka, ktorý kladie dôraz na dodržiavanie ľudských práv a hodnôt. Chráni klientovo súkromie a zabezpečuje mu dôvernosť poskytnutých informácií.

#### **Bibliografia**

- COWLES, L. A. F. 2003. *Social work in the health field: a care perspective*. 2nd ed. 2003. Binghamton, NY: The Haworth Press, Inc., 407 s. ISBN 0-7890-2118-8.
- HAVRDOVÁ, Z. 1999. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: OSMIUM, 1999. s 167. ISBN 80-902081-8-5.
- HUSÁKOVÁ, M. 2008. *Sociální práce*. Bratislava: Ekonóm, 2008. 164 s. ISBN 978-80- 225-2536-7.
- KRUPA, S. 2003. *Kvalitné sociálne služby 2*. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, 2003. 127 s. ISBN 80-968586-5-3.
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MYDLÍKOVÁ, E. 2004. *Manažment v sociálnej práci*. Bratislava: Liga za duševné zdravie SR, o.z., 2004. 47 s. ISBN 978-80-970123-2-8.

ODLEROVÁ, A. - TOKOVSKÁ, M. 2011. *Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce*. Banská Bystrica: občianske združenie Rieka života - centrum pomoci seniorom, 2011. s. 166. ISBN 978-80-970737-6-3.

ŠEVČÍKOVÁ, S. 2007. *Medzinárodný a český kontext Globálnych kvalifikačných štandardu vzdelávaní v sociálnej práci vydaných IFSW a IASSW*. In Sociálna práca/Sociálna práca, roč. č. 4, 54 s. ISSN 1213-6204.

Zákon NR SR 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.

ZAPF, S. *Animal - Assisted Therapy in the Team Approach to Treatment*. In GAMMONLEY, Judy, HOWIE, Ann R., KIRWIN, Sherry et al. 1997. *Animal - Assisted Therapy. Therapeutic Interventions*. Bellevue, WA: Delta Society, s. 1 - 4. ISBN 1-889785-03-2.

#### **Kontakt**

Mgr. Kristína Pekarová

Ústav sociálnych vied

Pedagogická fakulta

Katolícka univerzita v Ružomberku

Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok

Email: zusspekarova@gmail.com

Mgr. Zuzana Pekarová

Ústav sociálnych vied

Pedagogická fakulta

Katolícka univerzita v Ružomberku

Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok

Email: kika.pekarova@gmail.com

#### **Recenzia**

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD. MHA.



**KVANTITATÍVNY MODEL PSYCHOSOCIÁLNYCH KOMPETENCIÍ  
VEDÚCEJ SESTRY ZALOŽENÝ NA KONCEPTE MATICE  
ZNALOSTNÝCH PRACOVNÍKOV**

**PSYCHOSOCIAL COMPETENCIES QUANTITATIVE MODEL OF  
HEAD NURSE BASED ON THE CONCEPT OF KNOWLEDGE  
WORKERS NUT**

**Miroslav Špánik**

**Abstrakt**

Výkon funkcie vedúcej sestry si žiada okrem požiadaviek stanovených platnou legislatívou aj osobnostné a profesijné predpoklady, ktoré nie je možné v uvedených normách jednoznačne vyšpecifikovať. Príspevok sa zaoberá základným popisom tzv. konceptu znalostných pracovníkov (KWP), umožňujúcim analýzu kľúčových kompetencií a osobnostných predpokladov pre výkon funkcie a interpretuje ju pre pozíciu vedúcej sestry.

**Kľúčové slová:** celoživotné vzdelávanie, koncept znalostných pracovníkov, osobnostné predpoklady, vedúca sestra, pozícia

**Abstract**

Position of head nurse needs except for the requirements of current legislation, personality and professional assumptions too, that it is impossible to clearly specify the standards in these. The article presents a basic description of the *Knowledge Worker Productivity* (KWP), which allows analysis of key competencies and personal prerequisites for the position as the head nurse.

**Keywords:** lifelong learning, concept of knowledge workers, personality requirements, head nurse, position

**Úvod**

Psychológia definuje osobnosť ako systémovú vlastnosť individua, súbor kvalít, ktoré ho charakterizujú z hľadiska účasti na spoločenských vzťahoch. Vyznačuje sa aktivitou, zvládnutím hodnotových noriem, orientáciou na stabilitu motívov a záujmov, schopnosťou sebahodnotenia, sebaúcty a úcty k druhému. Silná osobnosť znamená, že jedinec je schopný svojou energiou, svojou zdatnosťou alebo inými vlastnosťami vyniknúť nad priemer. Na osobnosti sa podieľajú sklony vrodené a získané vplyvom životného prostredia a reakcií naň

(Strieženec, 1996, s.142). U každého pracovníka sa predpokladá osobná kvalita pozostávajúca z osobnostných a pracovných predpokladov. Osobná kvalita vyjadruje, ako človek v pracovnom procese svojimi predpokladmi zodpovedá požiadavkám konkrétneho pracovného zaradenia. A tiež, čo dokáže dať navyše, aby tak prispel k vyššej kvalite práce v organizácii (Bedrnová, Nový, 2004).

Od sestier, ktoré chcú vykonávať činnosti v oblasti organizovania, riadenia a kontrolovania ošetrovateľskej praxe, sa očakáva v prvom rade príslušné vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa, ako aj odborná spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností a dostatočná odbornú zdravotnícku prax v príslušnom špecializačnom odbore. Otázne je, či takto legislatívne stanovený rámec je postačujúcim pre osobnostné a pracovné predpoklady na výkon vedúcej sestry, ktorá je zodpovedná za riadenie jej zvereného tímu. Jednou z perspektívnych možností je hľadať odpovede prostredníctvom identifikácie psychosociálnych kompetencií, očakávaných od sestry na poste vedúcej sestry. Pričom z analýzy kompetencií a osobnostných predpokladov pre výkon tejto funkcie vyplýva, že ide jednoznačne o znalostného pracovníka. Tento predpoklad nám umožňuje aplikovať pri hľadaní odpovede dnes v praxi ešte nie celkom odbornou verejnosťou docenený koncept znalostných pracovníkov (KWP).

#### **Koncept matice znalostných pracovníkov**

Ľudia nenasledujú nikoho, komu neveria. Ak dôverujú, predpokladajú, že ich chovanie druhého prinajmenšom nepoškodí. V takom prípade je väčšina ľudí ochotná otvoriť sa a spolupracovať. Dôvera môže mať charakter odlišný od priateľstva. Ľudia veria vedúcim pracovníkom, ktorí sa chovajú konzistentne, ktorých poznajú a nevzbudzujú v nich neistotu. Nemusia s ním vždy súhlasiť, ale aspoň chápať, prečo sa rozhodol riešiť problém určitým spôsobom (Mládková, 2005, s.43).

Formálna autorita podložená postavením manažérovi dnes poskytuje oveľa menšiu moc z dôvodu nárastu významu moci založenej na znalostiach. Vzťah vedúci a (znalostný) pracovník sa v praxi postupne mení na vzťah dvoch rovnocenných partnerov, ktorých hlavnou úlohou je spolupráca. Cieľom je zvýšenie produktivity práce všetkých pracovníkov.

Pracovníci netvorí v žiadnej organizácii homogénnu skupinu, vždy ide o skupinu rôznych typov pracovníkov z pohľadu znalostí a zodpovednosti (Mládková, 2008, s.19). To zo strany vedúceho vyžaduje individuálny prístup k jednotlivým pracovníkom. Predpokladom k úspešnej realizácii tejto úlohy je dostatočná klasifikácia znalostných pracovníkov.

Zo šiestich prístupov, ktoré popisuje Mládková (2008, s.19-24, s.119-122), pre účely nášho príspevku uvedieme popis klasifikácie tzv. znalostných pracovníkov v závislosti na zverenej funkcii (pozícii) a jej náročnosti na tzv. zlaté zručnosti, ako aj na hodnotu pridanú k výkonu vďaka využitiu tacitných znalostí. Metodika, ktorá umožňuje rozlíšiť rozdielnych znalostných pracovníkov a určiť ich nároky na riadenie, vznikla na Vysokej škole ekonomickej v Prahe a nazvali ju matica KWP (*Knowledge Worker Productivity = Koncept znalostných pracovníkov*). Podrobnejší popis je vhodný z dôvodu zatiaľ malého rozšírenia danej metodiky v odborných kruhoch.

#### **Koncept znalostných pracovníkov**

Definícia pozícií "znalostných pracovníkov" (KWP), ktorá je uvedená vyššie, je stále veľmi všeobecná. V skutočnosti, veľmi odlišné povolania, ako je kreatívec v reklamnej agentúre, alebo sestra, spĺňajú požiadavky na kvalifikáciu v súlade s KWP. Napriek tomu si tieto povolania vyžadujú rôzne kvalitatívne predpoklady od pracovníkov a v oboch prípadoch je pravdepodobne potrebný veľmi rozdielny manažérsky prístup. Preto v prípade, ak sa snažíme naplno využiť potenciál znalostných pracovníkov, je potrebné snažiť sa identifikovať podskupiny patriace k početne veľkej skupine KWP. Tieto podskupiny by mali mať spoločné znaky a preto si v niektorých aspektoch vyžadujú podobné manažérske prístupy.

Aby bol koncept znalostných pracovníkov využiteľný v praxi, je potrebné vypracovať klasifikáciu vo forme matice. Táto matica má dve osi, ktoré určujú umiestnenie pre každé pracovné miesto / pozíciu v modeli. Tieto dve osi označujú:

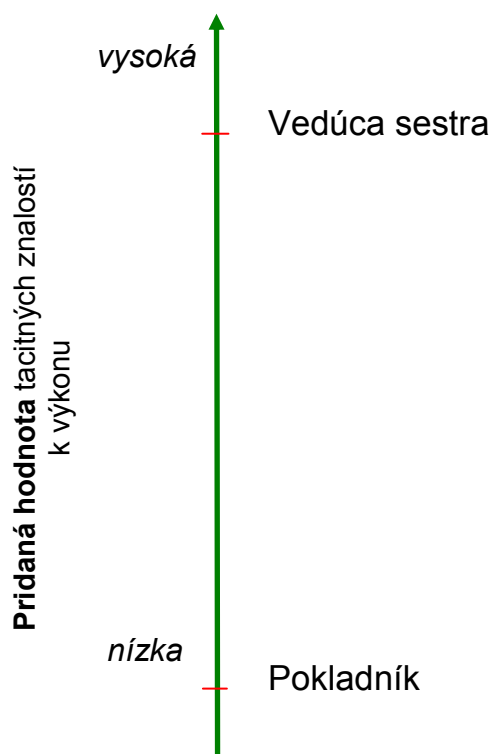
- pridanú hodnotu tacitných znalostí k výkonu (v tejto konkrétnej pozícii),
- úroveň tzv. "zlatých" zručností vyžadovaných na pracovné úlohy (Reboul et al., 2006, s.261 – 262).

#### **Pridaná hodnota tacitných znalostí k výkonu**

Na osi Y je umiestnená "pridaná hodnota tacitnej znalosti k výkonu". Je veľmi dôležité pochopiť význam tohto termínu. Ten označuje vlastnosti každej pozície nie pre jednotlivého pracovníka a jeho osobné tacitné znalosti. Každý pracovník má svoje vlastné tacitné znalosti, ale je potrebné vziať do úvahy iba znalosti, ktoré sa týkajú plnenia pracovných úloh a aké dôležité sú tieto znalosti pre výkon pracovníka. Preto sa zameriavame na potenciál pozície a hodnotenie, ako veľmi tacitné znalosti prispievajú k plneniu úloh spojených s úspechom určitej pozície. Os Y vyjadruje hodnotu tacitných znalostí, ktoré môžu priniesť požadovaný

pracovný výkon - do akej miery môžu tacitné znalosti pomôcť znalostným pracovníkom plniť svoje poslanie tým najlepším spôsobom.

Napríklad čím viac tacitných znalostí sestra má, tým lepšie môže vykonávať svoju prácu. Bude môcť lepšie analyzovať situáciu a očakávať/predpokladať rôzne problémy. To znamená, že tacitné znalosti výrazne zvyšujú výkonnosť sestry. Na druhej strane, tacitné znalosti nie sú tak dôležité v prípade pokladníka. Mohli by mu / jej pomôcť vykonávať prácu rýchlejšie, ale hodnota, ktorú prinášajú, je veľmi nízka. Teda, pokladník by bol relatívne nízko a sestra relatívne vysoko na vertikálnej osi (porovnaj Reboul et al., 2006, s.264).



**Schéma 1 Úroveň "zlatých" zručností požadovaných pri plnení pracovných úloh**

Vodorovná os modelu popisuje úroveň/hodnotu "zlatých zručností", požadovaných na konkrétne pracovné miesto. Ide o zručnosti:

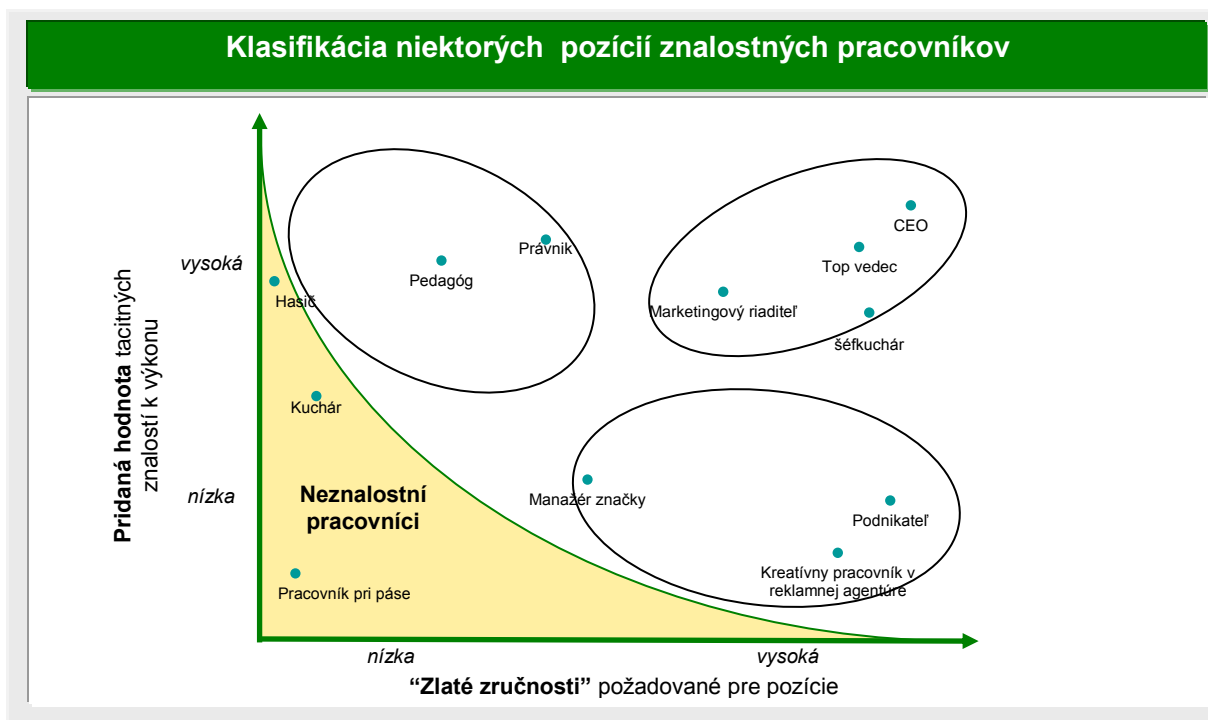
- samostatnosť,
- tvorivosť (kreativita),
- schopnosť riešiť problémy.

Samostatnosť ako schopnosť konať sám bez zvláštnych príkazov alebo pokynov, niest' zodpovednosť za vlastné konanie. Tvorivosť, ako ju vnímame, je možnosť prísť s



možné spracovať klasifikáciu znalostných pracovníkov na základe profilov, ktoré musia spĺňať pre výkon svojho povolania.

Napríklad, práca upratovačky si vyžaduje veľmi malé tacitné znalosti – skúsenosti nie sú až tak dôležité - a takmer žiadna tvorivosť/samostatnosť - pracovník je oboznámený, čo má robiť a ako na to. Tento typ pracovníkov je ľahko vymeniteľný a pre organizáciu ako takú neposkytuje žiadnu osobnú pridanú hodnotu pre ich prácu. Táto práca by sa teda nachádzala v ľavom dolnom rohu našej matice. Iný je však pohľad napríklad na povolanie top vedca alebo výskumníka. Na jednej strane títo pracovníci musia byť veľmi tvoriví, samostatní a intuitívni, takže sú schopní využiť najlepšie skúsenosti k vedeniu, definovaniu najvhodnejších experimentálnych postupov a nájdeniu relevantných výsledkov. Na druhej strane, ale tiež sa naučiť využívať veľa tacitných znalostí a pracovných skúseností, aby dokázali správne analyzovať výsledky svojich výskumov. Preto by táto práca bola umiestnená v pravom hornom rohu matice. Teda, čím viac k pravému hornému rohu matice je povolanie/pozícia umiestnená, tým ťažšie je pre organizáciu nahradiť pracovníkov, vykonávajúcich túto prácu. Nie je prekvapením, že v pravom hornom rohu by okrem funkcie riaditeľa (napr. DSS) bol uvedený napríklad aj šéfkuchár veľkého hotela (porovnaj Reboul et al., 2006, s.269 – 270).



**Graf 1 Klasifikácia vybraných pozícií znalostných pracovníkov**  
Zdroj: Reboul et al. (2006, s.270)

Obdobne, funkcia vedúcej sestry si vyžaduje tvorivosť, samostatnosť a intuitívnosť, čo sú schopnosti pre čo najlepšie využívanie skúseností k vedeniu, definovaniu najvhodnejších postupov. Na druhej strane, ale tiež sa naučiť využívať veľa tacitných znalostí a pracovných skúseností, aby dokázali správne analyzovať výsledky svojich rozhodnutí.

#### Určenie podskupín v KWP

Umiestnenie pozícií znalostných pracovníkov (KWP) v matici spôsobí vytvorenie/vznik rôznych skupín. V skutočnosti boli obe premenné definované podľa klasifikácie KWP a nemusia v závislosti na pozícii byť umiestnená na rovnakej úrovni. Niektoré pozície/povolania si vyžadujú pracovníkov s vysokými tacitnými znalosťami, aby splnili svoje každodenné úlohy. Naproti tomu iné si vyžadujú špecifické zlaté vlastnosti, aby bola zabezpečená úspešnosť realizovaných procesov. Na základe týchto podmienok je v tomto modeli možné identifikovať a následne vytvoriť tri rôzne podskupiny. Vnútri každej z týchto skupín sú pozície/povolania KWP, ktoré majú spoločnú charakteristiku a ktoré si vyžadujú podobný manažérsky prístup k niektorým aspektom.



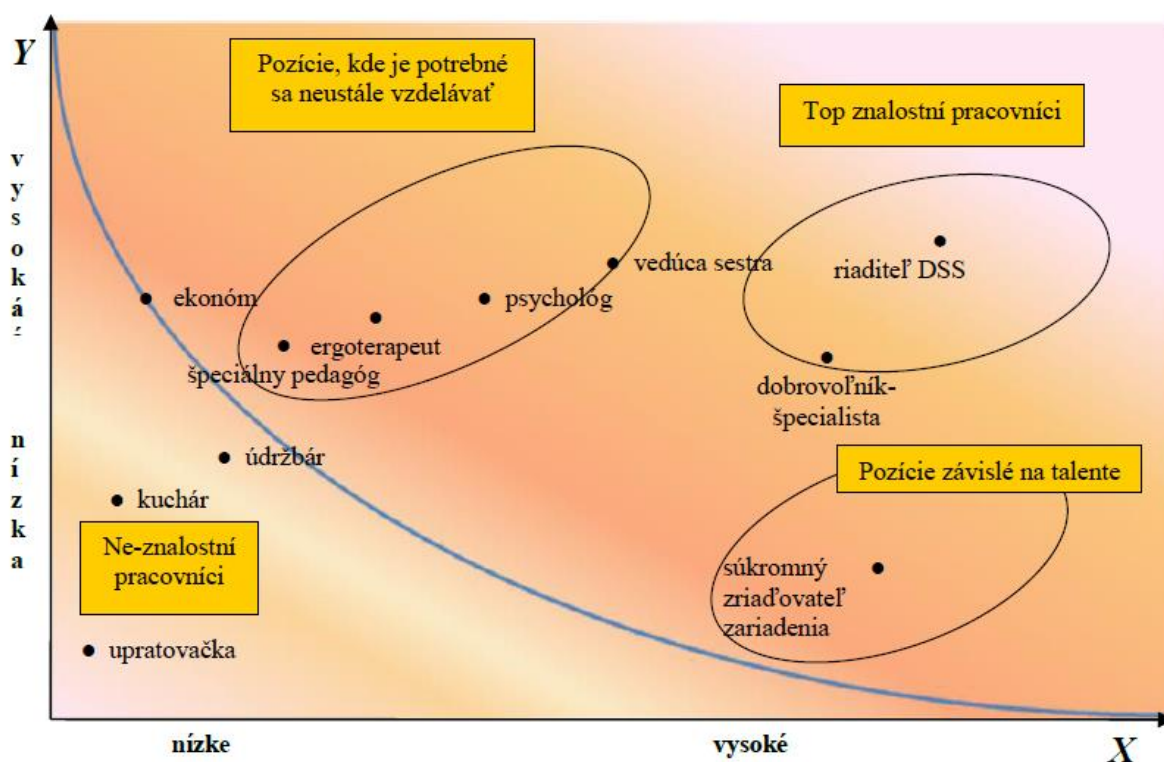
Graf 2 Klasifikácia pozícií znalostných pracovníkov – zadané podskupiny

Zdroj : Reboul et al. (2006, s. 268)



Niektoré pozície/povolania si vyžadujú pracovníkov s vysokými tacitnými znalosťami, aby splnili svoje každodenné úlohy. Naproti tomu iné si vyžadujú špecifické zlaté vlastnosti, aby bola zabezpečená úspešnosť realizovaných procesov. Na základe týchto podmienok je v tomto modeli možné identifikovať a následne vytvoriť tri rôzne podskupiny. Vnútri každej z týchto skupín sú pozície/povolania, ktoré majú spoločnú charakteristiku a ktoré si vyžadujú podobný manažérsky prístup k niektorým aspektom.

Na základe uvedených poznatkov a výskumov je možné konkretizovať znalostné požiadavky pre vybrané povolania/pozície v zdravotníckych a sociálnych zariadeniach (viď graf 3).



**Graf 3 Klasifikácia znalostných požiadaviek pre vybrané povolania/ pozície v zdravotníckych a sociálnych zariadeniach**

*Popis : X – „zlaté zručnosti“ vyžadované pre danú pozíciu/povolanie,*

*Y – hodnota pridaná k výkonu tacitnými znalosťami*

Zdroj: vlastné spracovanie na základe výskumov

Funkciu vedúcej sestry je možné zdefinovať ako pozíciu s požiadavkami na celoživotné vzdelávanie. Vyžaduje si nezanedbateľnú úroveň zlatých zručností, ale zároveň úroveň tacitných znalostí znamená pridanú hodnotu pre ich prácu. Čo to znamená konkrétne? Po prvé, vrchná sestra dokáže zlepšiť svoj výkon schopnosťou lepšie využívať svoje tacitné znalosti vo svojom povolaní/pozícii. Ako vyplýva z definície, tacitné znalosti nemožno



zdieľať. To znamená, že jediný zaručený spôsob, ako zabezpečíme zlepšenie plnenia riadiacich úloh, budú skúsenosti získané vďaka praxi! Teda čím dlhšie pracovník zaujíma svoju pozíciu, tým lepšie bude zastávať svoju pozíciu. V skutočnosti sa priebežne učí zo svojej každodennej práce, z nových situácií, ktorým musí každodenne čeliť, a tým sa zlepšuje povedomie o jeho povolani resp. pozícii.

#### **Záver**

Činnosť a zodpovednosť vedúcej sestry v DSS je možné vymedziť na nasledovné oblasti: organizačné zabezpečovanie a metodické usmerňovanie poskytovania opatrovateľskej služby vrátane koordinovania a odborného riadenia zamestnancov poskytujúcich opatrovateľskú službu v zariadení sociálnych služieb a špecializovanom zariadení a samostatná odborná práca pri poskytovaní odbornej ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu a realizácia odborných ošetrovateľských výkonov v zariadení sociálnych služieb (Straník, 2013).

Pri zadefinovaní predpokladov pre úspešné zvládnutie tejto líniovej manažérskej pozície je možné vychádzať nielen z legislatívne stanovených kritérií, ktoré sa odrážajú a sú podrobnejšie vyprecizované v profile pracovného miesta vedúcej sestry podľa organizačnej štruktúry v príslušných DSS. Vďaka tzv. konceptu znalostných pracovníkov (KWP), umožňujúcemu analýzu kľúčových kompetencií a osobnostných predpokladov pre výkon konkrétneho povolania/pozície, je možné post vedúcej sestry špecifikovať ako pozíciu s požiadavkami na celoživotné vzdelávanie, vyžadujúce si nezanedbateľnú úroveň zlatých zručností, ale zároveň dostatočnú úroveň tacitných znalostí znamenajúcich pridanú hodnotu pre jej prácu.

#### **Bibliografia**

BEDRNOVÁ, E. - NOVÝ, I. a kol. 2007. *Psychologie a sociologie řízení*. 3. rozšírené a doplnené vydání. Praha: Management Press, 2007. 798 s. ISBN 978-80-7261-169-0.

MLÁDKOVÁ, L. 2005. *Moderní přístupy k managementu: Tacitní znalost a jak ji řídit*. Praha: C.H.Beck, 2005. 195 s. ISBN 80-7179-310-8.

MLÁDKOVÁ, L. 2008. *Management znalostních pracovníků*. Praha: C.H.Beck, 2008. 129 s. ISBN 978-80-7400-013-3.

Nariadenie vlády SR 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 v znení nariadenia vlády SR č. 320/2012 Z. z.

Nariadenie vlády SR č. 379/2015 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky 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 v znení neskorších predpisov.

REBOUL, C. at al. 2006. *Managing Knowledge Workers: The KWP Matrix*. In Proceedings of the 6th International Conference MOMAN 06. Prague: EVIDA, 2006. p. 261-275. ISBN 80-86596-74-5.

STRANÍK - domov sociálnych služieb a špecializované zariadenie, 2013. *Profil pracovného miesta podľa organizačnej štruktúry*.

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

#### **Kontakt**

Ing. Miroslav Špánik, PhD.

Centrum celoživotného vzdelávania, Pedagogická fakulta

Katolícka univerzita v Ružomberku

Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok

e-mail: miroslav.spanik@ku.sk

#### **Recenzia**

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD. MHA.

## VÝZNAM SOCIÁLNO-PSYCHOLOGICKÉHO VÝCVIKU V PRÁCI SESTIER

### THE IMPORTANCE OF SOCIAL-PSYCHOLOGICAL TRAINING OF NURSES

Martina Špániková

#### **Abstrakt**

Súčasťou každej profesie je nevyhnutné zvyšovanie vzdelania a kompetencií. Zvlášť ak ide o profesie v citlivom prostredí zdravotníckych zariadení. Medzi ne patria sestry. Svoje povolanie vykonávajú často v stresovom prostredí, v náročných situáciách z pohľadu vzťahu s pacientmi, ale tiež v rámci multidisciplinárneho tímu. Príspevok popisuje potrebu absolvovania sociálno-psychologického výcviku ako nástroja zvyšovania kompetencií sestier a tiež prevencie syndrómu vyhorenia.

**Kľúčové slová:** konflikt, sociálno-psychologický výcvik, stres, syndróm vyhorenia, sestra

#### **Abstract**

Education and improvement of competence is an essential part of every profession. Especially when it is a profession in the sensitive area of health care facilities. Nurses are among them. They often carry out their profession in a stressful environment in difficult situations in terms of the relationship with the patient, but also within the multidisciplinary team. The article describes the need for completion of the socio-psychological training as a means of increasing responsibilities of nurses and also for preventing burnout.

**Keywords:** conflict, socio-psychological training, stress, burnout, nurse

#### **Úvod**

Sociálno-psychologický výcvik, resp. tréning sociálnych a komunikačných zručností vytvára priestor pre skvalitňovanie výkonu práce rôznych pomáhajúcich aj zdravotných profesií, medzi ktoré patria taktiež sestry. V rámci vykonávania ich profesie sa hovorí o potrebe zvyšovania kompetencií, či sa už viac kladie dôraz na celoživotné vzdelávanie, rozvoj kompetencií, vhodné je tiež posilňovanie sociálnych a komunikačných zručností. Táto

skutočnosť napomáha nielen zvyšovať profesionalitu výkonu ich práce, ale predstavuje tiež pomoc pri napĺňaní ich poslania zdravotnej starostlivosti a predchádzania ich vyhoreniu.

Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti závisí od mnohých faktorov, ktoré vždy priamo alebo nepriamo ovplyvňuje jeden z nich - ľudský faktor. Preto je na mieste otázka, akú rolu hrá sestra? V súvislosti s témou príspevku sa na uvedenú otázku môžeme pozrieť z dvoch perspektív – z pohľadu objektu jej činnosti (a ním je pacient) a subjektu, ktorého je prirodzenou súčasťou (multidisciplinárny tím).

#### **Sestra v zdravotníckom a sociálnom zariadení**

Dôležitosť a nenahraditeľnosť sestry pre úspech procesu ošetrovateľskej starostlivosti zdôrazňujú Gondárová-Vyhničková a kol. (2015, s. 87), podľa ktorých práve sestra pri pacientovi trávi najviac času spomedzi všetkých zdravotníckych pracovníkov. Pre zdravotnícke a sociálne zariadenie je samozrejmosťou štandardná starostlivosť o pacienta v závislosti od druhu zdravotného či duševného postihnutia. Sestra pri tvorbe ošetrovateľského plánu vychádza z biologických, psychologických, sociálnych a spirituálnych potrieb pacienta. Zvládnutie uvedeného procesu ošetrovania si teda vyžaduje nielen sestru primerane vzdelanú a s dostatočnými skúsenosťami, ale aj dostatočne motivovanú a osobnostne vyrovnanú, schopnú riešiť rôzne náročné situácie, dokázať odhadnúť a predchádzať konfliktným situáciám už v zárodku a dokázať ich tlmiť. „Poslaním sestier je pomáhať jednotlivcom, rodinám, i skupinám uspokojovať aktuálne potreby a dosahovať maximálne telesné, psychické a sociálne možnosti v súlade s prostredím, v ktorom žijú. Dostatočne naplniť toto poslanie znamená nielen starostlivosť o telesnú stránku ochorenia, ale aj úsilie o podporu sebadôvery, sebestačnosti, znižovanie neistoty a úzkosti u pacientov, čím sa pôsobí na psychickú stránku ochorenia“ (Verešová, 2007, s. 166).

Sestra v zdravotníckom a sociálnom zariadení funguje ako kmeňový člen multidisciplinárneho tímu. Tímu odborníkov rôznych profesií (nielen zdravotníckych profesií), ktorých spoločným cieľom je v procese zdravotnej starostlivosti skvalitnenie jeho kvality života zlepšením či udržaním zdravotného stavu pacienta. Na optimálne pôsobenie tímu ako celku vplyvajú významne a rovnocenne vonkajšie aj vnútorné vplyvy. Pôsobenie v takomto tíme a úspešné naplnenie vlastného poslania sestry si teda vyžaduje efektívnu participáciu a využívanie osobnostného potenciálu, ktorý má podiel na výsledkoch tímu.

V jednotlivých etapách profesijného rastu sestry je preto prirodzene potrebný rozvoj komunikačných a interpersonálnych zručností pri aktívnom riešení situácií pri ošetrovaní

pacienta a práci v tíme, rozvíjanie vedomostí o technikách riešenia problémov so zreteľom na analýzu problému, resp. situácie a hľadanie východiska optimálneho pre skvalitnenie života pacienta.

Sestra počas hospitalizácie pacienta môže dostatočnou empatiou, psychologickým prístupom a vhodnou komunikáciou minimalizovať prežívaný stres u pacientov. Stresory majú veľký vplyv na našu náladu, na to, ako je nám dobre alebo zle, na naše správanie a jednanie i na naše zdravie. Akútne stresové reakcie mladých ľudí môžu byť adaptabilné a zvyčajne nevedú k zdravotným ťažkostiam. Avšak v situáciách, kde je stres neutíchajúci alebo sa jedná o starších a nie celkom zdravých ľudí, môže jeho pôsobenie poškodzovať fyzický stav človeka. Psychosociálne intervencie sa ukázali byť efektívne pre odstraňovanie ťažkostí, ktoré boli spôsobené stresom, a môžu ovplyvňovať priebeh chronického ochorenia (Asbjørn, 2010, s. 46).

#### **Sociálno-psychologický výcvik**

Podľa Kožnara (1992) sú medzi sociálno-psychologickým výcvikom, skupinovou psychoterapiou a výcvikom v skupinovej psychoterapii pomerne úzke vzťahy. Skupinová psychoterapia v sebe obsahuje celú radu prvkov sociálno-psychologického výcviku, je vlastne v istom zmysle jeho variantou, ktorá zahŕňa najhlbšie, najosobnejšie a najvnútornejšie hľadisko pri práci s účastníkmi. Podobne výcvik v skupinovej psychoterapii musí okrem svojich zvláštností zameraných na psychodynamiku osobnostných problémov a psychopatologických javov, zahŕňať i väčšinu prvkov, ktoré sú obsiahnuté v sociálno-psychologickom výcviku. A naopak, niektoré varianty sociálno-psychologického výcviku v sebe obsahujú i mnohé psychoterapeutické prvky.

Sociálno-psychologický výcvik má podľa Kožnara (1992, In Kolařík, 2011, s. 17) tieto ciele:

- Výuka, výcvik určitých špecifických sociálnych zručností, či ich rozširovanie a zlepšovanie (senzitivita, komunikácia, asertivita, kooperácia, vedenie diskusie, riešenie problémov)
- Získavanie schopností riešiť interpersonálne konflikty a problémy.
- Porozumenie skupinovým interakciám.
- Optimalizovanie vlastného organizačného, pracovného, výchovného alebo iného profesne špecifického konania.
- Zlepšenie a prehĺbenie sebaznania na interakčnej úrovni, čo v psychoterapeutickej terminológii znamená zlepšenie interpersonálneho náhľadu a uvedomovanie si odozvy vlastného pôsobenia na druhých ľudí.

Veľkým problémom výcvikových skupín sú účastníci, ktorí patria do terapie, pretože majú vážne osobné problémy. V rámci sociálno-psychologického výcviku prebieha trojstupňový proces:

- Ten, kto sa učí novým formám správania, vstupuje do sociálne - bezpečnej situácie, uvoľní sa, a to mu umožní, aby sa správal inak ako obvykle.
- V stave uvoľnenia skúma a skúša nové formy správania.
- Kým sa vráti do reálneho prostredia, rozhodne sa pre tie formy správania, ktoré on a ostatní účastníci výcviku považujú za najefektívnejšie, opakovane tieto formy trénuje, až mu nespôsobujú ťažkosti (Kolařík, 2011, s. 37).

Kolařík (2011) ďalej hovorí o tom, že používanie tejto interakčnej metódy samo o sebe nezaručuje úspech. Tvrdí, že príliš veľa informácií a príkazov brzdí ďalší vývoj jedinca. Preto je dôležité, aby vedúci sociálno-psychologického výcviku používal vhodné techniky s mierou, aby podnietil dostatočné interakcie medzi členmi skupiny a doviedol ich k pocitu vlastnej zodpovednosti.

Hermochová (1988) popisuje viaceré mechanizmy učenia, patria medzi ne nasledovné:

- Experimentácia s novým správaním – ide o mechanizmus, ktorý je považovaný za najdôležitejší zo všetkých typov mechanizmov, pretože tí členovia, ktorí si v rámci skupiny vyskúšali nové spôsoby správania, si z výcviku odnášajú čo najviac.
- Nemenej dôležité je aj učenie sa modelu, t.j. že zvolená technika vyvoláva úvahy o vhodnosti, resp. nevhodnosti niektorého spôsobu správania sa u jedného člena, i keď sa spravidla jedná o problém, ktorí majú všetci. V takomto prípade môže nastať zmena aj u toho člena, ktorý sa aktívne nezapojil do skupinového diania.
- „Odhaľovanie podrobností“, kedy členovia skupiny postupne zistia, že aj ostatní členovia v skupine majú podobné problémy ako oni, čím získavajú pocit istoty a tento model vytvára hneď na začiatku základ pre vzájomnú dôveru.

#### **Sociálno-psychologický výcvik pre sestry**

Pre špecifickú skupinu sestier je nutné aplikovať „na mieru šitý“ sociálno-psychologický výcvik, obsahujúci nácvik zručností zameraných na komunikáciu s pacientmi a na druhej strane s kolegami v rámci multidisciplinárneho tímu.

K nosným témam možno zaradiť sebaopoznávanie, nácvik efektívnej komunikácie, empatia, asertívne správanie, zvládanie konfliktných situácií.

**Úvodné aktivity** - zamerané na objasnenie cieľov sociálno-psychologického výcviku, stanovenie si základných pravidiel a dôležité uvoľnenie atmosféry, tzv. „topenie ľadov“, aby sa navodila vhodná atmosféra.

**Sebapoznávanie** – jeho cieľom je spoznať sám seba na viacerých úrovniach svojej osobnosti (osobnostné vlastnosti, prežívanie, sebedomie) a rôznym spôsobom (introspekciou, psychologickým testom, zážitkovými aktivitami, spätnou väzbou od členov skupiny). Obyčajne sa využíva osobnostný dotazník temperamentu (spoznanie dynamických vlastností vlastnej osobnosti), skúmanie zložiek sebauvedomenia a iné.

**Ako úspešne komunikovať s ľuďmi** - cieľom tejto časti výcviku je oboznámiť účastníkov s niektorými spôsobmi komunikácie, ktoré sa dajú úspešne využiť v bežnom spoločenskom styku a aj pri rôznych životných udalostiach, ktoré už určite aj osobne zažili. Praktické cvičenia sú zamerané na bežne sa vyskytujúce spôsoby komunikácie, napr. tréning komunikácie s človekom s určitým obmedzením, poskytovanie a prijímanie spätnej väzby, zásady optimálnej komunikácie (pomenovanie jednotlivých zlozvykov aktívnej a pasívnej komunikácie), tiež neverbálna komunikácia (získavanie informácií zo správania iných) a asertívne správanie, komunikačné spôsobilosti a asertívne techniky.

**Naše emócie – ich vyjadrovanie** - cieľom témy je realizovať emocionálne sebapoznanie účastníkov, uvedomiť si, čo všetko pôsobí na emocionálne naladenie, schopnosť podeliť sa o svoje pocity s iným účastníkom výcviku a schopnosť prezentovať skupine to, čo sa účastník dozvedel o svojom partnerovi.

**Sociálna percepcia, konflikty** - cieľom tejto časti výcviku je zamyslieť sa nad vzájomným pôsobením ľudí na seba, nad ľuďmi, ktorí pacienta obklopujú, nad vnímaním sa navzájom a vytváraním si obrazu o inom človeku. Rovnako aj na schopnosť uvedomenia si, ako pôsobí na svoje okolie, ako ho vnímajú, ako aj naučiť sa predvídať konfliktné správanie a predchádzať vzniku konfliktov. Nakoniec rozvinúť zručnosti na riešenie konfliktných situácií.

Súčasťou všeobecnej inteligencie je sociálna (personálna) a emocionálna inteligencia (Dargová, Čonková, 2002). Predpokladá sa, že nedostatok inteligencie v medziľudských vzťahoch priamo ovplyvňuje vznik a priebeh nezhôd a osobných konfliktov rovnako ako nízka emocionálna inteligencia. Spúšťačom hostilných až agresívnych prejavov môžu byť silne vyhranené osobné motívy (egoizmus), ktoré zastierajú alebo stoja v protiklade k spoločenským motívom. Tendenciu k agresívnemu správaniu majú aj niektoré typy temperamentu, napr. cholerické (Kačáni, Bucková, 2001).



**Ukončenie** - na záver je vhodné zaradiť konečnú rekapituláciu cieľov a prediskutovať mieru naplnenia očakávaní účastníkov.

Skladba jednotlivých aktivít je závislá na počte účastníkov, ich zložení a schopnosti kooperácie, na aktuálnych potrebách a vývoji situácie v skupine a pod. Cieľom lektora je na základe použitia vhodnej skladby aktivít a optimálneho zapojenia účastníkov dosiahnuť, aby si všetci účastníci v primeranej miere osvojili základné techniky, ktoré im pomôžu zvládať každodennú činnosť výkonu svojej profesie (Gallová, Špániková, 2013).

#### **Záver**

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť sa mení a prispôbuje podľa klinického stavu pacienta. Dôležitou úlohou sestry v procese starostlivosti o pacienta je zamerať sa popri somatickej stránke aj na psychickú stránku pacienta. Pre pacienta je často hospitalizácia a s ňou spojené zákroky životnou záťažovou situáciou. Sestra musí brať zreteľ na dostatočnú empatiu a holistický prístup, čím minimalizuje vplyv stresorov a ich dopad a tým prispieva k pacientovmu psychickému komfortu počas hospitalizácie a k skorej rekonvalescencii.

Rovnako ako sa neustále vyvíja zdravotný stav pacienta, vyvíjajú sa tiež neustále jeho potreby a nároky na ošetrovateľskú starostlivosť. Sestra má obvykle s pacientom bližší vzťah ako lekár. Preto je dôležité, aby poznala všetky jeho potreby, trpezlivo ho vypočula, poradila mu a nedávala mu len príkazy a zákazy. Mala by vždy maximálne podporovať jeho sebestačnosť a zároveň dostatočne saturovať jeho potreby (Kapounová, 2007, s.21).

Vedieť sa vcítiť do pozície pacienta, správne komunikovať s ním, vedieť v kritických situáciách správne zareagovať, by malo byť súčasťou kompetencie sestier. Práve vhodné poznanie seba samého v akejkoľvek situácii, pochopenie druhej strany, je zároveň prevenciou pred syndrómom vyhorenia, ktorý je častý v pomáhajúcich profesiách. V tomto je určite veľkou oporou aj pre sestry absolvovanie sociálno-psychologických výcvikov, ktoré by mali byť realizované v rámci pregraduálneho a postgraduálneho vzdelávania sestier.

#### **Bibliografia**

ASBJØRN, O. F. – LILLEBA, B. L. – EYOLF, K. F. 2010. *Vliv psychiky na zdraví - soudobá psychosomatika*. Praha: Grada, 2010. 240 s. Preklad z nórskeho orig.: Symptom og meaning. Moderne psykosomatisk tankegang. ISBN 978-80-247-2864-2.

DARGOVÁ, J. - ČONKOVÁ, Ľ. 2002. *Emocionálna inteligencia a tvorivá výučba*. Prešov: Privatpress, 2002. 192 s. ISBN 80-968608-3-6.



GALLOVÁ, M. - ŠPÁNIKOVÁ, M. 2013. Sociálno-psychologický výcvik ako súčasť alternatívnych trestov. In *Evalvácia sociálnych služieb*. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie. Trnava: Trnavská univerzita, 2013. 207 s. ISBN 978-80-8082-758-8. s. 28 – 38.

GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H. - BEREŠÍK, M. - MATEJOVÁ, M. 2015. Kontinuálne monitorovanie srdcového výdaja systémom FloTrac. In Lazarová, I. – Kober, L. (eds.): *Multiodborová kooperácia v zdravotníctve*. Zborník odborných a vedeckých prác (konferencia vo Vysokých Tatrách, 2015). Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2015. ISBN 978-80-89542-49-9. s. 83 – 88.

HERMOCHOVÁ, S. 1988. *Sociálně psychologický výcvik. Příručka pro vedoucí skupin II*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988.

KAČÁNI, V. - BUCKOVÁ, M. 2001. *Ako zvládať konflikty*. Bratislava: Iris, 2001. 135 s. ISBN 80-89018-21-1.

KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOLAŘÍK, M. 2011. *Interakční psychologický výcvik*. Praha: Grada Publishing, 2011. 160 s. ISBN 978-80-247-2941-1.

KOŽNAR, J. 1992. *Skupinová dynamika (Teorie a výzkum)*. Praha: Karolinum, 1992. 219 s. ISBN 80-7066-632-3.

VEREŠOVÁ, M. a kol. 2007. *Psychológia*. Martin: Osveta, 2007. 185 s. ISBN 80-8063-239-1.

#### **Kontakt**

Mgr. Ing. Martina Špániková, PhD.

Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta

Katolícka univerzita v Ružomberku

Hrabovská cesta 1, 024 01 Ružomberok

e-mail: martina.spanikova@ku.sk

#### **Recenzia**

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD. MHA.

## ČINNOSŤ SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA AKO ČLENA MULTIDISCIPLINÁRNEHO TÍMU V ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

### ACTIVITIES OF SOCIAL WORKER AS A MEMBER OF A MULTIDISCIPLINARY TEAM IN SOCIAL SERVICES

Lenka Štefáková

#### **Abstrakt**

Pracovná náplň sociálneho pracovníka, jeho činnosti a postupy práce sú nosnou témou príspevku, v ktorom sú podrobnejšie popisované teoreticky a komparované s praxou, ktorú vykonávajú sociálni pracovníci v Domovoch sociálnych služieb v Žilinskom samosprávnom kraji.

**Kľúčové slová:** domov sociálnych služieb, náplň práce, sociálny pracovník, postup práce

#### **Abstract**

Main activities of social workers, its activities and working methods are the main topic of the contribution, which are further described and compared by theory and practice carried out by social workers in social services homes in Žilina Region.

**Keywords:** social service, quality of work, social worker, work progress

Sociálneho pracovníka definuje Žilová (2005) ako profesionála, ktorý pomáha v ťažkej sociálnej situácii jednotlivcovi, skupinám, rodinám, komunitám. Podobne chápe túto pomáhajúcu profesiu aj Schavel (2008), kde sociálny pracovník disponuje špecifickými vlastnosťami, schopnosťami a vedomosťami, vďaka ktorým je schopný pomáhať ľuďom a smerovať ich k tým správnym postojom. Práve on má pomáhať ľuďom prekonávať prekážky a podporovať rovnováhu medzi klientom a sociálnym prostredím (Musil, 2004).

Hlavnou úlohou, ktorej sa zhost'uje sociálny pracovník v zariadeniach sociálnych služieb je uspokojenie potrieb klientov, ktorí vzhľadom na svoj vek, zdravotný stav či psychický rozvoj potrebujú pomoc, a kde podmienky života týchto klientov by mali byť v súlade s podmienkami bežného života.

*„Skôr než sociálny pracovník začne plánovať ciele, materiál, vhodnosť jednotlivých aktivít pre jednotlivé cieľové skupiny v konkrétnom zariadení sociálnych služieb je dôležitá individuálna práca s klientom, kde výsledkom individuálnych rozhovorov, zisťovaní a niekedy až bádania biografie klienta je komplex informácií, ktoré sú potrebné pre prácu sociálneho pracovníka s klientom“ (Tokovská, 2014, s. 69).*

Sociálny pracovník v domove sociálnych služieb pomáha klientom riešiť náročné situácie, je s nimi dennodenne v kontakte a poskytuje im informácie. Už pred nástupom klienta do zariadenia získava a spracúva dôležité informácie o situácii klienta, o jeho zdravotnom stave, rodinných pomeroch a na základe nich sa snaží pomôcť klientom, aby svoju situáciu zvládli čo najlepšie. Ak sociálny pracovník zistí, že umiestnenie klienta do zariadenia je tou najvhodnejšou alternatívou, pokračuje v získavaní informácií o osobe klienta v spolupráci s ostatnými zamestnancami zariadenia v snahe zostavenia individuálneho plánu rozvoja osobnosti. Prítomnosť sociálneho pracovníka je taktiež dôležitá v úvodnej fáze prispôsobovania sa klienta, kedy si zvyká na nové prostredie, ľudí a snaží sa prekonať pocit vylúčenia zo svojho aktívneho života. Taktiež práve sociálny pracovník udržiava kontakt s rodinou klienta, vonkajším prostredím a participuje na riešení každodenných problémov klienta (Ružička, 2010).

Sociálny pracovník sa taktiež vo významnej miere podieľa na rozhodovacom procese v zariadení, v ktorom pôsobí, aj v procese prijímania klientov, realizuje sociálne šetrenie v domácom prostredí u potenciálneho klienta, žiadateľa, vedie a spracúva sociálnu agendu, smernice a záznamy. Je realizátorom spoločenských akcií, ktoré sú organizované v zariadení ako napríklad tanečné zábavy, športové hry, vedomostné súťaže, prostredníctvom ktorých sa odvádza pozornosť od melanchólie, ktorá môže klientov v zariadení zasiahnuť. Práve sociálny pracovník je ten, s ktorým môžu klienti absolvovať spoločné prechádzky, čo je jedným z prostriedkov aktivizácie klientov, relaxačné cvičenia, vykonávanie rôznych záľub, ktoré mali v obľube vo svojom prirodzenom prostredí ako aj tvorenie socioterapeutických skupín, ktorých cieľom je vytváranie dobrej nálady. V rámci práce s klientom je veľmi dôležitá ako komunikácia tak aj interakcia, vzájomné pôsobenie na klienta, kooperácia a percepcia, ktorá zahŕňa vzájomné vnímanie, poznávanie a pochopenie vzťahu. Sociálny pracovník sa podieľa ako na individuálnej, tak aj na skupinovej práci, pričom individuálna práca je zameraná na každého jednotlivca zvlášť, a vďaka sociálnej diagnostike sociálny pracovník zisťuje klientove schopnosti, reálne potreby a záujmy, na ktorých základe tvorí už spomínaný individuálny plán klienta, pričom vždy berie ohľad na zdravotný stav a fyzickú a duševnú

kondíciu každého klienta. Skupinová práca zas podporuje súdržnosť, komunikáciu a tolerantnosť. Snahou skupinovej práce je tiež rozvíjať tvorivé myslenie, zmysluplne tráviť voľný čas, podieľať sa na skupinových stretnutiach, kde sa preberajú rôzne témy, podľa vlastného výberu a taktiež sa tam diskutuje o problémoch, ktoré klientov trápia a zároveň sa hľadajú riešenia (Pavlovičová, 2008).

Reamer (1999) chápe sociálneho pracovníka ako súčasť tímu profesionálov, ktorí sa podieľajú na chode domova sociálnych služieb a jeho povinnosťou je rad úloh, ktoré vykonáva vo vzťahu ku klientovi. Bartošovič (2006) vníma sociálneho pracovníka ako nevyhnutný článok tímu profesionálov domova sociálnych služieb a do jeho úloh zaraďuje šírenie povedomia o zariadení sociálnych služieb, poskytovanie informácií o danom zariadení širokej verejnosti ako aj rozhovor s potenciálnymi klientmi, žiadateľmi o prijatie do zariadenia. Pred prijatím klienta do zariadenia, sociálny pracovník zisťuje jeho súčasné pomery v jeho prirodzenom prostredí prostredníctvom terénnej sociálnej práce. Pred prijatím klienta, ako aj počas jeho prijímania a počas absolvovania pobytu v zariadení je nevyhnutná komunikácia s klientom, čo patrí tiež do úloh sociálneho pracovníka. Pri kognitívnom vyšetrení klienta, sociálny pracovník spolupracuje na tomto úkone a tiež plánuje a realizuje zavádzanie jednotlivých psychologických princípov pri spolupráci s klientom. Práve sociálny pracovník je poverený administratívnou činnosťou a činnosťou komunikácie s blízkymi klienta, pričom vyvíja aj snahu o spoluprácu s dobrovoľníkmi a ich aktívne zapájanie. Sociálny pracovník sa v opakovaných intervaloch zúčastňuje zdravotno-sociálnych vizít s klientom, dbá na dodržiavanie ľudských práv klientov, ale primárne sa realizuje v poskytovaní opory klientovi, ktorý je v zariadení ubytovaný. Klient musí vedieť a cítiť, že práve sociálny pracovník je ten, na ktorého sa môžeme kedykoľvek obrátiť. Ružička (2010) chápe sociálneho pracovníka v zariadení sociálnych služieb ako terapeuta, poradcu a advokáta.

Profesionalita sociálneho pracovníka a kvalita života klientov v zariadení závisí od poznatkov, skúseností a zručností, ktorými disponuje. Mala by to byť zvládnutá sústava poznatkov ohľadom fyziologických, psychologických a sociálnych osobitostí tej vekovej skupiny, s ktorou pracuje, byť motivovaný pre prácu s danou sociálnou skupinou a mať s ňou vyjasnený vzťah, ovládať nástroje sociálnej práce, čiže jej metódy a techniky, ktoré sa využívajú pri práci s danou cieľovou skupinou a taktiež bezpodmienečne sa vedieť orientovať v sociálnej politike, zvlášť tej oblasti, ktorá sa priamo dotýka cieľovej skupiny, s ktorou sociálny pracovník spolupracuje. Sociálny pracovník vystupujúci ako terapeut má za úlohu zabezpečiť humánnu priebeh, adaptáciu občanov, ktorí sa stali klientmi domova sociálnych

služieb, ponúka klientom rôzne činnosti, snaží sa ich aktivizovať, aby voľný čas strávili efektívne a zmysluplne, čím aj preventívne pôsobí pred pocitmi osamelosti a opustenosti, ktoré sú spojené so vznikom širokého spektra psychických problémov. Pre nového klienta je veľmi dôležitý a taktiež náročný proces adaptácie. Pred správnu adaptáciou je veľmi podstatné poznať samotnú osobnosť klienta a práve tu sociálny pracovník zhromažďuje všetky potrebné údaje, študuje klientovu sociálnu situáciu, plánuje a prichádza s návrhmi za spolupráce s klientom, spolu s klientom tvorí plán riešenia klientovej situácie a zaznamenáva všetky dosiahnuté výsledky. Postup práce sociálneho pracovníka v domove sociálnych služieb je zaznamenaný v piatich krokoch, etapách:

1. Evidencia – sociálny pracovník prichádza do prvého kontaktu s klientom a snažia sa vzájomne dorozumieť sa.
2. Diagnostika – prostredníctvom rozhovoru, anamnézy a analýzy posudkov a správ sociálny pracovník identifikuje klientov problém.
3. Navrhovanie riešenia – sociálny pracovník sa snaží hľadať spôsoby a riešenia problému a to prostredníctvom stavania na pozitívnych vlastnostiach klienta.
4. Intervencia – následná realizácia riešenia problému, pričom sociálny pracovník informuje klienta o jeho situácii a o následkoch, s ktorými musíme počítať.
5. Zaznamenávanie – sociálny pracovník dokumentuje celý proces práce aj za možnosti ďalšej intervencie (Tremblay, et al., 2002).

Základom pri práci sociálneho pracovníka s klientom je vytvorenie plánu práce, ktorý je samotným klientom navrhovaný, tvorený, prediskutovaný a v prípade potreby je mu plán vysvetlený, ako aj dôvody, prečo jednotlivé kroky plánu práce sú do plánu zaradené. Ak klient nie je stotožnený s plánom a má voči nemu výhrady, je potrebné aby sociálny pracovník plán prehodnotil, pozmenil. Počas realizácie plánu sociálny pracovník spolupracuje s viacerými odborníkmi, ako napríklad psychológ, psychiater, pri čom záleží o aký typ problému klienta ide. V prípade potreby je možné, že klientovi bude odporučený, iný odborník.

V rámci chápania činnosti sociálneho pracovníka ako poradcu ide o poskytovanie základného sociálneho poradenstva klientom domova sociálnych služieb, pri čom základné sociálne poradenstvo pozostáva z posúdenia povahy problému, ktorý klient má a následného poskytnutia potrebných informácií na jeho vyriešenie a vhodných možností riešenia (Hargrave, 2009). Ak je to potrebné tak aj následná distribúcia klienta k inému odborníkovi.

Ak vnímame sociálneho pracovníka v domove sociálnych služieb ako advokáta, čo podľa Ružičku (2010) je jedna z jeho ďalších rolí, tak jeho významnou úlohou je pomoc klientom pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, pomoc s písomnou komunikáciou počas úradného styku, taktiež vybavuje klientom jednotlivé písomné žiadosti, vyplňuje tlačivá, ak má klient záujem o uschovanie si cenných vecí v zariadení, tak úlohou sociálneho pracovníka je spísanie dohody o úschove cenných vecí a v neposlednom rade vybavuje klientovu poštu a udržiava kontakt s rodinou a rodinnými príbuznými.

#### Činnosť sociálnych pracovníkov v DSS z praxe

V roku 2015 sme realizovali výskum, v ktorom hlavným cieľom bolo zistiť, analyzovať a porovnať konkrétnu činnosť vykonávanú sociálnymi pracovníkmi v jednotlivých domovoch sociálnych služieb v Žilinskom samosprávnom kraji.

Výskum bol vykonaný prostredníctvom rozhovoru so sociálnymi pracovníkmi pracujúcimi v piatich domovoch sociálnych služieb v Žilinskom samosprávnom kraji, ktoré sú zamerané na prácu so seniormi.

V tomto príspevku je uvedená len malá časť z jeho výsledkov.

Tabuľka 1 Pracovná náplň sociálnych pracovníkov z ich subjektívneho pohľadu

| Participant | Zhrnutie odpovede participanta   |
|-------------|--|
| P1          | Sociálna pracovníčka sa venuje klientom, resp. záujemcom už od prvého telefonického či osobného kontaktu. Zaisťuje sociálne šetrenie a to buď v domácnosti záujemcov, alebo v prostredí, kde sa záujemca aktuálne nachádza (nemocnica, liečebňa dlhodobo chorých a i.) a všetky podklady zo sociálneho šetrenia eviduje a spracováva. Spolupracuje s kľúčovým pracovníkom klienta a spoločne s ním vytvára pre klienta individuálny plán „šitý na mieru“. Zariaďuje tiež klientovi osobné či úradné záležitosti, komunikuje s inštitúciami, pomáha pri organizovaní alebo organizácií kultúrnych akcií. Vede sociálnu agendu poschodia, na ktorom pracuje. O webstránku a podobné záležitosti sa ako sociálni pracovníci v zariadení nestarajú, je to činnosť zriaďovateľa. Zriaďovateľ činnosti DSS ovplyvňuje činnosť hlavne financiami a on schvaľuje prijatie jednotlivých seniorov, klientov do zariadenia. |
| P2          | Sociálna pracovníčka uviedla, že sa venuje týmto činnostiam napr.: podieľa sa na tvorbe a stratégii poskytovania sociálnych služieb, pomáha zavádzať systém kvality sociálnej práce, vykonáva sociálne šetrenie, zabezpečuje sociálny program, vykonáva sociálne poradenstvo, pomáha tvoriť štandardy, zodpovedá za riadne vedenie depozitnej pokladne a peňazí klientov, zabezpečuje ochranu osobných údajov klientov, prijíma klientov do služby, vybavuje sťažnosti klientov, napomáha psychickému stavu klientov, spolupracuje s ostatnými zamestnancami a je povinná zachovávať mlčanlivosť.  |

### XIII. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

|    |   |
|----|---|
| P3 | Kontroluje prácu zameranú na sociálne služby, zodpovedá za dodržiavanie platných predpisov, za dodržiavanie pracovnej doby, za vedenie dokumentácie, za včasné odoslanie všetkých dokumentov (ak sú vymedzené časom), za dodržiavanie práv a slobôd klientov, podmienky na výkon dohodnutej práce-spôsobilosť na právne úkony, zdravotnej odbornej spôsobilosti, poskytuje soc. právne poradenstvo, podieľa sa na tvorbe a aktualizácie štandardov, poskytuje sociálnu pomoc, spolupracuje s inými odborníkmi, vedie sociálny program, zabezpečuje všestrannú starostlivosť o individuálne potreby klienta, dodržiava individuálny prístup ku klientom, rieši sociálne problémy klientov, prijíma klientov do služby, zaisťuje potreby klientov pri obmedzenosti na právne úkony, vedie starostlivo sociálne záznamy, dbá na sociálnu spravodlivosť, vedie evidenciu žiadateľov o službu, vedie evidenciu klientov v organizácii. |
| P4 | Zabezpečuje komplexný výkon agendy starostlivosti o starých občanov. Zabezpečuje agendu na úseku sociálnych služieb, stará sa o poskytovanie príspevku na starostlivosť. Spolupracuje s mestom, poskytuje lekárom posudkové služby podklady pre posúdenie zdravotného stavu klienta. Všeobecná a individuálna starostlivosť o klienta.  |
| P5 | Činnosťami priamej sociálnej práce sa seniorom mieni participant činnosti, pri ktorých je sociálny pracovník v priamom kontakte so seniorom, individuálna a skupinová práca, poskytovanie sociálneho poradenstva, rokovania so záujemcom o službu, vyjednávanie rozsahu a spôsobu poskytovania sociálnej služby, vedenie procesu „nástup seniora do zariadenia“, individuálne plánovanie sociálne služby priamo so seniorom, socioterapeutická činnosť, aktivizačné činnosti, zaisťovanie pomôcť pri riešení osobných problémov seniora a poskytovanie psychosociálnej pomoci.  |

Tabuľka 2 Porovnanie pracovnej náplne v jednotlivých zariadeniach

| Pracovná náplň sociálneho pracovníka      | P1  | P2  | P3  | P4  | P5  |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| <b>Evidencia (agenda)</b>                 | ÁNO | ÁNO | ÁNO | ÁNO | ÁNO |
| <b>Poradenstvo</b>                        | ÁNO | ÁNO | ÁNO | ÁNO | ÁNO |
| <b>Príjem klientov</b>                    | ÁNO | NIE | NIE | ÁNO | ÁNO |
| <b>Sociálny program</b>                   | ÁNO | NIE | ÁNO | ÁNO | ÁNO |
| <b>Všestranná starostlivosť o klienta</b> | ÁNO | ÁNO | ÁNO | ÁNO | ÁNO |
| <b>Informovanosť pre verejnosť</b>        | NIE | NIE | NIE | ÁNO | ÁNO |
| <b>Zásah zriaďovateľa do činnosti DSS</b> | ÁNO | ÁNO | ÁNO | ÁNO | ÁNO |



### XIII. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Tabuľka 3 Odlišnosti činnosti sociálnych pracovníkov v DSS od ich stanovenej pracovnej náplne

|  | <b>P1</b>                  | <b>P2</b>                  | <b>P3</b>                  | <b>P4</b>                          | <b>P5</b>                  |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| <b>Splnenie očakávania práce</b>   | NIE                        | ÁNO                        | ÁNO                        | NIE                                | ÁNO                        |
| <b>Aktivity sociálneho pracovníka stanovené v rámci vnútorných predpisov</b> | NIE                        | NIE                        | NIE                        | NIE                                | ÁNO                        |
| <b>Počet sociálnych pracovníkov v organizácií</b>                            | 7                          | 2                          | 1                          | 2                                  | 10                         |
| <b>Rozdelenie činnosti z pracovnej náplne</b>                                | Poradenstvo, rehabilitácia | Poradenstvo, rehabilitácia | Poradenstvo, rehabilitácia | Sprevádzať, usmerňovať, podporovať | Poradenstvo, rehabilitácia |
| <b>Administratívna činnosť (počet h.)</b>                                    | 5h.                        | 4h.                        | 4h                         | 2h.                                | 2h.                        |
| <b>Práca s klientom (počet h.)</b>   | 3h                         | 4h                         | 4h                         | 6h.                                | 6h                         |

Vo vybraných domovoch sociálnych služieb v Žilinskom samosprávnom kraji sa ukázalo že, organizácie majú spracovaný popis pracovnej činnosti podrobne. Z rozhovorov vyplýva, že sociálna pracovníčka zodpovedá za napr. dodržiavanie platných predpisov, stanovenú pracovnú dobu, za vedenie dokumentácie, za práva a slobody klientov, za zásady individuálneho prístupu ku klientom. Pracovnú činnosť v jednom z domovov sociálnych služieb tvorilo 23 bodov, ktoré sú uvedené podľa právnych predpisov. Medzi tieto činnosti napríklad patria: sociálno-právne poradenstvo, zabezpečuje všestrannú starostlivosť o klienta, prijíma klientov, starostlivé vedenie záznamov, využíva individuálne metodiky, obhajuje práva klientov, vedie evidenciu žiadateľov a pod. Ďalší domov sociálnych služieb vo svojom popise pracovnej činnosti má okolo 20 pracovných činností, ktorým sa sociálni pracovníci venujú. Sú tu spomínané napríklad tieto činnosti: sociálne šetrenie, vykonávanie sociálnej agendy a jej zabezpečovania, zabezpečovanie osobných údajov, vybavovanie sťažností, napomáhanie dobrému psychickému stavu klientov a pod.

Pri skúmaní odlišností v činnosti sociálnych pracovníkov od ich stanovenej pracovnej náplne, participanti odpovedali, že nie sú výrazné odlišností. Občas robia nad rámec povinností. Všetky sociálne pracovníčky tvrdili, že ich samotná činnosť je rozdelená na pracovné činnosti súvisiace s prácou s klientom a pracovné činnosti venované administratíve. Pracovné činnosti s klientmi sú u všetkých pracovníčok veľmi podobné: rokovania s klientmi, záujemcami, príprava nástupu, vybavovanie pozostalosti, vybavovanie osobných a úradných záležitostí, riešenie sťažností, roznos pošty, príprava kultúrnych či iných programov a pod.



Administratívna činnosť často prevládala a zameriava sa väčšinou na: prípravu podkladov k nástupu, vybavovanie úradných záležitostí, komunikáciu a korešpondenciu s úradmi, vybavovanie pozostalosti, výmena dôležitých preukazov (ZŤP, občianske preukazy), kontrola vyúčtovania za ubytovanie a stravu, spolupráca so súdmi, vedenie pokladničného denníka a ďalšie.

Sociálna práca pre seniorov je prácou náročnou, sociálny pracovník musí mať nielen kvalifikačné, ale aj osobnostné predpoklady pre túto prácu. Sociálny pracovník je svojím postavením veľmi dôležitou osobou v rámci starostlivosti o seniora, aj v rámci chodu celej organizácie, má svoje miesto v tíme pracovníkov.

#### **Bibliografia**

BARTOŠOVIČ, I. 2006. *Seniori v domove dôchodcov*. Bratislava : Charis s r.o., 2006. 156 s. ISBN 80-88743-63-X.

HARGRAVE, T. J. 2009. *Moral Imagination, Collective Action, and the Achievement of Moral Outcomes*. In: *Business Ethics Quarterly*, 2009. Volume 10, Issue 4, s. 89. ISSN 1052-150X.

MUSIL, L. 2004. *"Ráda bych vám pomohla ale" : Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno : Zeman, 2004. 243 s. ISBN 80-903070-1-9.

PAVLOVIČOVÁ, A. 2008. *Sociálna komunikácia v zdravotníctve*. In: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin : Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-287-8.

REAMER, F. 1999. *Social Work Values and Ethics*. 2nd Ed. New York : Columbia University Press, 1999. 247 s. ISBN: 978-0-23-111391-5.

RUŽIČKA, V. 2010. Sociálny pracovník v zariadení pre seniorov a v domove sociálnych služieb Humanus. In *Sociálne služby v regióne. Zborník z vedeckej konferencie*. Skalica : Občianske združenie ELISABETH, 2010. ISBN 978-80-970567-0-4, s. 98-108.

SCHAVEL, M. - ČIŠECKÝ, F. - OLÁH, M. 2008. *Sociálna prevencia*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2008. 140 s. ISBN 978-80-89271-22-1.

TOKOVSKÁ, M. 2014. *Aktivizácia seniorov s ochorením demencie: výskum v Banskobystrickom samosprávnom kraji na Slovensku*. Banská Bystrica : Librix, 2014. 145 s. ISBN 978-80-2630-870-6.

ŽILOVÁ, A. 2005. *Úvod do teórie sociálnej práce : náuka o sociálnej práci*. Baďín : Mentor, 2005. 130 s. ISBN 80-9689-32-1-1.

**Kontakt**

PhDr. Lenka Štefáková, PhD.

Katedra sociálnej práce

Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku

Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok

e-mail: lenka.stefakova@ku.sk

**Recenzia**

PhDr. Miroslava Tokovská, PhD.

## TRÉNING PAMÄTI A JEHO VYUŽITIE V NEFARMAKOLOGICKEJ TERAPII PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE

### TRAINING MEMORY AND ITS USE IN THE PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF ALZHEIMER'S DISEASE

Helena Vavrúšová

#### **Abstrakt**

Odborný článok poukazuje na problematiku Alzheimerovej choroby. V úvode popisuje jej definíciu, štádiá, diagnostiku a zdôrazňuje najmä jej liečbu. Ďalej poskytuje pohľad na špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s Alzheimerovou chorobou. Cieľom príspevku je poukázať na nefarmakologickú terapiu – tréning pamäti. Príspevok zdôrazňuje dôležitosť a opodstatnenosť tréningu pamäti v súvislosti s demenciou, jej prevenciu a potrebu edukácie chorého a príbuzných ako boja s touto zákernou chorobou.

**Kľúčové slová:** Alzheimerova choroba, ošetrovateľská starostlivosť, tréning pamäti

#### **Abstract**

Technical article highlights the issue of Alzheimer's disease. The introduction describes the definition, stages, diagnosis and stresses in particular its treatment. Further it provides insight into the specifics of nursing care for patients with Alzheimer's disease. The aim of this paper is to highlight the non-pharmacological therapy - training memory. Post highlights the importance and relevance of training mind in connection with dementia, its prevention and the need for education of the patient and relatives how to combat this insidious disease.

**Keywords:** Alzheimer's disease, nursing care, memory training

#### **1. Alzheimerova choroba**

Alzheimerova choroba je najčastejšia príčina demencie, predstavuje najmenej 50% všetkých demencií. Je to závažné neurodegeneratívne ochorenie vedúce k úbytku niektorých populácií neurónov, v dôsledku čoho mozog atrofuje. V mozgovom tkanive dochádza v priestoroch mimo mozgovej bunky k ukladaniu chorobne vzniknutej bielkoviny - beta - amyloid. Bielkovina vytvára kryštáliky, okolo ktorých prebiehajú ďalšie neurodegeneratívne deje. Vznikajú tak útvary, ktoré nazývame **neuritické plaky** (Jiráč, 2009).

Pacient prechádza niekoľkými štádiami. Vavrušová (2012) rozdeľuje vývojové štádiá Alzheimerovej choroby na počiatočné, stredné a neskoré.

Príčinu vzniku demencie doposiaľ nepoznáme (Pidrman, 2007), poznáme však rizikové faktory, ktoré môžu ovplyvniť vznik degeneratívneho ochorenia - vek, pohlavie, genetika, vzdelanie, vaskulárne ochorenia, alkohol, úrazy hlavy, depresia, iné faktory (infekčné ochorenia, nedostatok vitamínov skupiny B, telesné a duševné aktivity), ale aj hypertenzia, zvýšený cholesterol, diabetes, obezita a fajčenie. Žiadny zo spomínaných faktorov sám osebe nie je príčinou demencie. Keď však spoločné pôsobenie týchto faktorov presiahne istú hranicu (prah), preťažia regeneračné schopnosti mozgu, ktorý už nedokáže vzdorovať neurodegenerácii.

Diagnostika Alzheimerovej choroby sa stanovuje na základe klinických a laboratórnych vyšetrení. Doteraz neexistuje metóda, ktorá by chorobu stopercentne potvrdila, je však možné stanoviť diagnózu s vysokou pravdepodobnosťou.

#### 1.1 Meracie nástroje na posudzovanie kognitívnych porúch u pacientov

V komplexnom hodnotení stavu pacienta sa používajú v ošetrovateľskej starostlivosti štandardizované, medzinárodne validné meracie nástroje k orientačnému hodnoteniu kognitívnych funkcií - **Folsteinov test**, **Mini-mental state examination (MMSE)**, ktorý je najčastejšie používaný nástroj sestrou pre posúdenie kognitívnych funkcií pacienta (Tomagová, 2008), **Test kreslených hodín (Clock drawing test)** – vhodne dopĺňa MMSE, **Barthelovej test denných aktivít** - ADL (Aktivity daily living) - test zvládania denných aktivít, **Katzov index sebestačnosti v aktivitách denného života** a iné.

Čím skôr je choroba diagnostikovaná, čím skôr sa začne s liečbou, tým je väčšia šanca na zmiernenie priebehu. Dnes ešte nie je možnosť vyliečenia Alzheimerovej choroby, sú však k dispozícii lieky, ktoré môžu zlepšiť kvalitu života postihnutých. Spomaľujú zhoršovanie rozumových schopností a pomáhajú udržiavať sebestačnosť chorých.

Farmakoterapiu delíme na kognitívnu a nekognitívnu.

Okrem medikamentózneho liečby je dôležitá aj nefarmakologická, nazývaná tiež podporná liečba.

Patrí k nej:

- **tréning pamäti** - vzdelávací program zameraný na udržanie existujúcej kognitívnej úrovne,

- **validácia** - špecifický spôsob komunikácie s pacientom zameraný na jeho psychické prežívanie,
- **reminiscenčná terapia** - terapeutická práca so spomienkami,
- **stimulácia - aktivizácia** prostredníctvom prostredia (Vavrušová, 2012).

#### Tréning pamäti

**Kognitívny tréning** je aktivizačný program zameraný na stabilizáciu a zníženie poklesu kognitívnej úrovne pacienta. Je vhodný najmä v počiatočnom, miernom stupni demencie, kedy má pacient dostatok kognitívnych rezerv a má zachovaný náhľad na chorobu. Kognitívny tréning využíva široké spektrum stimulácie a špecializovaných metód. Zameriava sa na pozornosť, vnímanie, pamäť, udržiavanie rečových schopností, orientáciu, počítanie, prácu s exekutívnymi funkciami - určenie si priorít, plánovanie postupných krokov.

Kognitívny tréning nemá za cieľ nahradiť farmakologickú terapiu Alzheimerovej choroby, ale podporovať a zlepšovať terapeutické výsledky.

Dôležitou zložkou terapie zameranej na udržiavanie zachovaných schopností je ergoterapia. Možno ju využívať aj pri ťažších stupňoch demencie. Má pacientovi poskytnúť vhodnú zmysluplnú činnosť, ktorá mu nielen vyplní čas, umožňuje precvičovanie, a tým udržiavanie jemnej motoriky, ale prináša aj potešenie a radosť z výsledku. Pacient má pocit užitočnosti a potreby.

Pre lepšiu spoluprácu sestier s pacientmi a pacientov medzi sebou je dôležitá **homogenita skupiny**. Zabezpečíme ju výberom osôb s rovnakou kognitívnou úrovňou. Je lepšie vytvoriť skupinu so zmyslovými obmedzeniami s menším počtom ľudí (4 - 5) alebo zaradiť do skupiny len jedného takto postihnutého človeka, aby sestry k nemu mohli individuálne pristupovať.

Karol'ová (2010, s. 49) hovorí, že *tréning sa dá okrem skupinovej formy realizovať aj individuálne, ak pacienta nie je vhodné zaradiť do skupiny z nejakého dôvodu, alebo ak neprofituje z tréningu v skupine.*

Pri aktivizácii kognitívnych funkcií, môžu sestry využiť metodiku **KASSA model**, ktorý vznikol v Belgicku. Jednotlivé písmená názvu sú začiatočnými písmenami trénovanej činnosti.

- **K - koncentrácia** - sústredenie pozornosti na určitý predmet, jav alebo činnosť.
- **A - asociácia** - vytváranie väzieb, spojení. Asociovať znamená prepájať medzi sebou udalosti, slová, myšlienky, obrazy, zvuky.

- **S - štrukturácia** - triedenie, organizácia poznatkov. Dlhodobá pamäť má neobmedzené schopnosti uchovávať informácie.
- **S - selekcia** - výber podľa určitých kritérií, vlastností, veľkosti, tvaru, znakov a pod..
- **A – akceptácia** – znamená prijatie každého účastníka s jeho schopnosťami, s poznaním, že každý človek sa učí inak, každý preferuje iný ľudský zmysel (Čunderlíková, 2009).

Tréning pamäti pozostáva zo štyroch častí. Na každé stretnutie majú sestry vopred určený cieľ, tému a k nemu prislúchajúce cvičenia. Sestry dbajú, aby tréning vždy obsahoval cvičenie koncentrácie, aby účastníci boli hneď od začiatku skoncentrovaní. Musia zaujať ich pozornosť. Sestry podľa cieľa hlavnú časť venujú cvičeniu krátkodobej a dlhodobej pamäti. Náročnosť cvičení je zvolená na základe charakteru skupiny a schopnosti účastníkov.

#### Štruktúra tréningu pamäti

- pohybové cvičenia ( 30 min.),
- rozohrievacie cvičenia + koncentračné cvičenia (10 min.),
- hlavná časť - podľa určeného cieľa (30 min.),
- priestor pre diskusiu.

Samotný tréning prebieha ako cyklus stretnutí - lekcií v trvaní 1,5 až 2 hodiny. Lekcie sestry uskutočňujú v pravidelných intervaloch, spravidla raz týždenne v pevne stanovenom čase. Jeden cyklus pozostáva zvyčajne z 12 lekcií.

Tento počet je vhodný a optimálny na to, aby sestry poskytli účastníkom relatívne uzavretý celok poznatkov s praktickým využitím v reálnom živote chorých (Čunderlíková, 2009).

V práci s pacientom v procese tréningu pamäti sestry môžu využívať špecifický prístup nazvaný **validácia**, je to terapeutický prístup, v ktorom akceptujeme človeka takého, aký v danej chvíli je. Podľa Naomi Feil ide o **uznanie hodnoty človeka** bez ohľadu na to, do akej miery je orientovaný. Slovo validácia znamená uznanie (Feil, 2005).

Dezorientovaným pacientom sa teda prostredníctvom validácie dostáva empatické počúvanie, neodsudzovanie, akceptovanie ich hľadiska reality. V tomto rozmere rastie medzi chorými a sestrami dôvera, odstraňujú sa pocity strachu a nutnosť pacienta obmedzovať. V konečnom dôsledku je vedomie znovu posilňované hodnotami. Telesné a sociálne funkcie sa zlepšujú a zabráni sa klesnutiu do vegetačného vedomia (Wirth, 2009).

Ďalším dôležitým prvkom v procese tréningu pamäti, ktorý sestry môžu využívať je **reminiscenčná terapia** - využíva spomienky v rámci terapie a aktivizácie buď v individuálnej alebo skupinovej forme. Cieľom je stimulovať pozitívne spomienky, ktoré sa

majú opäť oživiť. Využívajú sa pri tom fotografie, básne, hudba, oblečenie ale tiež pachy a vône. Pre poskytnutie informácií o živote pacienta a taktiež materiálov (drobné predmety), ktoré evokujú spomienky na „staré časy“, je dôležitá spolupráca s rodinou (Jiráček, 2009).

Ako prostriedok môžu sestry využívať životný príbeh, memory box (krabica), memory book (kniha), memory room (miestnosť).

*Spomienky nie sú vždy veselé, komické a príjemné, ale aj smutné až tragické* (Čunderlíková, 2009, s. 46).

Košalová (2011) hovorí, že okrem individuálnej a skupinovej formy reminiscencie možno využiť aj formu skupinovú s príbuznými a skupinovú s využitím prvkov dramaterapie, muzikoterapie, biblioterapie, arteterapie a tanečno - pohybovej terapie. Tieto formy vtáňujú účastníkov priamo do deja, do situácie z minulosti a umožňujú opätovne dané momenty prežiť v prítomnosti.

Neodmysliteľnou súčasťou tréningu pamäti, ktorú môžu sestry využiť pri práci s pacientom je **stimulácia - aktivizácia seniora**.

Aktivizačný program pre seniorov sa zameriava na redukciu senzorickej deprivácie, spoločenskej izolácie, podporuje kognitívne a motorické funkcie a zabraňuje rýchlemu prechodu do vyšších štádií choroby.

V rámci tejto kompetencie sestry majú široké pole pôsobnosti. Môžu ich realizovať u aktívnych seniorov a rovnako aj u pacientov znevýhodnených Alzheimerovou chorobou a inými demenciami.

Aby práca s pacientom bola čo najefektívnejšia, sestry pracujú podľa vypracovanej štruktúry. Je veľmi dôležité dbať na výber cieľovej skupiny, stanoviť ciele, pripraviť tému a materiál, premyslieť postup realizácie, aktivity zrealizovať a celý proces stretnutia písomne vyhodnotiť.

## **2. Výskumný problém**

V priamom kontakte s realitou klinickej ošetrovateľskej praxe sme sa stretávali s tým, že po diagnostikovaní Alzheimerovej choroby u pacienta nebol naplno využitý jeho potenciál k čo najdlhšiemu udržaniu sebastačnosti a tým aj nezávislosti. K realizácii výskumného projektu nás vedie vysoká aktuálnosť a potreba riešiť danú problematiku s pridanou hodnotou využitia vlastných skúseností v danej oblasti.

**Cieľom výskumného projektu** bude objektivizovať a vyhodnotiť význam tréningu pamäti v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s Alzheimerovou chorobou na úroveň jeho kognitívnych schopností a čo najdlhšie udržanie nezávislosti a sebastačnosti.

**Charakteristika výskumného súboru** - procese realizácie výskumného projektu budeme pracovať so súborom respondentov – pacientov.

#### **Súbor pacienti**

Sledovanú intervenčnú skupinu plánujeme rozdeliť na dve podskupiny respondentov.

Prvú experimentálnu podskupinu budú tvoriť pacienti s Alzheimerovou chorobou, u ktorých bol v rámci komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti realizovaný tréning pamäti. Do druhej kontrolnej podskupiny budú patriť pacienti, u ktorých nebude realizovaný tréning pamäti. Testovanie prevedieme na začiatku a na konci výskumného obdobia. Na overovanie úrovne kognitívnych funkcií použijeme MMSE a Barthelovej test denných aktivít. Predpokladaný počet skúmaných pacientov bude najmenej 50 do každej podskupiny, spolu viac 100 respondentov.

Najdôležitejším aspektom práce bude komparatívne zistenie úrovne kognitívnych funkcií u pacientov s Alzheimerovou chorobou zúčastňujúcich sa tréningu pamäti a kognitívnej úrovne u pacientov bez absolvovania cvičenia pamäti.

#### **Záver**

Alzheimerova choroba je jedna z najobávanejších chorôb súčasnosti a jej výskyt neustále rastie. Je preto pochopiteľné, že v súčasnosti podnecuje záujem vo vedeckých a odborných kruhoch.

Hoci dnes ešte neexistuje kauzálna liečba, osud postihnutého nemusí byť beznádejný. Úlohou lekára je zahájiť liečbu umožňujúcu postihnutému s rodinou znesiteľný život v rámci možností určenej diagnózy. Odborný personál vhodnými terapeutickými prístupmi a tréningami pamäti pomáha udržiavať existujúcu kognitívnu úroveň seniora.

#### **Bibliografia**

ČUNDERLÍKOVÁ, M. - WIRTH, M. 2009. *Tréning kognitívnych funkcií a špecifická komunikácie u ľudí s poruchami pamäti*. Bratislava: Centrum MEMORY n. o., 2009. 46 s. ISBN 978-80-970260-2-8.

FEIL, N. – DE KLERK-RUBIN, V. 2005. *Validation Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. Mnichov : Reinhardt, 2005. 166 s. ISBN 3-497-01794-9.

JIRÁK, R. a kol. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.



KAROĽOVÁ, K. 2010. Tréning kognitívnych funkcií. In *Aktivizácia seniorov a nefarmakologické prístupy v liečbe alzheimerovej choroby*. Bratislava : SAS, 2010. ISBN 978-80-970355-4-9, s. 46 - 51.

KOŠALOVÁ, H. a kol. 2011. Reminiscencia v práci so seniormi. In *Aktivizácia seniorov a nefarmakologické prístupy v liečbe alzheimerovej choroby*. Bratislava : SAS, 2011. ISBN 978-80-970355-6-3, s. 28 - 32.

PIDRMAN, V. 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

TOMAGOVÁ, M. – BÓRIKOVÁ, I. a kol. 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008. 198 s. ISBN 978-80-8063-270-0.

VAVRUŠOVÁ, L. a kol. 2012. *Demencia*. Martin: Osveta, 2012. 180 s. ISBN 978-80-8063-328-0.

#### **Kontakt**

PhDr. Helena Vavrúšová

FNsP FDR Banská Bystrica

976 39 Donovaly 69

e-mail: hvavrusova@gmail.com

#### **Recenzia**

Mgr. Ing. Martina Špániková, PhD.

**ABSTRAKTY Z NEPUBLIKOVANÝCH PRÍSPEVKOV**

---

## **BEZ SIVÉHO ZÁKALU JE SVET FAREBNEJŠÍ**

### **WITHOUT CATARACT IS THE WORLD MORE COLORFUL**

**Alena Camberová, Jana Funiaková**

#### **Abstrakt**

Prezentácia prináša informácie o frekventovanom očnom ochorení – katarakte (sivom zákale). Katarakta je ochorením hlavne starších ľudí – rôzne štádiá katarakty má takmer polovica ľudí nad 70 rokov. Ide o zakalenie inak priehľadnej šošovky, ktoré väčšinou vzniká prirodzeným starnutím. Zriedkavo môže byť spôsobené úrazom oka, rôznymi chorobami, užívaním určitých liekov a pod. V dôsledku, zakalenia šošovky majú pacienti zahmlené videnie, čo výrazne zhoršuje ich videnie v šere a v noci, čítanie, rozoznávanie predmetov. Medikamentózna liečba ani nosenie okuliarov nemajú účinok, preto je jediným zásahom operácia.

**Kľúčové slová:** ochorenie, katarakta, zakalenie, šošovka, operácia

#### **Abstract**

The presentation gives the information about a frequent eye disambiguation – cataract. This disambiguation affects mostly older people – almost a half of the the world's population suffers from various stages of cataract. It is a clouding developed in the crystalline lens, which occurs due to a natural aging, and it's rarely caused by an eye injury, various diseases, certain medicine intake, etc. As a result of the lens clouding patients have a cloudy vision, which worsens their eyesight in the dusk and night, their ability to read and distinguish objects. Neither medical cure nor wearing glasses have any effect, thus the only solution is an eye surgery.

**Key words:** disambiguity, cataract, clouding, lens, surgery

#### **Kontakt**

PhDr. Alena Camberová

Mgr. Jana Funiaková

Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN

## APLIKOVANÁ SOCIÁLNA POMOC V KOMUNITE

### APPLIED SOCIAL ASSISTANCE COMMUNITY

**Mária Kollárová**

#### **Abstrakt**

Poskytovanie pomoci pri hľadaní riešení nepriaznivých sociálnych i životných situácií je záväzkom každej sociálnej spoločnosti. Sprístupňovanie sociálnej pomoci jednotlivcom a rodinám na lokálnej, komunitnej úrovni postupne odstraňuje bariéru dostupnosti. V príspevku približujeme možnosti pre poskytovanie takejto sociálnej pomoci a možnosti jej realizácie. S cieľom zvýšenia kvality poskytovanej sociálnej pomoci približujeme aj možnosti tvorenia multidisciplinárnych tímov pomáhajúcich profesionálov pôsobiacich na komunitnej úrovni.

**Kľúčové slová:** Komunita. Multidisciplinárny tím. Sociálna pomoc.

#### **Abstract**

The provision of assistance in the search for solutions to unfavourable social and living situation is a liability of any social society. Disclosure of social assistance to individuals and families at the local, community level, gradually removes the barrier of accessibility. In this article we approach the possibilities for the provision of such social assistance and the possibility of its implementation. With the aim of increasing the quality of provided social assistance as well as pathways and also the possibility of the establishment of multidisciplinary teams of helping professionals working at the community level.

**Keywords:** Community. A multidisciplinary team. Social assistance.

#### **Kontakt**

RNDr. Mgr. Mária Kollárová

Komunitné centrum Litava,

Litava 5, 962 44, okres Krupina

e-mail: m.kollarova@azet.sk

## ZÍSKANÁ ODBORNÁ SPÔSOBILOSŤ NA VÝKON ZDRAVOTNÍCKEHO POVOLANIA SESTRA

### ACQUISITION OF PROFESSIONAL QUALIFICATIONS FOR THE PERFORMANCE OF THE MEDICAL PROFESSION NURSE

Jana Slováková

#### **Abstrakt**

Autorka sa vo svojej práci zaoberá analýzou platných právnych dokumentov v Slovenskej republike vo vzťahu k zdravotníckemu povolaniu sestry. Definuje, čo je to regulované povolanie, aké faktory ovplyvňujú implementácie regulácie a čím je tvorený regulačný systém zdravotníckeho povolania sestry. Ďalej približuje problematiku vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo a právne dokumenty, ktoré usmerňujú vzdelávanie sestier na Slovensku a v závere sa zaoberá získanou odbornou spôsobilosťou a povinnosťami, ktoré sestry pri výkone povolania vyplývajú z platnej legislatívy SR.

**Kľúčové slová:** právne dokumenty, regulácia, vzdelávanie v odbore ošetrovateľstvo, odborná spôsobilosť

#### **Abstract**

The author in his work deals with the analysis of valid legal documents in the Slovak Republic in relation to the medical profession a nurse. It defines what a regulated profession, what factors affect the implementation of the regulation, and the control system is made up of occupational health nurse. Further shows the process of education in nursing and legal documents that guide the training of nurses in Slovakia and in the end deals with skills acquired and obligations under the sister of professional obligations under existing legislation in Slovakia.

**Keywords:** legal documents, regulation, education in nursing, professional competence

#### **Kontakt**

Mgr. Jana Slováková, PhD.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Regionálne centrum hodnotenia sústavného vzdelávania

M. R. Štefánika 822/11, 010 01 Žilina

**PREPISY POSTEROV**

---

## NOZOKOMIÁLNA NÁKAZA

### NOSOCOMIAL INFECTIONS

**Helena Gondárová – Vyhničková, Andrea Bratová, Milan Laurinc**

#### **Abstrakt**

Efektívna medicínska a ošetrovateľská starostlivosť, vzdelávanie, výchova, výučbové programy pre sestry a zdravotníckych pracovníkov, môžu významne napomôcť k zlepšeniu bezpečnosti, starostlivosti, spolupráce medzi sestrou a lekárom i v prevencii výskytu chýb. Zároveň však môžu významne zlepšiť stav u pacientov, hlavne v intenzívnej starostlivosti. Nesúrodosť spolupráce vedie i k nozokomiálnym nákazám, ktoré predstavujú medicínsko, ekonomicko, spoločenský problém.

**Kľúčové slová:** bezpečnosť, sestra, lekár, intenzívna ošetrovateľská starostlivosť, nozokomiálne nákazy

#### **Abstract**

Effective medical and nursing care, education, training programs for nurses and health care professional scan significantly help to improve the safety of care, collaboration between nurses and doctors as well as in the prevention of errors. At the sametime it can significantly improve the condition of patients, especially in intensivecare. Heterogeneity and cooperation leading to nosocomial infections, which constitute medical, economic, social problem.

**Keywords:** safety, nurs, doctor, intensive nursing care, nosocomial infections

## Úvod

### **Nozokomiálna nákaza**

Zvyšujúci sa priemerný vek pacientov, vyšší počet invazívnych zákrokov, zlepšené prežívanie výrazne nedonosených detí, polytraumatických a kriticky chorých pacientov, pokroky v liečbe onkologických ochorení a iné faktory charakteristické pre modernú medicínu vedú k zvýšenému počtu hospitalizovaných rizikových pacientov, u ktorých je pravdepodobnosť vzniku nozokomiálnej nákazy (NN) vyššia a jej prognóza závažnejšia (SPNN, 2014).

**Nozokomiálne infekcie** alebo infekcie súvisiace so zdravotníckou starostlivosťou (Health Care-Associated Infections – HCAI) podľa CDC sú infekcie, ktoré vznikli v zdravotníckom

zariadení, ktoré neboli prítomné pri prijatí a pacient pri prijatí nebol v inkubačnej dobe príslušnej infekcie, alebo tie ktoré vznikli po viac ako 48 - 72 hodinách od prijatia pacienta do zdravotníckeho zariadenia (Aktivity WHO, 2011).

Nozokomiálna nákaza je infekcia vnútorného alebo vonkajšieho pôvodu, ktorá vznikla v príčinnej súvislosti s pobytom alebo s výkonom v zdravotníckom zariadení alebo v zariadení sociálnych služieb (Vyhláška č. 355/2007 Z. z.).

Tabuľka 1 Delenie nozokomiálnych nákaz (Sventeková, 2012).

**Nozokomiálne nákazy delíme na:**

- **špecifické (pravé)**, vznikajú v nemocničnom prostredí v súvislosti s diagnostickými alebo terapeutickými výkonmi (vyšetrenia pomocou zdravotníckych pomôcok, zavedenie močových katétrov a pod.)
- **nešpecifické (komunitné)**, ide o infekcie, ktoré sa bežne vyskytujú aj mimo zdravotníckeho zariadenia (napr. chrípka, hepatitída typu A, miestne infekcie rán)
- **exogénne**, vznikajú prenosom pôvodcu ochorenia z infikovanej osoby (spolupacientov, personálu, návštevníkov) do organizmu pacienta, ktorý prišiel do zdravotníckeho zariadenia pre iné základné ochorenie
- **endogénne**, v organizme, napríklad v črevnom trakte, máme bežne baktérie, ktoré napomáhajú tráveniu, avšak pri oslabenej imunite sa môžu pomnožiť a vyvolať ochorenie.

Ak sa infekcia dostane krvou do celého organizmu a rozvinie sa *sepsa*, ktorá predstavuje najzávažnejšiu skupinu nozokomiálnych ochorení a v 0,2 %, žiaľ, vedie k smrti.

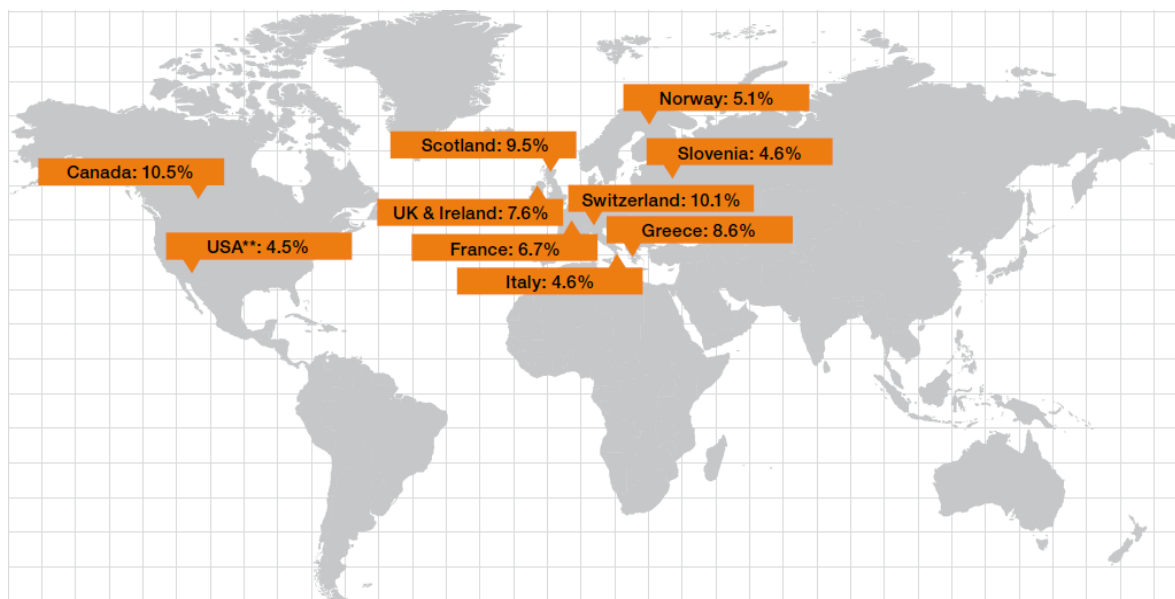
Aj keď sme v posledných rokoch svedkami výrazného medicínskeho pokroku, výskyt nozokomiálnych nákaz sa udržiava približne na rovnakej úrovni. **V súčasnej dobe sa priemerná incidencia nozokomiálnych nákaz v nemocniciach vo vyspelých krajinách pohybuje v rozmedzí 6-8% hospitalizovaných pacientov.** Vyšší výskyt nozokomiálnych nákaz sa zisťuje na invazívnych pracoviskách (OAIM, chirurgia, traumatológia, urológia, dialýza a pod.) a na oddeleniach s väčším počtom imunosuprimovaných pacientov (SPNN, 2014).

Prevažujúci druh nozokomiálnych infekcií sa líši aj v závislosti na druhu oddelenia: ranové na chirurgických pracoviskách, močové na urológii a geriatrickej, krvné (sepsy) na OAIM atd. Aj napriek významným investíciám do zdokonalenia metód asepsy a sterility operačných sál v



špičkových zdravotníckych zariadeniach v západnej Európe a severnej Amerike zostala incidencia post-operačných infekcií chirurgických rán zhruba na rovnakej úrovni. Aj to dokazuje, že úplná eliminácia nozokomiálnych nákaz nie je možná, pretože vzhľadom na komplexnosť tejto problematiky všetky nozokomiálne nákazy nie sú preventabilné (Krkoška, 2014, SPNN, 2014).

Obrázok 1 Prevalencia NN vo vybraných krajinách, r. 2009 (Aktivity WHO, 2011).



- v krajinách EÚ vzniknú NN u 5 – 15 % hospitalizovaných pacientov
- výskyt NN na JIS je u 9 – 37 % hospitalizovaných pacientov

Falošné vykazovanie nízkeho počtu nozokomiálnych nákaz je však časovanou bombou, ktorá sa nemusí vyplatiť. Ich sledovanie (surveillance) a hlásenie umožní včas odhaliť začínajúci alebo hroziaci problém, ktorý môže spôsobiť epidémiu, potrebu vynaloženia vysokých finančných nákladov a ohrozenie pacientov (SPNN, 2014).

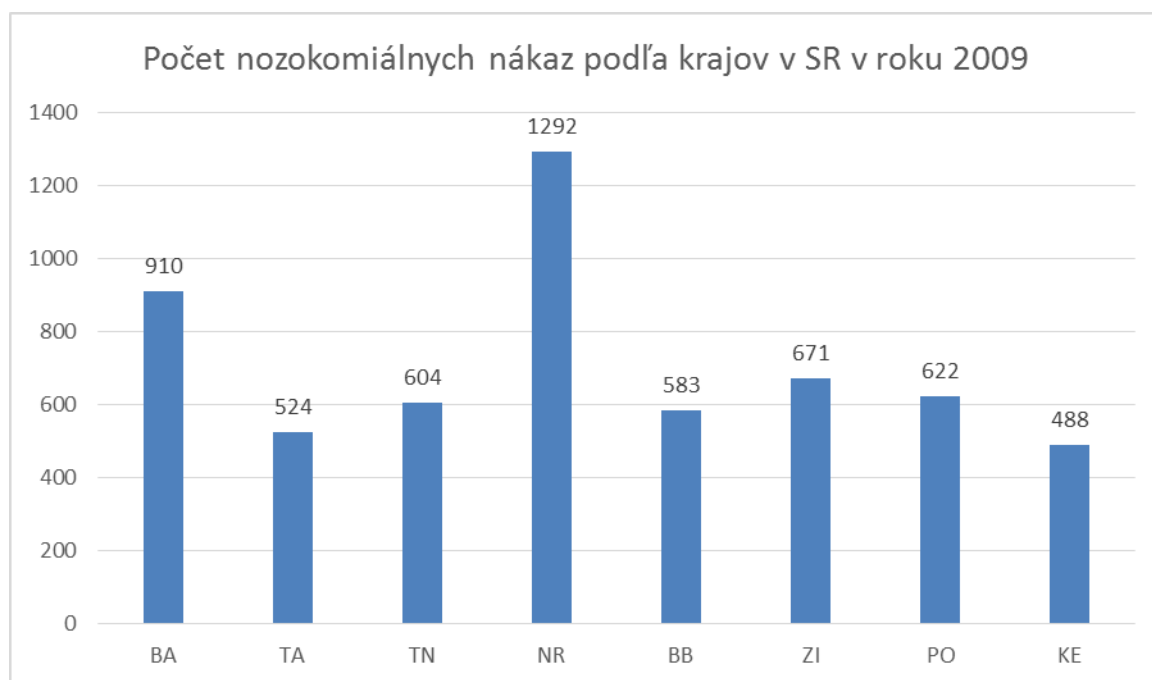
Podľa hovorkyne Všeobecnej zdravotnej poisťovne Mgr. Petry Balážovej „poisťovňa sleduje výskyt nákaz v rámci indikátora kvality Nozokomiálna nákaza - infekcie v zdravotnej starostlivosti“. Tento indikátor je zaradený do indikátorov kvality a poisťovňa Union hodnotí takto poskytovateľov. „Vypočítaná hodnota indikátora naznačila nižšiu úroveň starostlivosti z hľadiska výskytu nozokomiálnej infekcie u našich hospitalizovaných poistencov len ojedinelé,“ uviedla hovorkyňa poisťovne Mgr. Judita Smatanová. Podľa Unionu by bolo

vhodné uplatniť plošne povinnosť poskytovateľom hlásiť počet prípadov, príčinu infekcií a prijaté opatrenia (Zdravotnícke noviny, 2010).

V prípade, že sa infekčné ochorenie objaví u pacienta na oddelení, lekár, ktorý naň prišiel alebo má naň podozrenie, je povinný podľa platnej legislatívy zaoberajúcou sa diagnostikou, hlásením NN a organizáciou opatrení zameraných na zníženie ich výskytu - **Vyhlášky MZ SR 553/2007 Z.z.**, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia, nahlásiť ochorenie na odbore epidemiológie regionálneho úradu verejného zdravotníctva v danom regióne (Vyhláška MZ SR 553/2007 Z.z.).

V roku 2008 bolo z 134 zariadení Slovenskej republiky nahlásených spolu 5510 NN, čo je pokles oproti predchádzajúcemu roku o 4,6%. Pri náraste hospitalizovaných o 0,2 %. Zarážajúce je, že 40 (29,8%) zdravotníckych zariadení nehlásilo v roku NN (Gulášová, 2008).

Graf 1 Počet NN v zdravotníckych zariadeniach podľa krajov v Slovenskej republike v r. 2009 (Téma: Nozokomiálne nákazy, 2010).



Zdroj: Úrad verejného zdravotníctva SR

Tabuľka 2 Výskyt nákaz podľa oddelení (Téma: Nozokomiálne nákazy, 2010).

| <b>Výskyt nákaz podľa oddelení (2009)</b> |                         |                        |                    |
|---|-------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Oddelenie</b>                          | <b>Nahlásené nákazy</b> | <b>Hospitalizovaní</b> | <b>Proporcia %</b> |
| <b>OAIM</b>                               | 1220                    | 20 714                 | 5,89%              |
| <b>Chirurgické</b>                        | 597                     | 144 594                | 0,41%              |
| <b>Interné</b>                            | 472                     | 149 896                | 0,31%              |

### XIII. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

|   |     |        |       |
|---|-----|--------|-------|
| <b>Doliečovacie</b>                           | 404 | 32 496 | 1,24% |
| <b>Psychiatrické</b>                          | 530 | 37 491 | 1,41% |
| <i>Zdroj: Úrad verejného zdravotníctva SR</i> |     |        |       |

Tvrdenie, že NN v danom zariadení neexistujú je často len výsledkom neinformovanosti alebo alibizmu. Ak budú oddelenia, kliniky a zdravotnícke zariadenia pristupovať k nozokomiálnym nákazám racionálne, môže sa im podariť zredukovať výskyt preventabilných (exogénnych) nozokomiálnych nákaz, z ktorých potenciálne vyplýva aj trestno-právna zodpovednosť, na minimum a založiť na tom prestíž svojho pracoviska (Téma: Nozokomiálne nákazy, 2010, SPNN, 2014).

Ak sa nemocnica tvári, že ich nemá alebo má na úrovni pod 1%, je niekde chyba. Na Slovensku sú nozokomiálne nákazy a najmä ich oznamovanie tabu, hoci ich sledovanie a hlásenie umožňuje včas odhaliť hroziaci problém, ktorý môže spôsobiť epidémiu, značné náklady a ohroziť pacienta. Prakticky neexistuje zdravotnícke zariadenie, v ktorom by sa nozokomiálne nákazy nevyskytovali. Špičkové nemocnice na svete hlásia výskyt nemocničných infekcií u 5 až 8% hospitalizovaných pacientov, čo je reálne dosiahnuteľné minimum, niektoré naše nemocnice vykazujú menej ako 0,4%, konštatoval docent Maďar (Téma: Nozokomiálne nákazy, 2010).

Nozokomiálne prostredie je špecifické a výrazne sa odlišuje od prostredia domáceho, komunitného. Odlišný preto musí byť aj prístup zdravotníckych pracovníkov, dôrazom na najzákladnejšiu metódu prevencie - hygienu rúk počínajúc, manipuláciou s biologickým materiálom a zdravotníckym odpadom končiac. Prevencia nozokomiálnych nákaz však môže byť efektívna len vtedy, keď sú na to vytvorené optimálne podmienky zo strany nadriadených a manažmentov nemocníc. **Až 90 % nozokomiálnych nákaz súvisí s nedostatočnou hygienou rúk** (Sventeková, 2012).

Odporúčame dodržiavať hygienu pri umývaní rúk, používanie ochranných rukavíc, plášť, čiapku a tvárovú masku, teda dodržiavať tzv. **bariérovú ošetrovateľskú techniku** je dennodenným rituálom. Dodržiavanie **hygienicko-epidemiologického režimu**, postupy, ktoré pri prevádzke zdravotníckych zariadení majú zabrániť vzniku a šíreniu nozokomiálnych nákaz. Aplikácia **jednorazových pomôcok** (kanyly, odsávače...). *Ruky umyť nestačí, dbáme na správnu hygienu a dezinfekciu rúk personálu ale i návštev pacientov účinným dezinfekčným prostriedkom. Optimálne materiálové a prístrojové vybavenie (dostatok, dostatočná rezerva na výmenu, neuspokojovať sa s minimálnymi personálnymi normatívmi,*

ktoré neprinesú optimálnu starostlivosť, nedodržiavaním zásad správnej ošetrovateľskej techniky, vrátane prevencie nemocničných nákaz. Vhodné je umiestnenie pacientov na izbách **boxovým systémom**: dve izby s lôžkami pre dvoch pacientov v každej izbe; jedna izba s jedným lôžkom; jedno samostatné lôžko. Opodstatnené je neprenášanie pomôcok a prístrojov od jedného pacienta k druhému, pomôcky a prístroje individualizujeme pre každého pacienta. **Zvýšený hygienicko – epidemiologický režim** je ideálne venovaný imunodeficientným pacientom a pacientom s vysokoinfekčnými a multirezistentými nákazami. Pri prijímaní pacientov z iných zariadení (zdravotníckych i sociálnych služieb) venujeme pozornosť **invazívnym vstupom** u pacienta. Vykonávané sú sporadické **odborné kontroly** z regionálneho úradu verejného zdravotníctva. V ročných intervaloch je vhodné realizovať **celoústavné školenia** o zásadách dodržiavania hygienicko-epidemiologického režimu a podľa potreby, v rámci sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, **celoústavné semináre** s problematikou nozokomiálnych nákaz. Pri ideálnom stave sa priebežne epidemiologická situácia **na pracoviskách monitoruje, analyzuje** a pracovníci sú informovaní o aktuálnom stave uvedenej problematiky na pracovisku.

„Významnú úlohu v prevencii nozokomiálnych nákaz majú sestry, ktoré prichádzajú do styku s pacientmi najčastejšie. Ich dobrá vôľa však niekedy nestačí. Dávno známym faktom je, že zvýšenie počtu pacientov k počtu sestier prináša rast incidencie nozokomiálnych nákaz. Ak je na oddelení málo sestier, ak sú zahľtené prílišnou administratívou, nemajú objektívne čas, aby v rámci prevencie nemocničných nákaz urobili to, čo je potrebné“, vyjadril sa doc. MUDr Rastislav Maďar, PhD., prezident slovenskej Spoločnosti prevencie nozokomiálnych nákaz, ktorý pokračuje: „Ak chce vedenie nemocnice ušetriť zbytočné finančné náklady, jednou z hlavných priorít by mala byť pozornosť venovaná prevencii nozokomiálnych nákaz, a to nielen v kontexte platnej legislatívy, ale aj v rámci súčasných nových poznatkov v odbore a tzv. *best practice*“ (Téma: Nozokomiálne nákazy, 2010).

Najnovšia legislatívna norma pre personálne zabezpečenie zdravotníckych zariadení nie je naklonená prevencii nozokomiálnych nákaz. Oproti predchádzajúcej, kde na OAIM (ARO) bolo maximálne 1,5 pacienta na jednu sestru, teraz je to 2 pacienti na jednu sestru. Bližšie na strane č. 80 dokumentu (Výnos, 2008). Novoznikajúce oddelenia dlhodobej intenzívnej medicíny zrejme nedajú zadosť prevencii nozokomiálnych nákaz. Ako je všeobecne známe, u pacientov v intenzívnej a k tomu dlhodobej starostlivosti nie je núdza o multirezistentné kmene nemocničných nákaz. Obsadenie oddelenia sestrami zdravotnými asistentmi je nasledovné: v dennej zmene jedna sestra poskytujúca intenzívnu starostlivosť 8 dlhodobo

chorým pacientom (napr. apalický syndróm) + jeden zdravotnícky asistent poskytujúci starostlivosť 10 takýmto pacientom. V nočnej zmene je to nasledovné: jedna sestra na 16 pacientov a jeden zdravotný asistent na 20 pacientov (MZ chce oddelenia, 2014). Čo dodať vzhľadom k prevencii nozokomiálnych nákaz? Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek dala k návrhu výnosu nesúhlasné pripomienky, podobne sa k problematike vyjadrila aj Slovenská lekárska komora (Pripomienky k návrhu výnosu, 2014).

**Dôsledným upratovaním zdravotníckeho zariadenia sa odstráni až 80 % nečistôt z okolia a pracovných plôch. Dostatočným umývaním rúk a ich dezinfekciou sa zlikviduje 80 % patogénnych mikroorganizmov.** Správne vykonaná sterilizácia zničí všetky mikroorganizmy. Účinné očkovanie voči infekčným ochoreniam zabráni ich vzniku, preto by sa mali zdravotnícky personál a pacienti podrobiť očkovaníu proti vírusovému zápalu pečene typu B, tetanu a proti chrípke (Sventeková, 2012).

Úspešnou intervenciou v boji proti NN je zavádzanie **štandardov hygieny a dezinfekcie rúk**, preto (WHO) vyvinula program pod názvom „*First Global Patient Safety Challenge - Clean Care Is Safer Care*“, úlohou programu je posilniť bezpečnosť pacienta pri manipulácií s krvou, pri aplikácii injekcií a očkovacích látok a pri invazívnych zákrokoch zabezpečením kvalitnej vody a dodržiavaním hygieny rúk zdravotníckych pracovníkov. Súčasťou tohto programu WHO je kampaň pod názvom „*Save Lives: Clean Your Hands*“ („**Umývaj si ruky – zachrániš život**“) (Aktivity WHO, 2011).

Do kampane *Save Lives: Clean Your Hands*, ktorá je zameraná na edukáciu zdravotníckych pracovníkov, ako si správne umývať a dezinfikovať ruky s následným použitím alkoholových dezinfekčných prípravkov - ako najúčinnější spôsob prevencie šírenia nozokomiálnych nákaz a vzniku rezistencie mikroorganizmov na antibiotiká, boli zapojené i naše pracoviská.

Jednoznačne investície do prevencie a profylaxie sú ďaleko menšie ako cena, ktorú platíme za vzniknuté následky aj keď nie všetkému je možné zabrániť. Preventabilné NN predstavujú len cca 1/3 zo všetkých NN (Krkoška, 2014).

Za spomenutie stojí informácia, že Spoločnosť prevencie nozokomiálnych nákaz (SPNN) bude organizátorom 15. Svetového kongresu WFHSS, ktorý sa uskutoční v dňoch 15.-18. 10. 2014 v Prahe. Podrobnejšie informácie sú na kongresovej webovej stránke [www.wfhssprague2014.com](http://www.wfhssprague2014.com). Predsedom organizačného výboru kongresu bude prezident SPNN doc. MUDr. Rastislav Maďar, PhD.

Nozokomiálna nákaza je závažný medicínsky, etický, ekonomický a právny problém. V nemalej miere jej prekonanie určuje ďalší osud pacienta, či podľa závažnosti ochorenia prežije, či sa vráti do pôvodného zamestnania, alebo je natoľko oslabený, že sa musí určitý čas liečiť (Sventeková, 2012).

Pacienti prichádzajú do zdravotníckeho zariadenia s dôverou v zdravotníkov a ich schopnosti, je našou povinnosťou konať tak, aby sme neohrozili ich životy a zdravie.

#### **Bibliografia**

AKTIVITY WHO v problematike hygieny rúk Edukačné prednáška ku dňu kampane k posilneniu bezpečnosti pacientov: „*First Global Patient Safety Challenge - Clean Care Is Safer Care*“. 2011. RÚVZ Trenčín [online]. 2011. (Citované 10.11.2013). Dostupné na: <<http://www.slideserve.com/tejana/aktivity-who-0bv-problematike-hygieny-r-c3-bak>>

GULÁŠOVÁ, I. – BREZA, J. ml. – RIEDL, I. – BAČÍKOVÁ, Z. 2008. Najčastejšie príčiny nozokomiálnych nákaz v zdravotníckych zariadeniach. [online]. 2008. (Citované 10.11.2013). Dostupné na: <[http://www.pulib.sk/elpub2/FZ/Istonova2/pdf\\_doc/gulasova3.pdf](http://www.pulib.sk/elpub2/FZ/Istonova2/pdf_doc/gulasova3.pdf)>

KRKOŠKA, D. 2014. *Aktuálna problematika nozokomiálnych nákaz*. [online]. 2014. (Citované 29. 3. 2014). Dostupné na: <[http://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.health.gov.sk%2FZdroje%3F%2Fdokumenty%2Ftlacove\\_spravy%2FKrkoska\\_Aktualna\\_problematika\\_NN.ppt&ei=nJnfU5W7KKiH4gSr4D4AQ&usq=AFQjCNE9ssBebKar6L3L4uaLwIIC54lwA&sig2=1TLbVPC2KweMzto22Ue89g&bvm=bv.72197243,d.bGE](http://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.health.gov.sk%2FZdroje%3F%2Fdokumenty%2Ftlacove_spravy%2FKrkoska_Aktualna_problematika_NN.ppt&ei=nJnfU5W7KKiH4gSr4D4AQ&usq=AFQjCNE9ssBebKar6L3L4uaLwIIC54lwA&sig2=1TLbVPC2KweMzto22Ue89g&bvm=bv.72197243,d.bGE)>.

MZ CHCE ODDELENIA dlhodobej intenzívnej starostlivosti. 2014. [online]. 2014. (Citované 29. 3. 2014). Dostupné na: <<http://www.pravovzdravotnictve.sk/spravodajstvo/mz-chce-oddelenia-dlhodobej-intenzivnej-starostlivosti.s-898.html>>.

PRIPOMIENKY K NÁVRHU VÝNOSU Ministerstva zdravotníctva. 2014. [online]. 2014. (Citované 29. 3. 2014). Dostupné na: <[http://www.lekom.sk/upload/legislativny\\_vybor/2014/Pripomienky\\_k\\_navrhu\\_vyhlaske\\_MZ\\_SR\\_personalne\\_2\\_1395839392.pdf](http://www.lekom.sk/upload/legislativny_vybor/2014/Pripomienky_k_navrhu_vyhlaske_MZ_SR_personalne_2_1395839392.pdf)>

SPOLOČNOSŤ PREVENČIE NOZOKOMIÁLNYCH NÁKAZ (SPNN). 2014. [online]. 2014 (Citované 19. 3. 2014). Dostupné na: <<http://www.spnn-sk.estranky.cz/>>

SVENTEKOVÁ, S. 2012. V spleti baktérií a vírusov. [online]. 2012 (Citované 10.11.2013). Dostupné na: <<http://dia.hnonline.sk/zdravie-20526/v-spleti-bakterii-a-virusov-616652>>

TÉMA: NOZOKOMIÁLNE NÁKAZY. 2010. [online]. 2010 (Citované 19. 3. 2014). Dostupné na: <[http://www.mia.sk/v\\_seobecne\\_inf/denna\\_tlac/m\\_clanok.php?hop=4&dbr=9161](http://www.mia.sk/v_seobecne_inf/denna_tlac/m_clanok.php?hop=4&dbr=9161)>

VYHLÁŠKA MZ SR č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia. 2007. [online]. 2007. (Citované 19. 3. 2014). Dostupné na: <[http://www.uvzsr.sk/docs/leg/553\\_2007\\_poziadavky\\_prevadzka.pdf](http://www.uvzsr.sk/docs/leg/553_2007_poziadavky_prevadzka.pdf)>

*VÝNOS Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické ... vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení. 2008.*

#### **Kontakt**

PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.

Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, ÚVN SNP, Ružomberok

Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA

[helenagondar@centrum.sk](mailto:helenagondar@centrum.sk)

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava

Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA

PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.

NÚSCH a. s., Detské kardiocentrum, OAIM, Bratislava

Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA

#### **Recenzia**

MUDr. Anna Šaffová, PhD.



## SEPSA A OŠETROVATEĽSKÁ PRAX

### SEPSIS AND NURSING CARE

Andrea Bratová, Olga Kulichová, Milan Laurinc, Helena Gondárová – Vyhničková,

#### Abstrakt

V oblasti zdravotníctva najviac zasahuje sepsa pacientov, sestry, lekárov a predstavujú viacero otázok i problémov, vyžadujú rôzne spôsoby ich riešenia a liečby. Kvalita podávaných a získaných informácií, ošetrovateľskej starostlivosti pri sepe je jednou z kľúčových úloh.

**Kľúčové slová:** sestra, intenzívna ošetrovateľská starostlivosť, sepsa, infekcie, lekár

#### Abstract

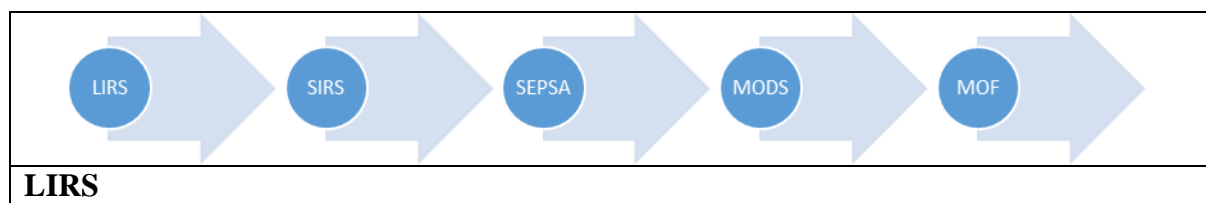
In the area of health care associated sepsis most patients, nurses, doctors and pose a number of questions and problems require different solutions and ways of their treatment. The quality of data and information obtained in a sepsis of the key challenges in health care.

**Key words:** nurs, intensive nursing care, sepsis, infections, doctor

#### Úvod

Sepsa predstavuje syndróm systémovej zápalovej odpovede (SIRS – systemie inflammatory response syndrome) vyvolaný infekčným procesom. Predpokladaný vznik predstavuje ložisko, z ktorého sa baktérie dostávajú do obehu (1). Sepsa je stav, počas ktorého sa do krvného obehu uvoľňujú mikróby z vytvoreného ložiska. Bakteriálna invázia do organizmu vyvolá celkovú alteráciu a lokálne príznaky zapríčinené vzniknutým ložiskom idú do úzadia. Sepsa preto nie je len infekcia, je celková navodená dezintegrácia organizmu zapríčinená infekciou (4).

Tabuľka 1. Dynamika zmien (Fábryová, Hrušovský, 2013).





|  |
|--|
| <p>(Local Inflammatory Response Syndrome)<br/>Syndróm miestnej zápalovej reakcie.</p>  |
| <p><b>SIRS</b><br/>(Systemic Inflammatory Response Syndrome)<br/>Syndróm systémovej zápalovej reakcie.<br/>Definuje sa ako dve alebo i viac spomedzi nasledujúcich štyroch kritérií:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Telesná teplota</b> &gt; 38°C alebo &lt; 36°C</li><li>• <b>Pulzová frekvencia</b> &gt; 90/min</li><li>• <b>Dychová frekvencia</b> &gt; 20/min alebo <math>\text{paCO}_2</math> &lt; 32 mm Hg (4,3 kPa)</li><li>• <b>Počet leukocytov</b> &gt; <math>12 \times 10^9/l</math> alebo &lt; <math>4 \times 10^9/l</math> alebo &gt; 10 % nesegmentovaných neutrofilov.</li></ul>  |
| <p><b>Sepsa</b><br/><b>Sepsa</b> je syndróm systémovej zápalovej reakcie spôsobený infekciou.<br/>Sepsa = SIRS + infekcia. Sepsa môže vyústiť do septického šoku.<br/><b>Ťažká sepsa</b> nastáva, ak sa vyvinie orgánová dysfunkcia, hypotenzia, hypoperfúzia, jedného alebo viacerých orgánov.<br/><b>Septický šok</b> sa potvrdí na základe sepsy a dvoch dôkazov:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Systémová infekcia potvrdená hemokultiváciou.</li><li>• Refraktérna artériová hypotenzia, napriek adekvátnej substitúcii objemu a vývrhovému objemu: systolický TK &lt; 90 mm Hg, alebo MAP (mean arterial pressure, priemerný TK) &lt; 60 mm Hg, alebo pokles systolického o 40 mm Hg.</li></ul> |
| <p><b>MODS</b><br/>(Multi-Organ Dysfunction Syndrome)<br/><b>MOF</b><br/>(Multi-Organ Failure)<br/>Syndróm mnohoorgánovej dysfunkcie.<br/>Vzniká v rámci akútneho ochorenia, ako porucha funkcie orgánov, pri potrebe liečby pre zachovanie homeostázy. Zvyčajne postihuje tri a viac orgánov. Predstavuje ohrozenie života a vyžaduje intenzívnu starostlivosť a liečbu.</p>  |

**Etiológia a epidemiológia**, zaznamenáva najviac prípadov sepsy, kde vyvolávajúcou príčinou je bakteriálna infekcia, menej plesne, zriedka vírusy a parazity. Najfrekvencovanejšími patogénmi komunitnej sepsy sú: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* a *E. coli*. Pre nozokomiálnych sepsách sú príčinou gramnegatívne baktérie, narastá i počet grampozitívnych baktérií, hlavne stafylokoky, enterokoky, *Candida spp.* Najviac ohrozenou skupinou sú pacienti imunodeficienciou a narušenou kožnou integritou alebo kožnou bariérou. Ďalej extrémne vekové skupiny, pacienti s závažným základným ochorením, liečení imunosupresívami, kortikoidmi, alkoholici, stavy po úrazoch a operáciách, pacienti

s cievnyimi a močovými katétami, drénmi, sondami (1). Príčinou vzniku sepsy je bakteriálna infekcia, ktorá sa začala nekontrolovateľne šíriť v organizme. Z hľadiska miesta prieniku do organizmu sú najčastejším zdrojom sepsy pľúca, GIT, močový trakt, rany a mäkké tkanivá, intravaskulárne katétre a ďalšie. Infekcie, ktoré vznikli v súvislosti s CVK sú najčastejšie nozokomiálne nákazy na oddeleniach JIS a ARO. Jugulárne a femorálne katétre sú kolonizované najviac a naopak subklaviálne najmenej (6).

**Klinický obraz** predstavuje charakteristický obraz sepsy, ktorý býva spojený s intermitentnou horúčkou a triaškou, tachykardia, tachypnoe, dýchavica, schvátenosť. V niektorých prípadoch býva sepsa manifestovaná i zmenou správania, dezorientovanosťou, zmätenosťou, poruchami vedomia. Neskôr sa poruchy prekrvenia prejavia bledosťou, studeným potom, alteráciou celkového stavu. Na koži je prítomnosť petechií až sufúzie, splenomegália, abscesové ložisko alebo flegmóna. Auskultačný nález môže svedčiť pre pneumóniu alebo endokarditídu. Pri meningeálnych príznakoch sa realizuje lumbálna punkcia pre vylúčenie postihnutia CNS. Laboratórny nález vykazuje leukocytózu, zvýšené hodnoty CRP, prokalcitonínu, zvýšené hodnoty proteínov akútnej fázy, hypoalbuminémia, hyponatrémia, tromocytopénia.

#### **Diagnóza**

Podозrenie na sepsu môžeme vysloviť na základe anamnézy a klinického stavu, potvrdením diagnózy je dôkaz, že SIRS je spôsobený infekciou. Pri diferenciálnej diagnostike je potrebné zvážiť i iné príčiny SIRS (napr. akútna pankreatitída) (1).

**Liečba** je realizovaná komplexne v intenzívnej starostlivosti za kontinuálneho monitoringu a podpory vitálnych funkcií. Liečba je kauzálna (ATB, chirurgické odstránenie ložiska sepsy), podporná a symptomatická liečba. K nevyhnutným opatreniam pri liečbe sepsy patrí hydratácia, kde je cieľom zabezpečiť dostatočný objem dilatovaného cievneho riečiska. Pri trvaní hypotenzie napriek adekvátnemu prísunu tekutín je potrebná podpora obehu vazopresormi. Pri sepse je zvýšený energetický výdaj a vystupňovaný katabolizmus, preto je potrebná často parenterálna výživa (1). Vo vážnych prípadoch je stav celkovej infekcie charakterizovaný veľmi vysokými požiadavkami na energiu, stresovým metabolizmom, nutnosťou hospitalizácie a nutričnej podpory. V týchto prípadoch je vysoká mortalita pacientov (7).

**Prognóza** závisí od etiológie sepsy, veku a celkového stavu pacienta v období pred ochorením. Mortalita ťažkej sepsy a septického šoku je 30% (1).

Mortalita na sepsu v posledných desaťročiach napriek opatreniam neklesá, pohybuje sa okolo 30%, u pacientov v štádiu ťažkej sepsy sa pohybuje okolo 60% v septickom šoku (3).

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s sepsou je realizovaná formou: základnej ošetrovateľskej starostlivosti, špecializovanej ošetrovateľskej starostlivosti a komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti ktorá sa realizuje formou ošetrovateľského procesu, kde je prioritné uspokojovanie bio-psycho-sociálnych i spirituálnych potrieb u pacienta a jeho rodiny (2).

#### **Bibliografia**

- FÁBRYOVÁ, V., 2013. Hematologické vyšetrenia. In Hrušovský Š. a kol., 2013, Internistická propedeutika, Bratislava : Herba, 2013. s. 302, ISBN 978-80-89171-72-9.
- GROFOVÁ, Z. 2007. Nutriční podpora, praktický rádce pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2007. 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
- KLENER, P. a kol. 2011. Vnitřní lékařství. 4. vyd. Praha: Galén, 2011. 1158 s. ISBN 978-80-7262-857-5.
- MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J. 2004. Patologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0785-3.
- SATURINO, S., ANDRADE, M., 2007. Toll-like receptors, new horizons in sepsis. In Current Molecul Med., 2007, 7, p. 522 – 531.
- STANKOVIČ, I. 2013. Sepsa a septický šok. In Kiňová, S.; Hulín, I. a kol., 2013. Interná medicína Bratislava : ProLitera, s. 265 -273, ISBN 978-80-970253-9-7.
- STRAJTOVÁ, D., BALCÁRKOVÁ, Š. a kol., 2008. Sepse z pohledu sestry. In Sestra. Praha, ISSN 1210-0404, 2008, roč. 18, č. 10/2008, s. 16.

#### **Kontakt**

Mgr. Olga Kulichová, dipl. s.

Klinika kardiologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha (CZ)

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce , Trnavská univerzita, Trnava

Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA

PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.

NÚSCH a. s., Detské kardiocentrum, OAIM, Bratislava

Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA

PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.

Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, ÚVN SNP, Ružomberok

Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA

helenagondar@centrum.sk

**Recenzia**

MUDr. Anna Šaffová, PhD.