



KATOLÍCKA UNIVERZITA V RUŽOMBERKU

—formujúca myseľ i srdce—

TEOLOGICKÁ FAKULTA

SOCIÁLNA PRÁCA V ZDRAVOTNÍCTVE

*Pre poslucháčov Teologickej fakulty Katolíckej univerzity v Ružomberku,
2SP_12KE*

Prednášajúci: doc. ThDr. Radoslav Lojan, PhD.,
e-mail: radoslav.lojan@ku.sk

Košice 2020

CHARAKTERISTIKA ZÁKLADNÝCH POJMOV

Sociálny:

- ✚ spoločenský, týkajúci sa spoločenského života
- ✚ vyplývajúci zo spoločenského života
- ✚ zodpovedajúci potrebám, záujmom, požiadavkám spoločnosti
- ✚ týkajúci sa riešenia nepriaznivých životných situácií
- ✚ hygienický
- ✚ vzťahujúci sa na hmotné zabezpečenie členov spoločnosti, na úpravy, usporiadanie spoločenských vzťahov a pod.

Práca: vykonávanie istej činnosti

Sociálna práca: /podľa asociácie vzdelávateľov v sociálnej práci v SR, 1998/

„Sociálna práca je špecifická odborná činnosť, ktorá smeruje k zlepšeniu vzájomného prispôsobenia sa jednotlivcov, rodín, skupín a sociálneho prostredia v ktorom žijú a k rozvíjaniu sebaúcty a vlastnej zodpovednosti jednotlivcov s využitím zdrojov a schopností osôb a s využitím medziľudských vzťahov a zdrojov poskytovaných spoločnosťou. Je činnosťou v prospech klientov (jednotlivcov, rodín, skupín, komunít), ktorú môžeme charakterizovať pojmami „pomoc“, „podpora“, a „sprevádzanie“.

ZDRAVIE

WHO/1947/ definuje zdravie ako „stav úplnej psychickej, fyzickej a sociálnej pohody a nielen neprítomnosť choroby či slabosti“. Florence Nightingelová: „Zdravie znamená dobre sa cítiť a naplno využívať svoje sily“. Chápanie pojmu zdravia závisí od spoločnosti, stupňa jej rozvoja a jej kultúry. Zdravie je proces rozvíjania, používania, ochraňovania všetkých zdrojov ľudského tela, duše, mysle, rodiny, komunity a prostredia.

Choroba - je „porucha zdravia, je to súhrn reakcií organizmu na vplyv činiteľov, ktoré môžu vyvolať poškodenie organizmu.“ Zdravie a chorobu nemožno chápať ako protiklad ľudského života, choroba znamená akékoľvek zlyhanie vnútri organizmu prípadne medzi organizmom a prostredím. Jedným z najvýznamnejších ukazovateľov zdravotného stavu obyvateľstva je stredná dĺžka života.

SÚČASNÝ STAV V SR

Dojčenecká úmrtnosť - 8,58%

Stredná dĺžka života – muži 69,26 rokov

Stredná dĺžka života – ženy 77,64 rokov

Zdravotná výchova

- *primárna* – otužovanie, očkovanie
- *sekundárna* – po chorobe, ktorá ustúpila bez následkov bránime recidíve
- *terciálna* – po chorobe, ktorá ustúpila, ale zanechala následky zabezpečiť optimálne fungovanie v rámci možností, nové uplatnenie

STRATÉGIA ZDRAVIE PRE VŠETKÝCH V 21 STOR. (*viac info na s. 21-)

Dokument obsahuje zdravotné stratégie na obdobie budúcich 20 rokov

1. solidarita pre zdravie v Európe
2. rovnosť v zdraví
3. zdravý štart do života
4. zdravie mladých ľudí

5. zdravé starnutie
6. zlepšenie duševného zdravia
7. znížený výskyt infekčných chorôb
8. znížený výskyt neinfekčných chorôb
9. znížený výskyt úrazov, násilia a nehôd
10. zdravé a bezpečné rodinné prostredie
11. zdravší život
12. obmedzenie škodlivosti alkoholu, drog a tabaku
13. miesta pre zdravie
14. multiodvetová zodpovednosť za zdravie
15. integrované zdravotné odvetvie
16. manažment kvality starostlivosti
17. financovanie zdravotných služieb
18. rozvoj ľudských zdrojov
19. výskum a poznanie
20. mobilizácia partnerov pre zdravie
21. opatrenia a stratégie zdravia pre všetkých

Politika - Zdravie 21 má nasledujúce hlavné prvky:

Jeden dlhodobý zámer

dosiahnuť úplný potenciál zdravia pre všetkých. Zdravotníctvo je sociálne zamerané.

Dva hlavné smery

podporovať a ochraňovať zdravie ľudí po celý život, znižovať výskyt nových prípadov závažných chorôb a poškodení.

Tri základné hodnoty – etická báza

1. zdravie, ako základné ľudské právo,
2. rovnosť v zdraví a solidarita pri realizácii opatrení na zlepšenie zdravia,
3. účasť a zodpovednosť jednotlivcov, skupín, inštitúcií a komunít za sústavný rozvoj zdravia

Práca sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení zahŕňa

manažment, podporné poradenstvo, ochranu, etiku, plánovanie, edukáciu, podieľa sa na paliatívnej liečbe a ošetrovní chronicky chorého a umierajúceho pacienta.

Skladá sa z týchto etáp: (NOVOTNÁ, V.- SCHIMERLINGOVÁ, V.)

1. Etapa sociálnej evidencie a prvého kontaktu s klientom.
2. Sociálna diagnostika.
3. Etapa vypracovania plánu sociálnej pomoci.
4. Sociálna terapia.
5. Etapa overovania výsledkov.

Ošetrovateľský proces sa skladá z 5 čiastkových, na sebe závislých krokov:

1. Posúdenie
2. Diagnostika
3. Plánovanie
4. Realizácia
5. Vyhodnotenie

Príklady sesterských diagnóz súvisiacich so sociálnou prácou:

- zachovanie zdravia, znížená schopnosť
- bezmocnosť
- beznádej
- osamelosť, riziko
- úzkosť
- rola opatrovateľa, preťaženie
- puto medzi rodičmi a deťmi, narušené
- život rodiny dysfunkčný
- násilie hroziace voči sebe
- znásilnenie, traumatický syndróm – združená reakcia, tichá reakcia

Hippokratová prísaha: hovorí o etických normách pre lekárov

„.....svoj život zasväťím podľa všetkých síl a svedomia úžitku chorých,.....ani prosbami sa nedám donútiť na podanie smrtiaceho lieku, ani sám na to nikdy nedám podnet, ani nijakej žene nedám prostriedok na vyhnutie plodu,.....“

V SÚČASNOSTI – PRÁVNE NORMY - MEDICÍNSKE KORENE SOCIÁLNEJ PRÁCE

✚ Ich poznanie prináša - pochopenie, sebakporozumenie

Johannes Schilling /nem., prof./ rozdelil historický priebeh sociálnej práce do nasledujúcich časových úsekov:

1. Chudobní a starostlivosť o nich v stredoveku /do 12 – 13 stor./
2. Chudobní a starostlivosť o nich na začiatku novoveku /14 – 16.stor./
3. Chudobní a starostlivosť o nich v období absolutizmu a osvietenstva /17 – 18.stor./
4. Chudobní a starostlivosť o nich v dobe industrializácie /18 – 19 stor./
5. Chudobní a starostlivosť o nich v novoveku /20 stor./

Chudobní a starostlivosť o nich v období stredoveku.

chudoba – pomoc

- najčastejšie bola riešená familiárne
- neexistuje žiadna sociálna práca, prípadne sociálna starostlivosť.
- Tomáš Aquinský –zaslúžil sa o teoretické rozpracovanie niektorých sociálnych otázok
- opora v kresťanskej náuke napr.“ Blahoslavení chudobní v duchu, lebo ich je nebeské kráľovstvo“ /Mt 5,3/
- nebola snaha o odstránenie žobrákov – mali svoje nepostrádateľné miesto, boli dôležití pre bohatých hriešnikov – almužna – „satisfakcia“- odpustenie spáchaných hriechov. Pre tých o ktorých sa nedokázala postarať rodina, alebo sa pre svoje telesné alebo duševné postihnutie nedokázali živiť žobraním – vznikali špitály – domy kde sa stravujú /nie starajú sa o nich/ chorí, častejšie ako chudobní.

Levicá charakterizuje toto obdobie/ ako obdobie neorganizovanej formy pomoci.

r. 238 p.n.l. – India – Ášoka zakladá vo Varani útulok pre tulákov, biednych a opustených, ktorí tu prichádzajú zomrieť – jeden z prvých hospicov v histórii

r.330 – 337 n.l.založil Zócius Dom pre mrzákov

r. 358 n.l. prvé záznamy o útulku pre slepcov v Cesarei

3 – 4 stor. sv Pachomius – ošetrovňa pre chorých

r.651 – Paríž – vzniká nemocnica – Hôtel de Dieu

9. stor. – Japonsko princ Hitoyasu ú sám nevidiaci/, umožnil, aby nadaní nevidiaci mohli prejsť masérskym výcvikom, alebo aby získali kvalifikáciu učiteľa hudby

12. Stor. začiatok činnosti maltézskeho rádu

r. 1198 – bola schválená rehoľa tinitárov / vykupovali zajatcov/

1095 založená pravdepodobne prvá nemocnica na Slovensku – nemocnicu čiže špitál založili antoniti - dodnes je známy ako špitál sv. Ladislava.

V priebehu 12. – 14. Stor. vzniklo na Slovensku niekoľko rádov, reholí a bol otvorený pomerne veľký počet kláštorov

r. 1238 – Trnava, r.1250 - Bratislava františkánske kláštory

r. 1288 – Spišské Dravce, antoniti, kláštor s nemocnicou

Začiatok novoveku / 14 – 16 stor./

Žobranie vzrastalo, žobráci začali byť vnímaní v inom svetle pod vplyvom kalvinizmu a humanizmu. Aj oni našli v biblii príklady pre svoj postoj k žobraniam.

Napr. “ Ak niekto nechce pracovať, nech ani nejde,.....“(1.Thess,3,11-12)

K novému pohľadu prispel hospodársky, religiózny a svetský rozvoj. Žobranie bolo zakázané.

1. Hospodárska situácia – kríza – stúpajúce ceny – hladomor – počet chudobných prudko vzrástol

2. Náboženské zmeny – Martin Luther – človek môže byť spasený len cez vieru v Božiu milosť, spasenie si nemôže zaplatiť

- Johann Calvin – práca je blahoslavená samotným Bohom

žobranie je porušovanie lásky k bližnému

3. Humanizácia – humanizmus žiada pracovnú povinnosť pre všetkých schopných pracovať a nútené práce pre vagabundov vyhýbajúcich sa práci.

Norimberský žobrský poriadok/Hamburský poriadok pre chudobných - starostlivosť o chudobných poskytovaná mestami prešla pod mestskú kompetenciu.

Z tohto obdobia je známy teoretický model starostlivosti o chudobných Juan Luis Vives, vo svojej teórii vychádza zo 4 postulátov:

1. Povinnosť chudobných pracovať.
2. Zabezpečovanie práce pre chudobných.
3. Individualizácia starostlivosti o chudobných.
4. Výchova v starostlivosti o chudobných

Okolo r.1362 - Trnava, Útulňa pre práceneschopných starcov, fungovala takmer 600 rokov

r.1454 – vzniklo Bratstvo telesne postihnutých, slepých a iných ľudí

r.1520 Amsterdam, r.1572 Augšpurk – prvé európske sirotince

Absolutizmus a osvietenstvo 17 – 18 stor.

- žobranie zakázané zákonom

- vznik polepšovni a nápravných ústavov, stali sa miestom, kde sa kryštalizovalo veľa neriešených sociálnych-politických problémov / 4 dôvody/:

1. Tradícia stacionárnej starostlivosti /špitály, chudobince, sirotince/.
2. Myšlienka výchovy prácou.
3. Postupné upúšťanie od telesných trestov.
4. Záujem panovníkov o produktívne a maximálne využívanie pracovných síl.

Teoretický model: Thomas Robert Malthus – prichádza k záveru, že každé úsilie pomôcť chudobným - nepomáha ale zvyšuje ich chudobu.

r. 1642 založený piaristický kláštor s kolégiom v Podolínci, 3 základné sľuby dopĺňali štvrtým – sľubom osobitej starostlivosti o chudobnú mládež, zakladateľ španielsky kňaz – Jozef z Clasanzy

- veľký význam židovské spolky – Chevra Kadisha /pohrebný spolok/, Halierový spolok, Drevný spolok

r. 1758 – nemecký Baden – ústav starostlivosti o mladých i starých mrzákov

r.1778 – Lipsko – ústav pre sluchovo postihnutých

1784 – Paríž – ústav pre nevidiacich

Obdobie industrializácie 18 – 19 stor.

priemyselný rozvoj

- zrušenie nevoľníctva
- zavedenie slobodného podnikania

Štát sa oveľa viac staral o záujmy svoje ako o záujmy chudobných.

Otto von Bismarck – sociálne zákony

1883 zavedenie zdravotného poistenia

1884 úrazové poistenie

1889 poistenie pre prípad invalidity a staroby

Koncom 18. a začiatkom 19 stor. sa aj na Slovensku začína rozvíjať špecializovaná starostlivosť o ľudí so zdravotným postihnutím

r.1786 – Praha, r. 1835 – Liptovský Mikuláš, r.1836 – Bratislava – ústav pre hluchonemých

r.1825 – Bratislava – súkromný ústav pre slepých / neskôr sa presťahoval do Budapešti/

Novovek 20 stor.

- vplyv 1. sv vojna

- významnou predstaviteľkou Alice Salamonová – r.1908 založila V Berlíne prvú ženskú školu sociálnej práce

- základom každej pomoci je stanovenie sociálnej diagnózy.

r. 1911 založený Hospic sv. Jozefa v Londýne

r. 1913 – Prešov – remeselný ústav pre slepcov

r. 1922 – Levoča otvorený štátny ústav pre slepcov

Z konca 19. Stor. pochádzajú záznamy o existencii sociálnych pracovníčok – sociálnych sestier v nemocniciach.

R.1895 – sociálne sestry v londýnskych nemocniciach, r.1914 v berlínskych nemocniciach,

r.1917 vo francúzskych nemocniciach.

SOCIÁLNA SLUŽBA V ZDRAVOTNÍCTVE

- vychádza z chápania zdravia ako stavu úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody. Základným cieľom je skúmať a pomáhať riešiť v rodine, škole, na pracovisku a spoločenskom prostredí narušené vzťahy a situácie, ktoré vznikli v živote človeka následkom zdravotne a sociálne neželateľných zmien. V zdravotníctve je sociálna služba neoddeliteľnou súčasťou liečebno-preventívnej starostlivosti a dopĺňa ošetrovateľskú a medicínsku starostlivosť, tak aby sa dosiahol všestranný, pokiaľ možno trvalý liečebný úspech. Sociálna služba má polyvalentný a permanentný charakter.

Spočiatku sa sociálni pracovníci zameriavali na problémy:

- dojčenskej úmrtnosti
- alkoholizmu
- pohlavných chorôb

V Československých dejinách máme záznamy o pôsobení sociálnych sestier až z roku 1938, kedy pracovali v pražských nemocniciach. Už počas vojny zdravotné sestry vykonávali aj úlohy sociálne: udržiavanie kontaktu s rodinou; vyhľadávanie príbuzných či pozostalých....

Roku 1908, Praha založená sekcia sociálneho lekárstva

Od r.1919 nové oblasti sociálnej činnosti – rozvoj sociálneho školstva, v Martine sa zriadila škola pre ženské povolania – Živena

Rozvoj sociálneho lekárstva bol pre sociálnu prácu prínosom, upozorňovali na:

- nutnosť zmeny životných podmienok chudobných chorých
- nevhodnosť bytových podmienok
- šírenie infekčných chorôb v dôsledku zlej informovanosti obyvateľstva
- priamu súvislosť medzi šírením určitých druhov chorôb a extrémnou chudobou ako napr. TBC, pohlavné choroby a pod.

V roku 1951 v zdravotníctve zrušili – odbor *sociálna sestra*, koncepciu sociálnej služby, štatistické číslo odboru sociálna sestra, zrušili sa vysoké školy / v Prahe, Brne /, stredné školy, prestala sa vydávať odborná literatúra so sociálnou problematikou. Už v roku 1952 akademik Šiška obsadil miesto sestry pre sociálnu službu v Liečebnom ústave pre tbc vo Vyšných Hágoch / H.Majchráková/, v krátkom čase boli sociálne sestry vo všetkých liečebných ústavoch. Postupne boli sociálne sestry zaraďované na detské oddelenia, do dojčeneckých ústavov, do nemocníc s poliklinikou. Lekári a sociálne sestry boli prví, ktorí upozornili na problém týraného, zanedbávaného a zneužívaného dieťaťa. tejto problematike sa venujú dodnes. Po roku 1989 sa začali rozvíjať rôzne formy vzdelávania sociálnych pracovníkov.

CIEĽ - POSLANIE SOCIÁLNE SESTRY V ZDR. ZARIADENÍ

- prinavrátenie chorého do rodiny, resp. do pôvodného prostredia
- aktívne vyhľadávanie chorých a na pomoc odkázaným občanov v zdravotníckom zariadení. Sociálne sestry vykonávajú svoju činnosť v zmysle ustanovení Zákonníka práce, pracovnej zmluvy a pracovnej náplne. Sociálna služba v zdravotníctve dopĺňa medicínsku a ošetrovateľskú starostlivosť tak, aby sa dosiahol všestranný, pokiaľ možno trvalý liečený úspech.

Úlohy a činnosti sociálnej sestry:

- spolupôsobiť pri zabezpečení komplexnej liečebno-preventívnej starostlivosti o pacientov v zdravotníckom zariadení
- skúmať sociálnu anamnézu, určiť sociálnu diagnózu, vypracovať plán sociálnej terapie, určiť rozsah, druh a potrebu sociálnych opatrení
- poskytovať odborné rady z oblasti sociálneho a dôchodkového zabezpečenia, nemocenského poistenia
- pomáhať pacientovi prekonať prekážky sociálneho, morálneho, ekonomického charakteru, ktoré bránia úspešnému postupu liečby
- podieľať sa na odstraňovaní nepriaznivých vplyvov choroby, spolupracovať pri opätovnom začlenení chorých do spoločnosti
- spolupracovať s ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi /lekár, sestra, psychológ, fyzioterapeut
- spolupracovať s rodinnými príslušníkmi, sociálnymi pracovníkmi, súdmi, sociálnymi kurátormi
- spolupracovať s MPSVaR v rámci starostlivosti o rodinu a dieťa / ochrana detí, výchovné opatrenia, príspevok na výživu, peňažité príspevky/, starostlivosť o občanov, ktorí potrebujú osobitnú pomoc / rómske etnikum, alkoholici, delikventi/, postpenitencijná starostlivosť
- viesť dokumentáciu o činnosti sociálnej služby
- vykonávať zdravotnú, výchovnú a sociálne osvetovú činnosť
- poskytuje sociálne služby osobám nachádzajúcim sa v zdravotníckych zariadeniach, ktoré sú jej hlásené, ktoré sama vyhľadáva alebo ktoré o pomoc požiadajú sami
- spolupracuje s ošetrovateľským lekárom, ktorý ju upozorňuje na potreby sociálnej starostlivosti
- podľa potreby sa zúčastňuje lekárske vizity, zisťuje potreby a požiadavky chorých
- spolupracuje pri realizácii diagnosticko-liečebného programu
- objektívnym zisťovaním a overovaním anamnestických údajov prispieva k určeniu diagnózy, dopĺňa zdravotnú anamnézu a sociálnu anamnézu, tú získava rozhovorom s pacientom, jeho rodinnými príslušníkmi, zisťovaním údajov u obvodného lekára
- zistené údaje dopĺňa o výsledky ďalšieho zisťovania v rodinách, školách, súdoch, polícii...
- hodnotí nadobudnuté informácie a na ich základe vypracúva návrhy pre potreby sociálnej starostlivosti, sociálnej diagnózy a terapie, spôsob realizácie sociálnych zásahov konzultuje s ošetrovateľským lekárom
- sprostredkúva a navrhuje opatrovateľskú službu
- zastupuje v prípade poverenia a podľa potreby chorého na úradoch, súdoch,...
- sprostredkúva spoločenské a ekonomické záležitosti a pomáha pri vybavovaní sociálnych nárokov a potrieb klienta
- pomáha pri umiestňovaní do zdravotníckych, školských alebo sociálnych zariadení, pomáha pri umiestňovaní detí na základe rozhodnutia súdu do detských domovov, domovov sociálnych služieb,...
- presadzuje a uplatňuje sociálne aspekty v práci všetkých zdravotníckych pracovníkov, prispieva k zlepšeniu vzájomnej spolupráce, informovanosti pracovných výsledkov, informovanosti a pracovných výsledkov
- získava rodinných príslušníkov, spolupracovníkov a najbližšie okolie chorého pre spoluprácu, aktívnu pomoc pri riešení sociálnych problémov chorého a pre spoluprácu pri jeho sociálnej integrácii
- sleduje aktuality a zúčastňuje sa školiacich akcií, za účelom zvyšovania svojich odborných vedomostí
- spolupracuje s inštitúciami 3 sektoru

- spolupracuje pri výskumných úlohách, prieskumoch,...
- spracúva ročné správy o svojej činnosti

Sociálny pracovník pracuje v nemocniciach /všetkých typov/, odborných liečebných ústavoch, detských domovoch, domovoch sociálnych služieb...

SOCIÁLNY PRACOVNÍK NA PEDIATRICKOM ODDELENÍ

- prevencia ochorení, očkovanie
- úrazy a otravy
- toxikománie, alkoholizmus, nikotizmus
- juvenilná delikvencia
- suicídia a suicidálne správanie sa
- deti sociálne ohrozené
- deti s telesným, mentálnym postihom
- adopcie, utajené pôrody, hniezda záchrany
- úteky matiek, rómiek z pôrodnice

Práva dieťaťa

20.11.1959 OSN – Deklarácia práv dieťaťa

„dieťa pre svoju telesnú a duševnú nezrelosť potrebuje osobitné záruky, starostlivosť a zodpovedajúcu právnu ochranu“

Dieťa – každá ľudská bytosť mladšia ako 18 rokov, pokiaľ podľa právneho poriadku, ktorý sa na dieťa vzťahuje, nie je plnoletosť dosiahnutá skôr.

20.11.1989 – Dohovor o právach dieťaťa / bolo vypracovaných a prijatých niekoľko medzinárodných dokumentov na ochranu práv dieťaťa/.

Od r.1991 sa stal záväzným dokumentom medzinárodného práva/ dohovor podpísalo viac ako 150 členských štátov OSN/, SR 20.9.1990 – platnosť nadobudol 6.2.1991 – počas existencie spoločného štátu

K základným právam dieťaťa patrí:

- právo na život, na jeho zachovanie a osobný rozvoj
- právo na meno, štátnu príslušnosť
- právo poznať svojich rodičov
- právo na starostlivosť, na život vo vlastnej rodine
- právo na slobodu prejavu
- právo na slobodu myslenia
- právo na prístup k informáciám
- dieťa má právo na ochranu pred svojvoľným zasahovaním do jeho súkromného života rodiny, domova, korešpondencie
- právo na ochranu pred nezákonnými útokmi na jeho časť a povesť
- dieťa bez svojho rodinného prostredia má právo na osobitnú ochranu a pomoc zo strany štátu, má právo na náhradnú rodinnú starostlivosť a to bez ohľadu na dôvody straty rodinného prostredia
- meno, štátnu príslušnosť
- čl. 11 zaväzuje štáty ktoré pristúpili k ratifikácii Dohovoru urobiť všetky „opatrenia na potieranie nezákonného premiestňovania detí do zahraničia a ich nenavracanie späť“

V súvislosti s ratifikáciou Dohovoru o právach dieťaťa boli prijaté aj zásady podľa ktorých sa sociálni pracovníci pracujúci na úseku ochrany a propagácie práv dieťaťa majú riadiť.

Deti so zdravotným postihnutím

Čl.23 Dohovoru o právach dieťaťa znie: „Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru uznávajú, že duševne, alebo telesne postihnuté dieťa má požívať plný a riadny život v podmienkach zabezpečujúcich dôstojnosť, podporujúcich sebadôveru a umožňujúcich aktívnu účasť dieťaťa v spoločnosti.“

- právo postihnutého dieťaťa na osobitnú starostlivosť
- uznávajú osobitné potreby postihnutého dieťaťa – **dosiahnutie čo najväčšieho zapojenia dieťaťa do spoločnosti a čo najväčšieho stupňa rozvoja jeho osobnosti**, včítane jeho kultúrneho a duchovného rozvoja.
- r. 1983 – 1992 Desiatročné zdravotne postihnutých, vypracované štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre zdravotne postihnuté deti, mládež a dospelých

Štandardné pravidlá sú obsahovo široké

- liečebná starostlivosť, rehabilitácia,
- prístupnosť fyzického prostredia, informácií a komunikácií,
- rodinný život a integrita osobnosti,
- kultúra, oddychová činnosť a šport,
- náboženstvo,
- vzdelávanie,
- zamestnanie

Práva dieťaťa z pohľadu dneška

- požiadavka zdravého životného prostredia,
- zachovanie trvalého mieru,
- právo národov na sebaurčenie,
- ochrana národnostných menšín,
- odzbrojenie
- práva detských pacientov – oddelene od dospelých, deti v predškolskom veku právo mať pri sebe rodičov – nemocnice priateľské deťom „Baby Friendly Hospital“

PREVENCIA OCHORENÍ U DETÍ

Prevenca – je komplex opatrení na udržanie a zlepšenie zdravia jednotlivca i populácie.

Preventívne opatrenia:

špecifické - očkovania /tbc.../

nešpecifické – ovplyvnenie životnej úrovne, životného prostredia, otužovanie
skrining ochorení – jednoduchá, účinná, finančne nenáročná, vysoko senzitívna metóda na odhalenie včasných, bezpríznakových foriem chorôb s cieľom zabrániť aktivácií choroby, ktorú vieme liečiť!

CAN SYNDRÓM - syndróm týraného, zanedbávaného a zneužívaného dieťaťa

r.1874, New York, Mary Ellen – pomohla „Spoločnosť pre prevenciu krutosti na zvieratách“, neexistoval org., ktorá by hájila práva detí, 1875 USA, 1883 Liverpool, 1884 Londýn

až v 19. stor. skupina chirurgov – niektoré deti sú dlhodobo vystavené fyzickému násiliu

- 1962 – popísal americký pediater – C.H.KEMP

Týranie dieťaťa /def.holanského pediatra Korsa/ „...každé nenáhodné, úmyselné alebo neúmyselné, vedomé či nevedomé, násilné psychické či fyzické poškodzovanie dieťaťa, ktoré sa odohráva v rodine alebo v inštitúciách a je páchané inými osobami a vedie k zastaveniu vývoja či dokonca ku smrti dieťaťa, v každom prípade však obmedzuje alebo ohrozuje blaho dieťaťa a jeho práva.“

Českí autori Dunovský, Dytrych a Matějček – ide predovšetkým o úmyselné ubližovanie dieťaťu spôsobené najčastejšie jeho najbližšími vychovávateľmi, predovšetkým rodičmi.

FORMY SYNDRÓMU CAN:

1. *Telesné týranie*
2. *Zanedbávanie*
3. *Psychické a emocionálne týranie*
4. *Zneužívanie /sexuálne zneužívanie/*
5. *Systémové týranie /Muenchausenov syndróm by proxy*

RIZIKOVÍ DOSPELÍ - RIZKOVÉ DETI

Faktory, ktoré spôsobujú, že rodina sa prikloní skôr k násilným prejavom:

- čas – dĺžka spoločne stráveného času sa zvyšuje riziko konfliktov a násilia v rodine,
- pestrosť činnosti a záujmov,
- intenzita prežívania,
- stresové situácie,
- právo ovplyvňovať,
- rozdiely vo veku a pohlaví,
- prisudzované role,
- súkromie,
- nedobrovoľné členstvo,
- stres,
- dôkladná znalosť minulosti – zneužívanie určitých informácií.
-

Kto je zo zákona povinný konať? Každý – oznámiť ÚPSVaR, oddelenie sociálnoprávnej ochrany a prevencie ...pediater je častokrát prvý....

ZANEDBÁVANIE

pasivita, nezáujem rodičov, alebo aj úmyselne konanie rodiča, také, dôsledkom ktorého dieťa

- krátkodobo alebo dlhodobo mohlo trpieť hladom,
- nedodržiavanie základných pravidiel hygieny,
- dieťaťu nie je včas poskytovaná medicínska starostlivosť, povinné očkovania, matka neabsolvuje s dieťaťom povinné kontrolné vyšetrenia,
- dieťa trpí chronickou únavou,
- je zanedbávané po stránke obliekania,
- podvýživa,
- znížená sebaúcta
- psychomotoricky, sociálne retardované

TELESNÉ TÝRANIE

je výsledkom aktívneho nepriateľského vzťahu rodiča / alebo inej dospeljej zodpovednej osoby/ k dieťaťu.

- poranenia alebo popáleniny nevysvetliteľného pôvodu, najmä opakujúce sa zranenia,
- modriny po bití – pásové otlaky prstov na rukách, tvári, hrdle,...

- zlomeniny – sprevádzané nepravdepodobnými zdôvodneniami,
- plešiny – holé miesta na hlave,
- stopy po popáleninách na tele - napr.ohorky cigariet,
- strach dieťaťa byť v blízkosti dospelého, zvýšená nervozita pri príchode rodiča – trýzniteľa,
- neochota sa prezliekať pred spolužiakmi na TV,
- dieťa v horúcom počasí nosí celé telo zahalené /ak to nevyplýva z etických, náboženských alebo iných názorov rodiny/,
- úteky z domova,
- zvýšená agresivita,
- zhoršený prospech a pod.

PSYCHICKÉ TÝRANIE

patrí tu veľká škála rôznych foriem – nadávky, osočovanie, šikanovanie, vydieranie, ponižovanie, vyhrážanie, opustenie dieťaťa. dieťa trpí nespokojnosťou rodiča, je to akt ktorý sa odohráva v duši dieťaťa, to trpí nespokojnosťou rodiča jeho nezaujmom, neustálym krikom, trpí pocitom menejcennosti, nehodnotí rodičovskej lásky, býva presvedčené, že je hlúpejšie, nešikovnejšie, škaredšie....

SEXUÁLNE ZNEUŽÍVANIE

využívanie osoby mladšej ako 15 rokov k získaniu sexuálnych pôžitkov, uspokojenia alebo iného prospech osobou plnoletou, poväčšine táto osoba je výrazne staršia. Ak je však dieťa, ktoré bolo zneužitá závislé na osobe, ktorá dieťa zneužila / rodič, učiteľ, vychovávateľ.../ predlžuje sa veková hranica ochrany dieťaťa až do 18 rokov.

1992 Európske zdravotná komisia – „Nevhodné vystavenie dieťaťa sexuálnemu kontaktu, aktivite alebo chovaniu“

- kontaktné – fyzický sexuálny kontakt
- nekontaktné – premietanie pornofilmov, obscéne telefonáty

Najznámejšie formy sexuálneho zneužívania u nás sú:

- znásilnenie
- incest
- sexuálne deviácie – pedofilné správanie, exhibicionizmus, voyeryzmus, účasť dieťaťa na komerčnej erotike, prostitúcii,...

ÚRAZY A OTRAVY V DETSKOM VEKU

najčastejšia príčina smrti v detskom veku

Do 1.roku:

- zadusenie,
- zahrdúsenie – na dlhej šnúrke zaviazaná hračka,
- oparenie,
- mechanické poranenie – pád z postele, prebaľovacieho stola
- otrava – zle dávkovaná liek
- utopenie

Vek 2. až 6. rok:

- mechanické poranenie - autnehoda otrava – pojedanie liekov, chemikálií, kozmetické látky, chemikálie v poľnohospodárstve
- utopenie – vanička, bazén, jazero
- mechanické poranenia – dopravné úrazy, jazda na bicykli,
- utopenie – hra vo vode, na ľade
- otrava – alkohol, huby

TOXIKOMÁNIA

Droga- akákoľvek látka, ktorá po vstupe do organizmu je schopná pozmeniť jednu, alebo viac funkcií a pôsobí priamo, alebo nepriamo na CNS. Závislosť od psychotropných látok – chronické psychické poruchy s tendenciou k relapsu, ktoré narušujú všetky aspekty života chorého, jej charakteristickým znakom je nutkavá a neodbytná potreba psychotropnej látky, pokračovanie v jej užívaní a získanie akýmkoľvek prostriedkami / droga už stihla narušiť chemickú rovnováhu v organizme/

Vývoj drogovej scény u nás:

- 1992-2002 najrozšírenejší heroín
- 1999 – vstupujú na scénu rastlinné drogy
- od r.2001 prevládajú rastlinné drogy

Dôvod užívania drog

50% nevie

19,5% východisko z problémov

14,5% zábava

VEK od15 – 21 rokov, najmladší narkoman 4 ročný chlapec!

Klasifikácia závislosti- 6 kritérií

- želanie alebo nútenie ku konzumu
 - obmedzená schopnosť kontrolovať konzum
 - abstinčný syndróm
 - dôkaz tolerancie
 - dominancia konzumu nad inými záujmami
 - trvajúci konzum napriek negatívnym následkom.
- ✚ Ak sú pozitívne 3 z týchto kritérií – predpokladáme závislosť !!!

Kedy môže lekár odobrať biologický materiál?

1. život ohrozujúce stavy
2. na žiadosť polície
3. so súhlasom osoby, alebo zákonného zástupcu

SOMATICKÉ PREJAVY ZÁVISLOSTI

- nechutenstvo
- úbytok hmotnosti
- poruchy spánku
- motorický nekľud

PSYCHICKÉ ZMENY

- poruchy správania
- zmena osobnosti
- zhoršený pracovný výkon
- zmena obliekania
- zmena druhu počúvanej hudby

ROZDELENIE DROG

1. Povzbudzujúce: stimuláciá, euforiká – kokaín /biely prášok, vdychovanie, i.v., vylučuje sa do mat.mlieka, prechádza cez placentu, smrkanie, nádcha zakríknutí sú zrazu „hviezdami“,

zhovorčivosť, nervozita, rozšírené zreničky, rýchla závislosť/, amfetamíny napr. Pervitín /môže vyvolať silné opojenie, pocit pohody a vzrušenia, ktorý sa prirovnáva k orgazmu, zvýš.sebadôvera, môže vyvolať vzťahovnosť a násilné správanie

2. Tlmiace: sedatíva, barbituráty, hypnotiká, alkohol, prchavé látky

- Heroín - známky predávkovania – mióza, poruchy vedomia, depresie dýchania, edém pľúc s poruchami srdcového rytmu

- Toulén –priamy toxický účinok na CNS – pach rozpúšťadiel, kýchanie a kašľanie, nádcha, krvácanie z nosa, nevoľnosť, podráždené oči, nezrozumiteľná reč

3. Halucinogény:

- „každodenný svet sa zdá zvláštny“

- marihuana, hašiš – podoby tej istej rastliny – fajčenie – sladká vôňa vanúca z dychu, vlasov a odevu, eufória, krvov podliate oči, kašeľ, zvýšená chuť do jedla

- LSD – prírodná aj syntetická forma- prekrúcanie skutočnosti, midriáza, sucho v ústach, potenie, vzťahovnosť, úzkosť, panika

- Fenycyklidin – rozmazané videnie, zúžené zreničky, nezrozumiteľná reč, potenie, kŕče, nevoľnosť

ALKOHOLIZMUS

najrozšírenejšia závislosť, mení stav CNS s poklesom inteligencie, duševnej menejcennosti, porušuje vedomie, vedie ku kardiomyopatiám, tukovateniu pečene, poruche sliznice žalúdka, väzivovateniu pankreasu.

- závislosť, u mladého človeka behom mesiacov, u dospelého behom rokov!

- alkoholikom sa stáva človek, ak stratí kontrolu nad pitím a nevie si odoprieť ďalší pohár

- jednoduchá opilstosť – eufória, zvýšená aktivita, ktorá prebieha až do útlmu

- patická opilstosť – už po malom množstve vzniká mráкотavý stav- agresivita –impulzné správanie – hoci sa nemusí badať opilstosť

Delírium tremens – akútna psychóza u chronického alkoholika - potenie, triaška, mikrozoópia /malé zvieratká/.

Chronický alkoholizmus býva bázou pre haucinózne, paranoidné psychózy, demenciu, epilepsiu.

Alkoholový syndróm – dôsledok pitia tehotnej matky na plod, ktorý zaostáva v raste, môže mať zmeny somatické, ale aj psychické

Liečba – včas – ešte pred vznikom porúch správania.

Závislý alkoholik vyžaduje dlhodobé psychiatrické liečenie – odvykaciu kúru – izolácia – psychoterapia so zvyšovaním sebaúcty – uvedomenie si potrebu zásahu z vonku – podpora zo strany rodiny, blízkych – vlastné uvedomenie a chcenie zmeniť svoj život.

NIKOTIZMUS

- vdychovanie dymu z horiaceho tabaku obsahujúceho nikotín

- začiatky v 9 roku, najväčší nárast po 15 roku.

- 20 cigariet za deň skracuje život o 5 rokov

- prvé fajčenie príznaky otravy- nuzea, závrate, bolesti hlavy

- fajčenie vyvoláva zvýšenie TK,P, znižuje TT na periférii tela, mení sa vedenie srdcového vzruchu, zvyšuje sa hladina karboxyhemoglobínu, objavuje sa tremor malých svalov rúk, znižuje sa sila svalov, ale aj výmena plynov prezvýšenú sekréciu slizníc v dýchacích cestách

- následky fajčenia – ateroskleróza, kardiovaskulárne ochorenia, chronická bronchitída, žalúdočne vredy, poruch zraku, mení sa aj dráždivosť CNS
- U tehotnej ženy fajčenie vedie k zníženiu hmotnosti plodu, k zvýšenej perinatálnej mortalite /zníženie prívodu O2/
- následky skôr u sedavých typov ako pohyblivých
 - odvykanie – abstinénčné príznaky – nepokoj, napätie, podráždenosť – vyžaduje sebadisciplínu

JUVENILNÁ DELIKVENCIA

- juvenilní delikventi sa dopúšťajú trestných činov pre falošné ideály, nerešpektujú spoločenské normy, sú neprispôsobiví, protispoločenski naladení
- chuligánstvo, výtržníctvo, porušovanie disciplíny, krádeže podvody, poškodzovanie majetku prostitúcia
- príčiny biopsychické, sociálne / vyvolávajúce momenty v rodine / dieťa týrané, zanedbávané, dieťa z bohatej rodiny, kde na neho rodičia nemajú čas/, škole, medzi rovesníkmi/

Delikvenciu delíme na

1. Sociálnu – vyskytuje sa v kolektívoch, deti skôr zo zlých sociálnych pomerov – gang
Liečba - podporné skupiny, napr. saleziáni
2. Charakterovú – individuálna úchylka, deti odmietané, bez lásky – alkoholici, kriminálnici, asociáli, zahál'ači
Liečba – dlhodobá, ústavná komplexná starostlivosť s individuálnym prístupom
3. Neurotickú – jednotlivec upozorňuje na seba aby sa zviditeľnil - krádeže
Liečba – psychoterpia /ambulantne/

SUICÍDIA A SUICÍDNE SPRÁVANIE

- suicídium je príznak choroby a dôsledok dlhej reťaze záťaže a adaptácie, východisko z konfliktu
- počet suicídií narastá, na 4 mieste za úrazmi a malignými nádormi

Pokusy o samovraždu sú častejšie u dievčat, úspešnosť je vyššia u mužskej populácie v dospelom veku /4 stupne/:

1. Odpor
2. Ústup a únik
3. Útek
4. Suicídium

Formy: obesenie, zastrelenie, otravy a utopenie, skok z výšky. Pri pokus prevláda otrava, predovšetkým liekmi. Suicídny pacient – chorý človek, vyžaduje dlhodobé liečenie

DETI SOCIÁLNE OHROZENÉ A POSTIHNUTÉ

1. Deti s poruchami správania
2. Neprosievajúce deti zo skupiny nezrelých, s poruchami v bio – psycho - sociálnom vývine
3. Deti z dysfunkčných rodín
4. Delikventné deti
5. Psychopatické deti
6. Deti s chronickými chorobami
7. Deti v adoptívnej rodine

8. Deti v pestúnskej starostlivosti
9. Chybné a chronicky choré deti
10. Aj akútne choré deti vyžadujú starostlivosť zo strany lekára

DETI S TELESNÝM A MENTÁLNYM POSTIHOM

TELESNÝ POSTIH

- pohybový systém ...dosiahnutie čo najväčšieho zapojenia dieťaťa do spoločnosti a čo najväčšieho stupňa rozvoja jeho osobnosti, včítane jeho kultúrneho a duchovného rozvoja
- zmyslové orgány

MENTÁLNY POSTIH

Mentálna retardácia je oblasť s vysokými nárokmi na sociálnu prácu. Človeka s mentálnou retardáciou charakterizuje signifikantne podpriemerná celková inteligenčná schopnosť, súčasne s poruchami adaptívneho správania, ktoré sa manifestuje počas obdobia vývinu.

IQ 70 – 79 hraničná intelektová schopnosť

IQ 50 – 69 MP ľahkého stupňa, MR debilita

IQ 35 – 49 MP stredného stupňa, MR, imbecilita

IQ 20 – 34 MP ťažkého stupňa, idiocita

Prenatálna diagnostika, včasná diagnostika, sledovanie psychomotorického vývinu, informácie rodičom, rehabilitácia, svojpomocné skupiny, koordinačná úloha sociálneho pracovníka...

- Pri mentálnej retardácii častá kombinácia chýb – poruchy zmyslových orgánov, pohybového aparátu, poruchy endokrinného, imunitného systému, orgánové defekty a poruchy – srdce, zažívací systém, urogenitálny trakt, koža, respiračný trakt, častejšie malignity ...predstavme si, že chybný mozog je ako chybný dirigent orchestra s mnohými hudobnými nástrojmi“ (Matulay)

ADOPCIE, UTAJENÉ PORODY, HNIEZDA ZÁCHRANY

Na Slovensku existuje zákonná možnosť porodiť dieťa v nemocnici s tým, že nebude prezradená identita matky. Žena s nechceným tehotenstvom môže prísť do ktorejkoľvek nemocnice na Slovensku s požiadavkou, že chce rodiť v režime utajeného pôrodu. Po vypísaní žiadosti je jej dokumentácia vedená podľa osobitného režimu. (Z. 576/2004 Z.z. v § 11 ods.10, § 19 ods4,5, §23). Výhoda - v prípade nutnosti možnosť identifikovať matku.

ANONYMNÉ PORODY - právo dieťaťa na identitu?

HNIEZDA ZÁCHRANY

- občianske združenie Šanca pre nechcených
- od decembra 2004 – Bratislava, Žilina, Prešov
- od r.2005 aj iné lokality
- šanca predovšetkým pre dieťaťko porodené tajne a takmer vždy v podmienkach, ktoré ohrozujú život matky aj dieťaťa.

ÚTEKY MATIEK, RÓMIEK Z PORODNICE

- **Zákon č. 471/2005 Z.z.** ktorým sa mení a dopĺňa zákon **č.235/1998 Z.z.** o príspevku pri narodení dieťaťa....

- príspevok nevzniká oprávnenej osobe, ak po pôrode, bez súhlasu ošetrojúceho lekára opustila dieťa v zdravotníckom zariadení. Prečo???? – strach o muža, potreba starostlivosti o staršie deti, strach z prostredia, nevedia udať,..... efekt ????????

SOCIÁLNE ASPEKTY HOSPITALIZÁCIE

- umiestnenie a pobyt chorého v zdravotníckom zariadení
- účel – podrobnejšie vyšetrenie pacienta, diagnostika, liečba. Pri infekčných chorobách má zabrániť ich šíreniu.
- špecifické postavenie má detský pacient – dieťa by malo byť na hospitalizáciu pripravené!!!

Fázy hospitalizácie:

1. Aktívny negativizmus
2. Rezignácia
3. Prispôsobenie sa

Dospelý pacient – zmena prostredia, nemožnosť vykonávať svoju prácu, znížený príjem, informačná bariéra, strach z budúcnosti,....

SOCIÁLNY PRACOVNÍK NA ODDELENÍ GERIATRIE

Geriatría – „medicína starých ľudí“ – prevencia diagnostika, liečba, rehabilitácia chorôb

- pomáha nájsť východisko, aby sa po návrate domov, mal kto o nich postarať – komunikácia s príbuznými, inštitúciami, praktickým lekárom,....
- želaním starého človeka je prežiť zvyšok života v kruhu svojej rodiny, jeho adaptačné možnosti sú nižšie,....
- Starí ľudia – prít'az' ????, - rómovia – v tomto môžu byť našim príkladom / paradox – zanedbávanie detí, láska, úcta k starým- vplyv kultúry? /

SOCIÁLNA PRÁCA S DLHODOBO CHORÝMI A ZOMIERAJÚCIMI

Terminálne chorý človek je chorý, alebo zranený u ktorého lekár na základe klinických príznakov dôjde k presvedčeniu, že choroba nie je zvratná alebo poškodenie úrazom prebieha nepriaznivo a smrť nastane v krátkom čase (Gsell,1974)

Rozlišujeme 8 skupín pacientov:

1. pacienti, ktorí v posledných fázach života sú nesení živou a silnou vierou
2. apatickí, ľahostajní pacienti
3. pripravení na odchod bez strach, v plnom vedomí budúcnosti
4. ľudia, ktorí za žiadnu cenu nechcú zomrieť
5. ľudia dobrej nálady (euforickí) a plánni do budúcnosti
6. ľudia na smrť pripravení, mlčanliví
7. ľudia zoslabnutí, vyčerpaní, s bolestivým syndrómom, bezmocní a zúfalí
8. ľudia, ktorí nechcú myslieť na blížiaci sa koniec života tzv. nenahraditeľní

Terminálne chorý človek trpí:

- fyzickou a duševnou bolesťou
- psychickou frustráciou
- bezradnosťou pri zlyhaní VF
- strach z dlhodobého stavu živorenia a utrpenia, často krajnej degradácie človeka

Umieranie – je prechodnou fázou medzi životom a smrťou až do vymiznutia vedomia. Je časom duchovného zmierenia v vnútorného spojenia so svetom. Je aj časom choroby a strach

z budúcnosti. Túžbou človeka je zomieranie krátke v relatívnom fyzickom komforte, bez bolesti a pri jasnom vedomí.

Obdobie zomierania je charakteristické:

- izoláciou, dezorientáciou, stratou, sklamaním, bolesťou, dôverou, vierou, realistickou nádejou, strachom o blízkych, hľadaním duchovnej dimenzie, strachom zo sebakontroly, úzkosťou, bolesťou, nespavosťou, nechutenstvom, smädom, strachom z poníženia, strachom z dusenia

Zomierajúci človek očakáva:

- že ho nikto neopustí a bude s ním pri jeho odchode do večnosti
- že nebude nikomu na obtiaž
- túži po verbálnom kontakte, mimike, dotyku
- vyžaduje úprimnosť, poctivosť, poďakovanie
- duchovnú očistu a odpustenie
- bezbolestný ľahký skon.

ČO ZNAMENÁ UMENIE SPREVÁDZAŤ ZOMIERAJÚCICH?

- Treba vedieť ako, nevedomosťou môžeme chorému veľmi ľahko ublížiť.
- Milosrdná lož – pomoc? Chyba?
- Nepremyslene vyrieknutá pravda – extrém
- Neexistuje recept – prístup musí byť individuálny, tvorivý, bez prehánania, nijaká rutina ani remeslo
- S pacientom o tom hovoríme, až vtedy, keď sám nastolí tému smrti a zomierania. Ak hovorí o bolesti – hovorte o jeho bolesti, ak vyjadrí strach zo smrti – sadnite si k nemu, vypočujte ho a spýtajte sa čoho sa obáva,....

Fázy zmierenia /chorého + príbuzných/ Kubler-Rossová:

1. Negácia- šok, popieranie “Nie ja nie, to neplatí pre mňa“ – čo s tým? - nadviazať kontakt, získať dôveru
2. Agresivita – hnev, vzburá „Čia je to vina? Prečo práve ja?“ – čo s tým?– nepohoršovať sa
3. Dohadovanie- vyjednávanie, hľadanie zázračných liekov, liečiteľov, diét, povier,...čo s tým? - maximálna trpezlivosť, pozor na podvodníkov
4. Depresia – smútok – smútok z utrpenej straty, strach o zabezpečenie rodiny – čo s tým? – trpezlivo načúvať, pomôcť usporiadať vzťahy, pomôcť pri hľadaní riešenia
5. Zmierenie – súhlas – vyrovnanie je pokora, skončil boj, je čas lúčenia „Je dokonané. Do Tvojich rúk“ – čo s tým? – mlčanlivosť, ľudská prítomnosť, držať za ruku, utrieť slzu

Fázy sa nemusia vyskytovať v takomto slede, niektoré z nich sa opakovane vracajú, prelínajú, nie sú rovnako dlhé, niektorá chýba, každý človek je iný. Dôležité! Rodina možno potrebuje pomoc viac než pacient.

ČO JE HOSPIC?

- základnou myšlienkou je úcta k životu a úcta k človeku ako jedinečnej a neopakovateľnej bytosti

Hospic chorému garantuje, že:

- nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou
- v každej situácii sa bude rešpektovať jeho ľudská dôstojnosť
- v posledných chvíľach života nezostane sám

Hospic nemôže dať viac času životu, môže dať viac života zostávajúcemu času. Vstup poisťovní do hospicovej starostlivosti????? Dá sa smrť naplánovať na 6 týždňov??? Paliatívna, hospicová starostlivosť nechápe smrť a umieranie ako porážku dnešnej medicíny. Nebojuje so smrťou, neusiluje sa za každú cenu dať „dni života“, ale „život dňom“. Život neskracuje, ale ani nepredlžuje

V Čechách a na Slovensku sú zakladateľmi hospicov cirkvi alebo náboženské rady.

Hospicovú starostlivosť môžeme rozdeliť do 3 foriem:

- domáca hospicová starostlivosť
- stacionárne denné pobyty
- lôžková hospicová starostlivosť
-

Nezomierajú len starí, dospelí, smrť sa týka aj detí, aj napriek tomu, že je to neprirodzené, že to prežívame veľmi ťažko,... Medzi najčastejšie život limitujúce choroby u detí patria: nádorové, nervovegetatívne choroby, závažné poranenia mozgu, matabolické choroby, genetické syndrómy, VVCH jednotlivých orgánových systémov

AKO POZNÁM TERMINÁLNE ŠTÁDIUM?

1. Má jedinečný priebeh
 2. Psychické zmeny – vnímanie, zmysly
 3. Fyzické zmeny – toxický výraz tváre
 - koža: teplo, zmysly sa zosilňujú – sluch, čuch a hmat sú výrazne aktivované.
 - chrčanie, neklud a chrčanie = diskomfort, keď je kludné a chrčí= nie je problém pacientov skôr pre príbuzných a zdravotníkov
 - pulz, tesne pred smrťou sa zrýchľuje
- Jedlo a tekutiny – zhoršenie, nemajú chuť. Nechať to na nich, nedávať infúziu!

KONTROLU MÁ MAŤ PACIENT/KLIENT! – tekutiny, jedlo, močenie, lieky

DOPREVÁDZANIE

- byť k dispozícii
- vedieť počúvať!!!
- vedieť mlčať!!!
- nie prehnaný súcit
- vedieť čo zomierajúci prežívajú
- dotyky
- príprava rodiny na obdobie pred a po úmrtí !!!!

ÚLOHY SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA

- zoznámiť sa s potrebami pacienta a jeho rodiny
- posúdiť silu a schopnosť rodiny situáciu zvládnuť príp. navrhnúť spôsob pomoci

- vytvoriť optimálne podmienky
- chápať etnické a náboženské vplyvy
- pomáha rodine prekonať komunikačné obtiaže, urovnáva konflikty...
- pomáha všetkým zúčastneným prispôbiť sa vzniknutej situácii
- Radí a asistuje pri jednaní s inými organizáciami, napr. pomoc pri vybavení dávky
- je spojkou medzi rodinou, učiteľom, zamestnávateľom a pod.
- starostlivosť o pozostalých.

SOCIÁLNY PRACOVNÍK NA ODDELENÍ PSYCHIATRIE

Psychiatria – zaoberá sa diagnostikou, liečbou, prevenciou, výskumom...

- duševné choroby
- závislosti
- dôkladná anamnéza !!!!!!!!!!!!!
- riešenie aktuálnych sociálnych problémov klienta
- práca s rodinou

Sociálny pracovník je jedným z členov psychiatrického tímu. Využíva širokú škálu metód sociálnej práce ako rozhovor, sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu - ergoterapia, biblioterapia, muzikoterapia, arteterapia, nácvik sociálnych zručností, terapeutická komunita, primárna, sekundárna a terciálna prevencia, prípadová analýza, cieľené zamestnanie a podporné zamestnanie. Poskytuje aj cieľnú pomoc- informácie v oblasti sociálneho zabezpečenia, občianskeho pracovného a rodinného práva a pomoc s problémami v týchto sférach, rodinnú intervenciu a podobne. Po prepustení klienta z psychiatrickej starostlivosti sa jeho práca nekončí. Je potrebné, aby sa informoval ako sa klientovi vodí, ak potrebuje, poskytnite mu radu, alebo informáciu.

CHIRURGICKÉ ODDELENIE

Práca spočíva v profesionálnom zvládnutí informovať klienta i príbuzných o možnej sociálnej pomoci ekonomického i psychologického charakteru, hlavne pri trvalých komplikáciách následkom ťažkých poúrazových stavoch. Podporiť ho a pomôcť mu nájsť možnosti riešenia jeho situácie.

NEUROLOGICKÉ, INTERNÉ A ONKOLOGICKÉ ODDELENIA

Rieši sociálnu situáciu a problémy klientov po ťažkých ochoreniach. Ťažisko práce spočíva v informovaní klientov a príbuzných, zmieriť alebo odstrániť prechodné sociálne kolízie

KOMENTÁR A DOPLŇUJÚCE POZNÁMKY

✚ Komentár s povolením © doc. PhDr. Emília Vrankova, PhD., 20. 08. 2014

Národný program podpory zdravia (NPPZ)

NPPZ schválila v novembri 1991 uznesením č. 659 vláda Slovenskej republiky a 30. januára 1992 uznesením č. 245 Slovenská národná rada.

NPPZ nadväzuje na úlohy vyplývajúce zo vstupu SR do EU, ako aj na prijaté rozhodnutia a odporúčania parlamentu a rady EÚ, a taktiež na súčasné zmeny v legislatíve a stratégii zdravotníctva na Slovensku.

Tento program vychádza z politiky „Zdravie pre všetkých“ WHO zakotvenej v politike „Zdravie 21“ = zdravie pre Európsky región pre 21. storočie.

Ciele tohto programu, ktoré zastrešujú jednotlivú problematiku, vychádzajú nielen z cieľov programu Svetovej zdravotníckej organizácie, ale zohľadňujú i súčasné možnosti a súčasný celkový stav Slovenskej republiky po jej vstupe do európskych štruktúr.

Proces aktualizácie sa opiera aj o doterajšie výsledky zdravotného stavu obyvateľstva, ktoré sú pravidelne analyzované a hodnotené každé 2 roky (APPZ – Akčný plán pre prostredie a zdravie obyvateľov SR). NPPZ realizuje a bližšie rozpracováva jednotlivé úlohy štátnej politiky zdravia.

NPPZ je integrovaný program, do ktorého sa môžu zapojiť všetky zložky spoločnosti, rezorty vlády SR, orgány štátnej správy a samosprávy, mimovládne organizácie, podnikateľský sektor a ďalšie organizácie, čím zabezpečuje vysokú mieru ochrany zdravia.

Zdravotnícky systém dokáže ovplyvniť len 10 % zdravotného stavu populácie. Ostatné významné vplyvy sú životný štýl, biologické faktory (genetika) a životné prostredie. V systéme obmedzených zdrojov je nevyhnutné stanoviť spoločenské priority. V tomto prípade je prioritou prevencia, a predovšetkým podpora zdravia, ktorá umožní ľuďom zvýšenie zodpovednosti za vlastné zdravie ako svojej celoživotnej povinnosti. Náklady vynaložené na prevenciu sú neporovnateľne nižšie ako náklady vynaložené na liečbu, dlhodobú liečebnú starostlivosť, invaliditu a úmrtia. S tým súvisia taktiež ďalšie náklady na pracovnú neschopnosť, prípadne nezamestnanosť. Zlepšenie zdravotného stavu podporou a ochranou zdravia znižuje výdavky na zdravotnú starostlivosť a šetrí zdroje pre hospodársky a ľudský rozvoj.

Zdravotná politika štátu je úloha štátu v starostlivosti o zdravie občanov.

Jedným zo základných cieľov štátu je stabilizovať spoločenský systém a zabezpečiť pre svojich občanov bezpečnosť, sociálne, ekonomické, politické a iné istoty. Vyjadreným záujmom štátu na zdravotnom stave jeho obyvateľov je zdravotná politika rozpracovaná v programovom vyhlásení každej vlády. **Zdravotná politika** – je komplex dlhodobých a krátkodobých aktivít štátu zameraných na zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti o občanov štátu.

Formovanie zdravotnej politiky ovplyvnili v polovici 20 storočia:

- zmeny chorobnosti a úmrtnosti, procesy v demografii,

- rozvoj medicínskych poznatkov, nové ekonomické a spoločenské vzťahy.

Základnou otázkou pri formulovaní zásad zdravotnej politiky, bez ohľadu na to o aký spoločenský systém ide a aký systém zdravotného poistenia si krajina zostavuje je, ako zabezpečiť reálnu dostupnosť (časovú, geografickú a ekonomickú) zdravotnej starostlivosti pre všetky skupiny obyvateľstva v miere, ktorú si vyžaduje súdobí vývoj zdravotného stavu populácie a ním vyvolané potreby jednotlivcov a spoločnosti.

Systém zdravotnej starostlivosti:

- riadiace organizácie (MZ SR),
- poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (ďalej len ZS),
- výrobcovia a zásobovacie organizácie ZS,
- organizácie zabezpečujúce financovanie ZS.

Úlohy MZ SR:

- oblasť štátnej zdravotnej politiky,
- oblasť obrany štátu integrovaného záchranného systému,
- oblasť medzinárodnej spolupráce a integrácie do EU,
- koordinácia poskytovania zdravotnej starostlivosti,
- oblasť zdravotnej starostlivosti,
- oblasť kontroly a posudzovania kvality,
- oblasť ochrany a podpory zdravia,
- oblasť vzdelávania, vedy a výskumu,
- oblasť monitorovania zdravotného stavu obyvateľstva.

Výkon miestnej štátnej správy a samosprávy na úseku zdravotníctva

Lekár a sestra samosprávneho kraja:

- zabezpečujú úlohy MZ,
- spolupracujú s orgánmi štátnej správy,
- spolupracujú s príslušnými stavovskými organizáciami (komorami),
- organizujú lekársku službu 1. pomoci.

Význam zdravia pre spoločnosť

Zdravie patrí k najstarším a k najvšeobecnejším záujmom človeka. Zdravie je základom a východiskom pre rozvíjanie všetkých ostatných hodnôt v živote človeka a spoločnosti.

Úlohy spoločnosti (štátu)

- zabezpečiť odstraňovanie všetkých rizík poškodenia zdravia;

- vytvárať základné podmienky a predpoklady pre zdravý spôsob života;
- zvyšovanie úrovne zdravotnej starostlivosti;
- prijíma ďalšie úlohy: sociálne, ekonomické, politické.

Súčasný stav v spoločnosti (subjektívny pohľad):

- populácia nadobúda charakter starnúcej generácie;
- pediatria – OK (preventívne programy);
- predčasná úmrtnosť je do 64 roku;
- onkologické ochorenia: zlepšenie z dôvodu aktivít týkajúcich sa stravovania, pohybu, proti fajčiarske aktivity;
- diabetes ↑ tendencia
- infekčné choroby ↓
- očkovanie – OK.

- kardiovaskulárne choroby, onkologické choroby, choroby dýchacej sústavy, choroby tráviacej sústavy a na vonkajšie vplyvy.

Úsilie spoločnosti stroskotá vtedy, ak sa nedoplní primeraným úsilím každého jednotlivca starať sa o vlastné zdravie. Životný štýl a osobné správanie sa jednotlivca ovplyvňuje zdravotný stav jednotlivca v 50 %, úroveň zdravotníctva (systém zdravotnej starostlivosti a poskytovatelia zdravotníckych služieb) 10 %, genetické danosti 20 %, a prostredie 20 %.

Prostredie

prostredím vo všeobecnosti rozumieme všetko, čo človeka obklopuje:

- prostredie materiálne, prírodné prostredie;
- fyzikálne, ale aj prostredie psychické;
- sociálne a duchovné.

Zdravotnícka terminológia a prostredie = systém vytváraný pre potreby zdravia a podporný systém zameraný na zdravie, služby, ktoré má pacient/klient k dispozícii.

Terminológia sociálnej práce v súvislosti s prostredím = skupina faktorov, s ktorými je človek v neustálej interakcii. *Medzi človekom a prostredím existuje vzájomná väzba = človek vplýva na prostredie a naopak, prostredie ovplyvňuje človeka.*

Sociálne prostredie a jeho dôležitosť:

- Prostredie je rozhodujúcou mierou určované spoločensky – sociálne faktory determinujú celé vonkajšie prostredie.
- Faktory spoločenského prostredia pôsobia psychosociálnymi vplyvmi – na psychiku človeka a jeho zdravotný stav.
- Všetky opatrenia preventívneho a liečebného charakteru sú realizovateľné za predpokladu vytvorenia spoločenských podmienok.

- *Sociálne prostredie vytvorené cieľavedome človekom je ním ovládateľné, záleží na spoločnosti aké určí postavenie zdraviu, ochranu zdravia v hierarchii hodnôt.* Stupeň – miera ovplyvniteľnosti biopozitívnych a bionegatívnych faktorov je daná možnosťami spoločnosti vytvoriť podmienky: ekonomické; sociálne; politické; kultúrne; organizačné.

V problematike sociálnej práce v zdravotníctve si musíme uvedomiť, že človek s nepriaznivým zdravotným stavom prichádza z určitého sociálneho prostredia, ktoré sa môže podpísať na vznik choroby a po intervencii zdravotníkov sa do toho istého sociálneho prostredia aj vracia. Dôležitá je sanácia nepriaznivého sociálneho prostredia.

Podmienky ovplyvniteľnosti faktorov pôsobiacich na zdravie človeka:

- dostatok poznatkov pre poznanie príčiny,
- rozvoj vedy a úroveň poznatkov lekárskeho vied,
- predpoklady vytvorenia sociálnych podmienok, aby úroveň bola porovnateľná s celosvetovými parametrami pre potreby zdravotníckej praxe,
- rýchle zavádzanie nových medicínskych poznatkov je kritériom úrovne zdravotnej starostlivosti v spoločnosti.

Reforma zdravotníctva prostredníctvom šiestice zákonov z roku 2004 = 3 ciele:

1. **Zlepšovať zdravotný stav obyvateľstva** za primerané náklady, zvyšovanie kvality zdravotného stavu a znižovanie zdravotných rozdielov medzi jednotlivými porovnateľnými vekovými skupinami.
2. **Zvyšovať spokojnosť pacientov** so zdravotnými službami pri rešpektovaní požiadavky na zachovanie jeho dôstojnosti.
3. **Zaručiť finančnú ochranu občanov**, aby občania v prípade vyhľadávania zdravotnej starostlivosti nemuseli čeliť katastrofickým finančným nákladom.

Reformné zákony:

- Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.
- Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.
- Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkov a stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov.
- Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe v znení neskorších predpisov.
- Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov.
- Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach a o dohľade nad zdravotnou starostlivosťou v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 576/2004 Z. z., z 21. 10. 2004 (nahradil v plnom rozsahu zákon č. 277/1994 Z. z.) zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon upravuje:

- poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- práva a povinnosti fyzických osôb a právnických osôb pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- postup pri úmrtí,
- výkon štátnej správy na úseku zdravotnej starostlivosti.

Zdravotná starostlivosť (ďalej len ZS) je:

súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín. Cieľom je predĺženie života fyzickej osoby, zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií. Zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu. Nedeliteľnou súčasťou je vedenie zdravotnej dokumentácie.

- **Neodkladná zdravotná starostlivosť** je zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život, alebo niektoré životné funkcie a bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a neznesiteľnú bolesť, alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania a konania pod ktorých vplyvom ohrozuje bezprostredne seba, alebo svoje okolie. Zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode je taktiež neodkladná starostlivosť.
- **Urgentná zdravotná starostlivosť** je neodkladná starostlivosť poskytovaná osobe, pri náhlej zmene jej zdravotného stavu a ktorá bezprostredne ohrozuje jej život, alebo niektorú zo základných životných funkcií. Súčasťou je: neodkladná preprava osoby do zdravotníckeho zariadenia, neodkladná preprava medzi zdravotníckymi zariadeniami a neodkladná preprava darcov orgánov, tkanív a buniek určených na transplantáciu, ktorú vykonávajú poskytovatelia záchranej zdravotnej služby.

Základnou jednotkou poskytovania zdravotnej starostlivosti je zdravotný výkon. **Katalóg** zdravotných výkonov je súhrn všetkých zdravotných výkonov s uvedením ich charakteristík.

Zoznam zdravotných výkonov indikovaných pri jednotlivých chorobách je súhrn zdravotných výkonov uvedených v katalógu zdravotných výkonov, ich frekvencií a indikačných obmedzení patriacich k jednotlivým chorobám, a predstavujú nevyhnutný predpoklad na správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti. Vydáva ho Vláda SR nariadením.

- **Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne:**

ak sa vykonajú všetky zdravotnícke výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri

zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej a ošetrovateľskej vedy.

Zdravotná starostlivosť a medicínska etika

Medicínska etika hovorí o konaní dobra pre človeka so zvláštnym zameraním na ochranu jeho života a zdravia, je posudzovaná na základe cieľa, prostriedkov a výsledkov preventívnej, diagnostickej a liečebnej, ale i sociálnej starostlivosti.

Základné princípy medicínskej etiky:

- **Princíp beneficencie** (dobročinnosti) – konanie dobra v záujme života a zdravia klienta/pacienta Hipokratovské heslo „**zdravie pacienta je najvyšším zákonom**“
- **Princíp non-maleficencie** (neuškodiť inému) – požaduje také konanie, ktoré klientovi/pacientovi nikdy neuškodí. V uvedenom princípe je zahrnutá i požiadavka obmedzenia diagnostických, preventívnych a terapeutických výkonov na minimum.

Hipokratovské pravidlo „**predovšetkým nepoškodiť**“

- **Princíp spravodlivosti** – požaduje poskytovanie zdravotnej starostlivosti výlučne na základe medicínskych kritérií, a to každému človeku bez ohľadu na príslušnosť

k určitej rase, národu, politickému, náboženskému presvedčeniu, bez ohľadu na jeho vek, spoločenské postavenie a pohlavie. Toto však naráža na problémy, ktoré súvisia s relatívnym nedostatkom materiálnych, finančných či personálnych zdrojov (zadefinované minimálne norm.)

- **Princíp autonómie** (svojbytnosti) – požaduje rešpektovanie nezávislých, slobodných a informovaných rozhodnutí kompetentného klienta/pacienta pri poskytovaní ZS. Klient/pacient je vnímaný ako jedinečná a nenahraditeľná osobnosť.

Etické otázky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

- zriadenie etickej komisie podrobne upravuje ustanovenie § 5 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov,
- etické otázky vznikajúce pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a etickú prijateľnosť projektov biomedicínskeho výskumu posudzuje nezávislá etická komisia.

Nezávislú etickú komisiu zriaďuje:

MZ SR na posudzovanie etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vrátane biomedicínskeho výskumu.

VÚC na posudzovanie etickej prijateľnosti projektov biomedicínskeho výskumu a etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

Poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti na posudzovanie etickej prijateľnosti projektov biomedicínskeho výskumu a etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní ústavnej ZS. Etická komisia musí mať najmenej piatich členov. Skladá sa zo zdravotníckych pracovníkov, právnika a z osôb bez odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania

(duchovný, sociálny pracovník) alebo v oblasti výskumu. Členom etickej komisie je aj zástupca menovaný stavovskými organizáciami v zdravotníctve. Počet členov etickej komisie bez odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania alebo v oblasti výskumu nesmie presiahnuť nadpolovičnú väčšinu.

Členovia etickej komisie sú povinní:

- oznámiť zriaďovateľovi etickej komisie skutočnosti, ktoré predstavujú alebo by mohli predstavovať konflikt záujmov v prípade konkrétneho posudzovaného projektu,
- zachovávať mlčanlivosť,
- riadiť sa Štatútom etickej komisie a
- viesť záznamy o činnosti, zápisnice, závery a stanoviská.
- Etickú komisiu v ústavnom zdravotníckom zariadení menuje riaditeľ.

Poučenie a informovaný súhlas pacienta

Poučenie je písomný záznam ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka pre osobu, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť alebo jeho zákonnému zástupcovi.

Informovaný súhlas je preukázateľný súhlas klienta/pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti.

Informovaný súhlas sa nevyžaduje:

- ak neodkladnú starostlivosť možno predpokladať,
- ak je nariadené súdom ochranné liečenie klienta/pacienta,
- ak prenosná choroba závažným spôsobom ohrozuje okolie klienta/pacienta,
- ak príznaky duševnej choroby signalizujú, že klient/pacient ohrozuje seba a okolie. Všetky tieto údaje musia byť súčasťou zdravotnej dokumentácie (dôležité)!

Formy zdravotnej starostlivosti:

- **ambulantná** = všeobecná
- **specializovaná**
- **ústavná** = ústavná pohotovostná služba (ÚPS), dom ošetrovateľskej starostlivosti (DOS), poskytovaná na akútnych a chronických lôžkach zdravotníckych zariadení a špecializovaných ústavoch;
- **lekárska** (upravená osobitným predpisom na poskytovanie liekov, liečiv a zdravotných pomôcok);
- **domáca starostlivosť** (ADOS, mobilný hospic).

Práva a povinnosti osôb pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti:

- každý má právo na poskytnutie zdravotnej starostlivosti,
- každý má právo na výber poskytovateľa, okrem osoby vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody alebo žiadateľa o azyl.

Právo na výber poskytovateľa sa nevzťahuje na osobu, ktorá je príslušníkom:

- Ozbrojených síl SR,
- Policajného zboru,
- SIS,
- Národného bezpečnostného úradu,

- Zboru väzenskej a justičnej stráže,
- Hasičského a záchranného zboru, ak takejto osobe určil poskytovateľ a služobný orgán alebo služobný úrad.

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti má každý právo na:

- ochranu dôstojnosti, rešpektovanie svojej telesnej a psychickej integrity,
 - informácie týkajúce sa jeho zdravotného stavu,
 - informácie o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupoch a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti,
 - odmietnutie poskytnutia zdravotnej starostlivosti okrem prípadov, v ktorých podľa zákona možno poskytnúť zdravotnú starostlivosť bez informovaného súhlasu,
 - rozhodnutie o svojej účasti na výučbe študentov alebo biomedicínskom výskume,
 - odmietnutie odoberania a prenosu orgánov, tkanív a buniek po svojej smrti,
 - zachovanie mlčanlivosti o všetkých údajoch týkajúcich sa jeho zdravotného stavu,
- o skutočnostiach súvisiacich s jeho zdravotným stavom, ak v prípadoch ustanovených osobitným predpisom nie je zdravotnícky pracovník zbavený tejto mlčanlivosti,
- zmiernenie utrpenia a bolesti,
 - humánny, etický a dôstojný prístup všetkých zdravotníckych pracovníkov.

Každý má právo na odmietnutie pitvy za podmienok ustanovených osobitným predpisom. Ak zdravotnícke zariadenie ústavnej starostlivosti, ktoré prevádzkuje novorodenecké oddelenie zriadi na účely záchrany novorodencov verejne prístupný inkubátor, možno novorodenca doňho odložiť. Každý je povinný poskytnúť alebo sprostredkovať nevyhnutnú pomoc každému, kto je v nebezpečenstve smrti alebo javí známky závažnej poruchy zdravia, ak tým závažným spôsobom neohrozí svoj život alebo zdravie.

Služby súvisiace s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti:

- poskytovanie stravovania podľa dietetického režimu,
- poskytovanie pobytu na lôžku,
- spracúvanie údajov zistených pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v elektronickej forme na účely zdravotného poistenia,
- štatistické spracovanie lekárskeho predpisu a poukazu na účely zdravotného poistenia,
- doprava a preprava klienta/pacienta a jeho sprievodcu, biologického materiálu, krvi...
- pobyt sprievodcu v ústavnej starostlivosti,
- vypracovanie lekárskeho posudku na žiadosť klienta/pacienta alebo právnickej osoby so súhlasom klienta/pacienta,
- poskytovanie údajov formou výpisu zo zdravotnej dokumentácie podľa platnej legislatívy.

Zdravotná dokumentácia

Zdravotnú dokumentáciu ako celok vedie všeobecný lekár v písomnej alebo elektronickej forme. Iný ošetrojúci zdravotnícky pracovník iba v rozsahu ním poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná dokumentácia musí byť v súlade s legislatívou a štandardnými pracovnými postupmi zdravotníckeho zariadenia (Vestník MZ SR z roku 2009).

Zdravotná dokumentácia obsahuje:

- osobné údaje pacienta, ktorému sa poskytuje zdravotná starostlivosť, v rozsahu nevyhnutnom na jeho identifikáciu a zistenie anamnézy,
- údaje o poučení a informovanom súhlase,
- údaje o ochorení, o priebehu a výsledkoch vyšetrení, o liečbe a ďalších významných okolnostiach súvisiacich so zdravotným stavom a s postupom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- údaje o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- údaje o službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- údaje o dočasnej práci neschopnosti pre chorobu alebo úraz a skutočnosti dôležité na posúdenie zdravotnej spôsobilosti na výkon práce,
- epidemiologicky závažné skutočnosti,
- identifikačné údaje príslušnej zdravotnej poisťovne,
- identifikačné údaje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Zápis do zdravotnej dokumentácie obsahuje:

- dátum a čas zápisu,
- spôsob poučenia + informovaný súhlas alebo jeho odmietnutie či odvolanie,
- dátum a čas poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- výsledky vyšetrení (konzília, ošetrenia),
- identifikácia ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis),
- identifikácia klienta/pacienta, ktorému sa zdravotná starostlivosť poskytla.

Zápis v zdravotnej dokumentácii musí byť pravdivý a čitateľný!!!

Dokumentácia sa uchováva 20 rokov po smrti – všeobecný lekár. Ostatná zdravotná dokumentácia taktiež 20 rokov od posledného poskytnutia zdravotnej starostlivosti (podľa zákona o archivácii v SR).

Poskytovanie údajov zo zdravotnej dokumentácie sa vykonáva formou **VÝPISU**, na základe písomného vyžiadania v rozsahu, ktorý priamo súvisí s účelom vyžiadania:

- vojakovi v zálohe po predložení písomného vyžiadania územnej vojenskej správy na účely prieskumu jeho zdravotnej spôsobilosti,
- príslušnému orgánu na účely sociálnej pomoci, štátnej sociálnej dávky alebo služieb zamestnanosti podľa osobitných predpisov,
- inšpektorátu práce a orgánom dozoru podľa osobitných predpisov na účely vyšetrovania pracovného úrazu alebo choroby z povolania,
- príslušnému orgánu na účely medzištátneho osvojenia dieťaťa,
- osobám oprávneným nahliadať do zdravotnej dokumentácie, ak rozsah vyžiadania nepresahuje rozsah sprístupňovania údajov zo zdravotnej dokumentácie,
- policajnému orgánu, vyšetrovateľovi, prokurátorovi alebo súdu na účely trestného konania alebo občianskeho súdneho konania.

Sprístupňovanie údajov zo zdravotnej dokumentácie sa realizuje formou **NAHLIADNUTIA** do zdravotnej dokumentácie:

- klientovi/pacientovi alebo zákonnému zástupcovi – v celom rozsahu,
- manželovi, manželke, dieťaťu, rodičovi a zákonnému zástupcovi (pri úmrtí) – v celom

rozsahu,

- osobe splnomocnenej, na základe písomného plnomocentstva – podľa rozsahu splnomocnenia,
- revíznemu lekárovi zdravotnej poisťovne v rámci kontroly – v celom rozsahu,
- úradu pre dohľad nad ZS v rámci dohľadu, ale aj prešetrovanie sťažností – v celom rozsahu,
- MZ SR, lekárovi a sestre samosprávneho kraja v rámci dozoru – v celom rozsahu,
- stavovskej organizácii (komore) – v rozsahu kontroly výkonu príslušného povolania.
- zdravotná dokumentácia vedená v zdravotníckych zariadeniach MO, MV, MS je sprístupnená určenému lekárovi jednotlivými orgánmi štátnej správy po dohode s MZ SR – v celom rozsahu a taktiež posudkovému lekárovi.

ČLOVEK – KLIENT/PACIENT

V zdravotníckej terminológii – ide o osobu, ktorá prijíma zdravotnú starostlivosť zameranú na podporu alebo prinavrátanie zdravia a v každom momente života sa mení jeho rola a postavenie v rámci zdravotníckeho systému. Raz je zdravý a vtedy potrebuje vedenie a pomoc k udržaniu zdravia, inokedy sa stáva pacientom a tiež potrebuje pomoc, aby sa k zdraviu čo najskôr prinavrátil, inokedy sa stáva osobou, ktorá podporuje iných na ceste k zdraviu alebo aspoň k odstráneniu choroby.

V terminológii sociálnej práce – je to osoba, ktorá prichádza alebo je v starostlivosti sociálneho pracovníka. Je to klient SP = jednotlivec, rodina, skupina, alebo komunita.

Sociálne problémy (závislosti, rozvod, týranie ...) priamo alebo nepriamo súvisia so zdravotným stavom, typom choroby a vekom pacienta. Sociálny problém, sociálnu kolíziu alebo nepriaznivú sociálnu situáciu je potrebné odstrániť, prekonať alebo aspoň zmierniť.

PACIENT = KLIENT SOCIÁLNEJ PRÁCE

Keď zdravotný stav neumožňuje človeku plnohodnotne fungovať v spoločnosti (rodina, práca, širšie sociálne okolie, kultúra ...) alebo je jeho fungovanie v spoločnosti limitované alebo podmienené využívaním kompenzačných pomôcok a užívaním liekov stáva sa aj klientom SP a tiež aj pacientom v rámci poskytovania ZS.

Choroba – objektívne zistiteľná porucha zdravia a môže existovať aj vtedy, keď človek nepociťuje žiadne príznaky. Pre vznik choroby je rozhodujúci stav a pôsobenie troch skupín činiteľov – **etiologická triáda** (špecifický agens, človek so svojimi demografickými charakteristikami, fyziologickým stavom, imunologickou odozvou, genetickými predispozíciami, postojmi, správaním a vonkajšie prostredie, ktoré zahŕňa aspekty biologické, prírodné a sociálne). Zvláštne postavenie má úraz – trauma.

Úraz je porucha zdravia, ktorá vznikla jednorazovým alebo krátkodobo pôsobiacim poškodením organizmu.

Choroby:

- **akútne** majú rýchly začiatok, silnú intenciu, ktorá je spôsobená smerom od pôvodcu (agens) k vyvrcholeniu, môže mať krátke trvanie, vyliečenie alebo smrť, chronicitu až trvalé následky.
- **chronické** môžu mať pomalý, ale aj rýchly nástup, striedanie relapsu (znovunavrátanie príznakov ochorenia) s remisiou (ustúpenie príznakov ochorenia), vyliečenie alebo smrť, trvalé následky až invalidizáciu.

Z hľadiska sociálnej práce sa zameriavame na sociálne dôsledky choroby, ktoré súvisia:

- s poklesom alebo úplnou stratou ekonomických príjmov,
- so zvýšenými nárokmi súvisiacimi s liečebnou starostlivosťou,
- so sociálnu izoláciu,
- s vyradením z pracovného procesu a
- s možnosťami pomoci – nemocenské dávky, invalidný dôchodok.
 - Vhodné formy pomoci – sociálne poradenstvo, sociálna terapia, rekvalifikácia...

Choroba má sprievodné znaky – problémy: fyzické, somatické, psychické, emočné, sociálne – ekonomické, interpersonálne, pracovné, integračné, ale tiež duchovné.

Nepriaznivý zdravotný stav a dôsledky ekonomickej povahy – strata príjmu v dôsledku PN, zvýšené náklady v súvislosti s liečbou, rekonvalescenciou a pod., možný pokles príjmu (preradenie na inú prácu alebo až strata zamestnania).

Dôsledky sociálnej povahy – absentujúce sociálne kontakty, narušený rodinný a partnerský život, dezorganizovaný chod domácnosti, sociálna izolácia, znížený celkový životný štýl rodiny ... Dôležitá je sociálna sieť klienta!

Narušenie životných rolí pri chorobe je ovplyvnené faktormi:

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

Telesné zmeny v chorobe

- zhoršujú kvalitu života chorého,
- obmedzujú kvalitu jeho rozvoja,
- znemožňujú samostatné fungovanie.

Sprievodným príznakom viacerých ochorení je bolesť, ktorú je potrebné vždy riešiť

intervenciou poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (lekár a ostatný ošetrojúci personál). Niektoré telesné zmeny ovplyvnia možnosť pacienta komunikovať. Je potrebné vypracovať nový spôsob dorozumievania pomocou tabuľky s písmenami, PC, posunková reč alebo slepecké písmo.

Psychické zmeny počas choroby

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

Psychické zmeny sú spracovávané v rovine rozumovej a emočnej. Emócie spôsobujú pri komunikácii chorého často: strach, plač, úzkosť, hnev, agresivita, zlosť alebo trúchlenie, smútok až depresiu.

Zdravotná starostlivosť v Slovenskej republike je poskytovaná podľa zákona č. 576/2004 Z. z. v znení niektorých predpisov. Zdravotná starostlivosť je starostlivosť o ochranu, zachovanie a navrátenie zdravia, ktorú poskytuje zdravotnícky pracovník. Poskytuje sa v zdraví a chorobe, v tehotenstve, pri pôrode a v šestonedelí. Zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, diagnostiku a liečbu vrátane rehabilitácie, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu, záchrannú zdravotnú službu a osobitnú zdravotnú starostlivosť. Poskytuje sa formou ambulantnej a ústavnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť je aj lekárenská starostlivosť a kúpeľná starostlivosť.

Prevenia v zdravotníctve

je komplex opatrení na udržanie a zlepšenie zdravia jednotlivca a populácie, navrátenie zdravia bez komplikácií až po integráciu nevyliciteľne chorého a človeka s postihnutím.

Prevenia sa zaoberá celým človekom. Týka sa aj prostredia, ktoré má vplyv na priebeh, liečbu a prognózu ochorení. Zaoberá sa nielen biologickou ale aj psychickou a sociálnou stránkou.

Primárna prevenia zahŕňa opatrenia proti vzniku chorôb a uplatňuje sa pred vznikom choroby. Ide najmä o hygienicko-epidemiologické zásahy, vytváranie zdravých životných a pracovných podmienok, zdravého spôsobu života a práce a ďalšie.

- primárna špecifická prevenia priama – očkovanie oslabenými vírusmi, baktériami;
- primárna špecifická prevenia nepriama – prenášanie hotových obranných látok;
- primárna nešpecifická prevenia – zameraná proti neskorým následkom určitých rizikových faktorov, ako je fajčenie s možnosťou vzniku malígnych procesov, chronických bronchitíd, arteriosklerózy, hypertenzie a kardiovaskulárnych ochorení.

Primárna prevenia je ochrana zdravia pomocou osobných a kolektívnych faktorov.

Príkladom sú preventívne prehliadky, zdravotnícka osвета (životospráva jednotlivca), očkovanie (proti chrípke u starších občanov, detí, ľudí so zníženou imunitou...), hygienicko-epidemiologické zásahy, opatrenia proti vzniku chorôb, uplatňuje sa pred vznikom choroby.

Sekundárna prevencia sa uplatňuje až po ochorení, zabraňuje vzniku komplikácií, recidív s následnými orgánovými zmenami a bráni prechodu akútneho ochorenia do chronického. Sú to opatrenia na včasné odhalenie, rýchle a efektívne intervenovanie s cieľom nápravy odchýliek od dobrého zdravia. Sekundárnou prevenciou je včasná diagnostika a liečba ochorení, zahájenie opatrení proti vzniku komplikácií (napr. operačný zákrok, chemoterapia, rádioterapia). Uplatňuje sa až po ochorení, zabraňuje vzniku komplikácií, recidív s následnými orgánovými zmenami, bráni prechodu akútneho ochorenia do chronického.

Terciárna prevencia nastupuje po vyliečení, resp. zlepšení choroby. Pomocou rehabilitácie sa odstraňujú následky choroby a obnovuje sa pracovná schopnosť človeka. Cieľom je návrat človeka do spoločnosti s aktívnym zapojením sa do práce podľa jeho telesných a psychických schopností. Opatrenia na zníženie alebo elimináciu dlhodobých poškodení a invalidity, ktoré vznikajú ako následok choroby alebo úrazu. Súčasťou je minimalizácia utrpenia spôsobeného nevyliciteľnými ochoreniami a pomoc pacientovi v prispôbení sa zmenenému zdravotnému stavu.

Zdravotná výchova

je súčasť zdravotnej starostlivosti. Má za cieľ zvyšovať zdravotné vedomosti obyvateľstva prostredníctvom edukácie:

- znižovať chorobnosť a úmrtnosť,
- zvyšovať kvalitu životného a pracovného prostredia,
- zlepšovať životný režim, pestovať správne životné návyky, bojovať proti zlozvykom.

Zdravotná výchova je zameraná na:

- zvyšovanie vedomostí obyvateľstva,
- výchovu mládeže a detí k ochrane zdravia,
- vytváranie verejnej mienky o možnosti ochrany zdravia,
- aplikáciu národného programu zdravia v praktickom živote a
- dosiahnutie najvyššej úrovne aktívneho zdravotného uvedomenia celej populácie.

Zdravotnú výchovu uskutočňujú:

- zdravotnícki pracovníci,
- sociálni pracovníci pôsobiaci v zdravotníctve,
- pedagogickí pracovníci...

Správna zdravotná výchova sú vedecky potvrdené, pochopiteľné a zrozumiteľné informácie pre všetkých občanov v spoločnosti. Vysoké zdravotné uvedomenie zahŕňa nielen zdravotné vedomosti, ale najmä správne hygienické návyky, racionálne stravovanie, individuálna ochrana zdravia proti škodlivinám (alkohol, fajčenie, drogy), aktívnu pomoc pri kolektívnej ochrane zdravia... Dôležitá je spolupráca občanov na akciách Slovenského Červeného kríža, ochrany a bezpečnosti pri práci, v akciách zdravé školy, zdravé mestá... Zdravotná výchova sa zameriava na otázky všeobecné a špeciálne. Prostriedkami výchovy sú: hovorené slovo, tlačené slovo, názorné pomôcky a metódy rôznych odborov.

Zameranie zdravotnej výchovy by malo byť na:

- 1. Ženy a matky** – príprava na materstvo, starostlivosť o dieťa, racionálnu výživu, preventívne opatrenia (očkovanie detí) a iné;
- 2. Gravidné ženy** – životospráva, ochrana plodu, príprava na dojčenie a ďalšie;
- 3. Deti a mládež** – posudzovanie psychomotorického vývoja, význam dojčenia, očkovanie, racionálna výživa, správne hygienické návyky, otužovanie, rizikové skupiny, športové aktivity, boj proti obezite, využívanie voľného času, psychohygiena, riešenie konfliktov, sexuálna výchova, plánované rodičovstvo, boj proti pohlavným chorobám.
- 4. Dospelosť** – rizikové faktory chorôb, psychohygiena pracovného prostredia, manželstvo, rodičovstvo, prevencia a iné;
- 5. Staroba** – včasná diagnostika chorôb vo vyššom veku, prevencia predčasného starnutia, prevencia osamelosti a izolácie, bezvládnosti a odkázanosti...

Financovanie zdravotnej starostlivosti

Stojí na 3 pilieroch:

- zdravotné poistenie,
- štátny rozpočet a
- iné zdroje financovania.

Zdravotné poistenie

Z 1. piliera je financovaná zdravotná starostlivosť a všetko, čo pod ňu spadá. Je povinné a musí ho mať každý, kto má na Slovensku trvalý pobyt. Existuje slobodná voľba poisťovní i poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Povinní sú platiť zamestnanci i zamestnávateľia, SZČO, ÚPSVaR, štát (vojaci, nezaopatrované deti). Sú z neho financovaní i poskytovatelia zdravotnej starostlivosti.

Štátny rozpočet

Hradené sú z neho rozpočtové a príspevkové organizácie. Rozpočtové organizácie – ich zriaďovateľom je ministerstvo zdravotníctva. Všetky výdavky na poskytovanie zdravotnej starostlivosti hradí štát. Príspevkové organizácie dostávajú príspevky na opravu budov, rekonštrukcie budov, zdravotnícke prístroje (nemocnice v pôsobnosti VÚC).

Iné zdroje financovania

sponzoring, dary, výnosy z privatizácie a lotérii, zahraničné projekty v rámci EÚ – eurofondy a aj sám pacient.

Ochrana ľudských práv a zdravotná starostlivosť

Až do polovice 20. storočia nebola diskutovaná otázka ľudských práv v oblasti medicíny.

- Všeobecná deklarácia ľudských práv prijatá 10.12.1948 na Valnom zhromaždení OSN,
- Lisabonská deklarácia prijatá na 34. svetovom zhromaždení lekárov 1981 v Lisabone (Portugalsko) – práva pacientov vo všeobecnosti,
- Amsterdamská deklarácia 1994 pod záštitou WHO – Európske fórum o právach pacientov (Holandsko) – dokument o podpore práv pacientov v Európe.

Deklarácia o rozvoji práv pacientov v Európe (Amsterdam, 1994)

Vymedzuje 6 oblastí, v ktorých je potrebné humanizovať zdravotnú starostlivosť:

- ľudské práva a hodnoty v zdravotnej starostlivosti,
- informovanosť o diagnostike, liečbe a ZS,
- súhlas pacienta alebo zákonného zástupcu,
- dôvernosť a súkromie pacienta,
- liečenie a ošetrovanie (kvalita, kontinuita a zmierňovanie utrpenia, prepustenie pacienta) a
- uplatnenie v súlade s Chartou ľudských práv.

Všeobecná deklarácia ľudských práv prijatá 10.12.1948 Valným zhromaždením OSN

Boli v nej zovšeobecnené príčiny všetkých foriem ľudského utrpenia a nedôstojného postoja k ľudskej bytosti. Tieto hodnoty sa stali základom ústav novodobých štátov, boli a stále sú konkretizované v systémoch zákonodarstva. Špecifické postavenie z hľadiska akceptovania ľudskej dôstojnosti má problematika ľudí, ktorí sa ocitli v situácii núdze a odkázanosti na iných, pretože poskytovatelia pomoci môžu svoju nadržanosť mocensky zneužívať.

Norimberský proces – po ňom prijaté morálne a právne opatrenia regulujúce biomedicínsky výskum, vypracovanie ďalších dokumentov, novelizovaná Hippokratova prísaha, prijatý Etický kódex sestier a pôrodných asistentiek, Etický kódex zdravotníka.

V 70. rokoch v USA a v západnej Európe boli prijaté Práva pacientov (spolu s WHO)

Deklarácia práv pacientov bola prijatá Radou Európy v roku 1984

Charta práv pacienta v Slovenskej republike prijatá 11.4.2001 vládou SR

Obsahuje 10 článkov:

1. Ľudské práva a slobody pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti;
2. Všeobecné práva pacientov;
3. Právo na informácie;
4. Súhlas pacienta;
5. Súhlas v prípade pacientov, ktorí nie sú spôsobilí o sebe rozhodovať;
6. Dôvernosť;
7. Liečba a starostlivosť;
8. Starostlivosť o nevyliciteľne chorých a umierajúcich;
9. Podávanie sťažností;
10. Náhrada škody.

Postavenie pacienta v zdravotníckom systéme nebolo vždy rovnaké. V minulosti prevládal paternalistický prístup, v súčasnosti ide o partnerský vzťah.

Povinnosti pacienta

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

Práva pacientov majú viesť jednotlivcov k uvedomeniu si vlastnej zodpovednosti pri vyhľadávaní, čerpaní a poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Pacient sa má snažiť i o to, aby sa dialóg medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom uberal správnym smerom.

Okrem charty práv pacienta sa odvíjajú i špecifické práva vzťahujúce sa na skupiny chorých, u ktorých by mohla vzniknúť diskriminácia:

- Charta práv hospitalizovaných detí;
- Práva onkologických pacientov;
- Charta práv umierajúcich pacientov;
- Charta práv starších občanov;
- Charta práv telesne postihnutých osôb;
- Deklarácia práv duševne postihnutých osôb a ďalšie.

Koncepcia sociálnej služby v zdravotníctve (minulosť)

Koncepcia sociálnej služby v zdravotníctve (Vestník MZ z roku 1984) – sociálna služba v zdravotníctve bola súčasťou komplexnej liečebno-preventívnej starostlivosti o človeka.

Sociálna sestra sledovala v spolupráci s ďalšími odbornými spolupracovníkmi v zdravotníctve

pacientov. Pomáhala riešiť narušené vzťahy a situácie, ktoré vznikli v živote človeka ako dôsledok choroby, chorobných prejavov, úrazu, škodlivých návykov, invalidity a staroby, prameniace zo sťažených sociálnych pomerov v spolupráci so štátnou správou, v prípade detí školou, u dospelých so zamestnávateľom;

Najzávažnejšie problémové oblasti v súčasnosti po prijatí 6 reformných zákonov (2004) a zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách:

- nedostatočná koordinácia a dialóg pri poskytovaní, organizovaní a financovaní sociálnych a zdravotníckych služieb,
- nedostatok kvalifikovaných sociálnych pracovníkov v zdravotníctve,
- nedostatočný záujem, ktorý sa venuje sociálnej práci a riešeniu nepriaznivých sociálnych situácií klientov/pacientov zo strany vrcholového manažmentu zdravotníckych zariadení,
- oneskorená implementácia Výnosu MZ SR z decembra 2012 o zamestnávaní sociálnych pracovníkov v ústavných zdravotníckych zariadeniach.

Akútne a chronické ochorenia obmedzujú prirodzené aktivity a potreby pacienta. Faktory, ktoré ovplyvňujú prijatie diagnózy ochorenia:

- **Vlastná choroba** a jej subjektívne prežívanie.
- **Vek klienta/pacienta**
 - v detstve je skôr prevaha emočnej stránky a strach z odlúčenia, bolesti, hospitalizácie,
 - stredný vek – obavy z následkov ochorenia (existencionálne, pracovné, spoločenské, sociálne),
 - staroba – obava z opustenosti, straty sebestačnosti, smrti alebo umierania.
- **Prostredie** – rodinné, pracovné, širšie sociálne prostredie, nemocničné prostredie.
- **Situácia, v ktorej choroba vznikla** – ochorenie v cudzine, náhle ochorenie pred významnou životnou udalosťou.
- **Osobnosť klienta/pacienta** – premorbídna osobnosť (osobnosť pacienta pred ochorením), temperament, charakter, vôľa, reaktivita, adaptabilia, sociálne postavenie, spoločenské postavenie.

Etapy procesu boja s chorobou:

- 1. Šok** s iracionálnym myslením a cítením. Mentálne odpútanie sa od reality.
- 2. Popieranie a útek zo situácie** – klient/pacient má neusporiadané, dezorganizované myslenie, emócie sú výrazne negatívne. Má obavy, strach a zármutok. Klienti/pacienti neveria, neustále chcú preverovať výsledky vyšetrení, opakovane sa dožadujú vyšetrení, objavujú sa aj pokusy vyjednávať s Bohom...

3. Smútok, zlosť a pocity viny – hľadanie viny u iných, sebaobviňovanie, agresivita namierená voči sebe aj voči iným.

4. Štádium rovnováhy – znižovanie stavov úzkosti, depresie a postupne narastá prijatie situácie. Prejavuje sa záujem aktívne sa zapojiť do liečebného procesu.

5. Štádium reorganizácie – prijatie reality, vyrovnanie sa s chorobou a hľadanie optimálnej cesty do budúcnosti.

Hospitalizácia je prijatie pacienta do zdravotníckeho zariadenia buď pre diagnostiku, alebo nastavenie liečby a liečbu pacienta.

Negatívne stránky života klienta/pacienta počas hospitalizácie:

- depersonalizácia, neosobné konanie, neuspokojené potreby, bolesť, sebakontrola, znížená sebaúcta (samotný fakt ochorenia, málo dôstojné podmienky liečenia a ošetrovania, informačná a sociálna izolácia, existencionálna kríza),

- pasivita,
- zmena v kvalite a kvantite výkonu,
- zmena životného rytmu,
- relatívna závislosť,
- zmena prostredia,
- zmena záujmov,
- zmena v citovom stave,
- zmena v obsahu vedomia,
- vzťah k vlastnému telu,
- zmena v sociálnej interakcii,
- zmena v sociálnej komunikácii až
- hospitalizmus.

Zmeny v rodine:

- sociálna izolácia rodiny,
- ekonomické problémy rodiny,
- psychické problémy,
- zvýšená časová záťaž a
- koncentrácia pozornosti na pacienta.

Oznámenie diagnózy ochorenia

Kto? má informovať klienta/pacienta alebo jeho rodinu o zdravotnom stave, skutočnej diagnóze a prognóze, prípadne o plánovaných vyšetreniach a terapii predstavuje jednu z najnáročnejších úloh, pred ktorou stoja zdravotnícki pracovníci. Predpokladom jej úspešného

zvládnutia v praxi sú nielen odborné poznatky o psychológii chorých všeobecne a poznanie konkrétneho pacienta. Ale najmä isté osobnostné a morálne kvality, ktoré sa okrem iného prejavujú aj schopnosťou empatie a dobrými komunikačnými schopnosťami.

Informácie o zdravotnom stave poskytuje spravidla ošetrojúci lekár alebo primár oddelenia. Ide najmä o informácie týkajúce sa konkrétnej diagnózy, plánovaných vyšetrení, liečebných postupoch a prognózy ochorenia. Sestra má pri informovanosti pacientov tiež nezastupiteľnú úlohu, pretože s pacientom trávi väčšinu času. Mala by ale reagovať len v rámci svojej kompetencie.

Koho? Prednostné právo na informácie má klient/pacient. Ak ide o podanie obzvlášť závažnej a zlej informácie nemusí lekár povedať celú pravdu je dovolené tzv. terapeutické privilegium. Ďalej je dôležité informovať príbuzných, a samozrejme zákonných zástupcov, prípadne opatrovníkov. Tiež ostatní pracovníci majú právo byť informovaní o zdravotnom stave klienta/pacienta. Napr. psychológ, sociálny pracovník, duchovný, logopéd a špeciálny pedagóg.

Obsah informácií

Podľa zákona č. 576/2004 Z. z. má pacient právo na náležité poučenie najmä o povahe ochorenia, potrebných zdravotníckych výkonoch, o možnosti rizika, ale i o prognóze. Podľa Charty práv pacientov majú byť pacienti informovaní o svojom zdravotnom stave, vrátane medicínskych skutočností, o navrhovaných lekárskejších výkonoch, vrátane potencionálnych rizík a prínosu každého výkonu, o alternatívach k navrhovaným výkonom, vrátane dôsledkov neuskutočnenia liečby, ako aj o diagnóze, prognóze a postupe liečby. Pri prijatí do zdravotníckeho zariadenia majú byť pacienti informovaní o mene a profesijnom postavení zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa o nich starajú, ako aj o všetkých pravidlách a postupoch, ktoré sa týkajú ich pobytu a starostlivosti. **V zdravotníckom systéme by nemala byť anonymita personálu.**

Spôsob podania informácie:

- dôležité je umenie verbálnej a neverbálnej komunikácie,
- dostatočný časový priestor, vhodné miesto a čas na rozhovor, eliminácia rušivých vplyvov a osôb,
- podanie informácie by lekár nemal odkladať,
- najšetrnejšie, nie alibistický ani vyhýbavo, s ohľadom na klientove/pacientove schopnosti informáciám porozumieť,
- ak klient/pacient nekomunikuje v danom jazyku, treba zabezpečiť tlmočníka,
- klienti/pacienti majú právo byť neinformovaní, ak o to výslovne požiadajú,
- informácie podávať za prítomnosti príbuzného,

- nechať dostatok času na otázky, na odznenie prípadných negatívnych pocitov a
- ak je to potrebné, dohodnúť si s klientom/pacientom ďalšie stretnutie.

Pozitívny reverz – informovaný súhlas je podmienkou každého medicínskeho zásahu.

Všetky vyšetrovacie a liečebné výkony sa vykonávajú so súhlasom klienta/pacienta. Informovaným súhlasom rozumieme autonómne a jednoznačne vyjadrené privolenie kompetentného subjektu na určitý medicínsky alebo ošetrovateľský výkon, prípadne na zaradenie do daného výskumu. Osoba udeľuje informovaný súhlas vtedy, ak po potrebnom vysvetlení a pochopení podstaty veci a bez vonkajšieho nátlaku vedome dovoľuje zdravotníckemu pracovníkovi vykonať určitý výkon v rámci zdravotnej starostlivosti, ktorá sa mu poskytuje.

- **Pozitívny reverz** – na osobitne závažné výkony alebo na výkony závažne meniace spôsob ďalšieho života si lekár vyžiada súhlas klienta/pacienta udelený v písomnej alebo inak preukázateľnej forme.
- **Negatívny reverz** – ak klient/pacient napriek náležitému vysvetleniu odmieta potrebnú zdravotnú starostlivosť, lekár si od neho vyžiada vyjadrenie o jej odmietnutí v písomnej alebo inak preukázateľnej forme.

U maloletých pacientov alebo u pacientov s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony udeľuje súhlas jeho zákonný zástupca alebo opatrovník alebo osoba, ktorá má maloletého v pestúnskej starostlivosti.

Zdravotná starostlivosť bez súhlasu pacienta

Podľa zákona o zdravotnej starostlivosti možno vyšetrovacie a liečebné výkony vrátane ústavnej starostlivosti vykonať bez súhlasu pacienta v týchto prípadoch:

- ak od pacienta, vzhľadom na jeho zdravotný stav alebo od jeho zákonného zástupcu nemožno súhlas vyžiadať, ale možno ho predpokladať,
- pri chorobách, na ktoré sa vzťahuje možnosť uložiť povinné liečenie,
- ak pacient s duševnou chorobou ohrozuje seba, alebo svoje okolie, prípadne hrozí zhoršenie jeho zdravotného stavu,
- ak je pacient v stave, pri ktorom sú ohrozené životne dôležité funkcie (dýchanie, obeh a vylučovanie) a je nevyhnutné urobiť určité výkony na záchranu jeho života.

Každý občan Slovenskej republiky, v súvislosti so zdravím a chorobou má právo na zdravotnú starostlivosť v zákonom rozsahu, primerane zdravotným potrebám a finančným možnostiam verejného zdravotného poistenia v okamihu zdravotnej potreby. Terminologické spojenie zdravotná starostlivosť môžeme v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vnímať ako

súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín. Na základe súčasnej platnej legislatívy sú zadefinované formy zdravotnej starostlivosti nasledovne:

- ambulatná starostlivosť
- všeobecná (pre dospelých, pre deti a dorast)
- špecializovaná (gynekologická, zubno-lekárska)
- Specializovaná iná
- záchranná zdravotná služba
- ústavná starostlivosť
- lekárenská starostlivosť. (Zákon č. 576/2004 Z. z.).

Ak zlyhali všetky dostupné možnosti liečby pacienta/klienta ambulantnou formou, ktorá sa poskytuje v prípade ak zdravotný stav chorého človeka nevyžaduje viac ako 24 hodinové nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ďalším stupňom resp. formou je nemocničná – ústavná zdravotná starostlivosť prostredníctvom hospitalizácie. O jej uplatnení a realizácii rozhoduje v bežných prípadoch ošetrojúci lekár, ale môže to byť aj lekár priameho kontaktu. Vo výnimočných prípadoch, ak dochádza k život ohrozujúcemu stavu sa pacient do lôžkového ústavného zariadenia dostane prostredníctvom záchranej služby.

Hospitalizácia v nemocnici je pre človeka, ale i jeho sociálne okolie významnou udalosťou. Počas hospitalizácie pacienta/klienta a po uložení na nemocničné lôžko, často dochádza k určitým problémom ako je napríklad anonymita chorého, nerešpektovanie jeho autonómie, z aktivít bežného života sa stáva pasívnym členom určitého spoločenstva, dochádza k zmenám v životnom rytme, práceneschopnosti, nerešpektovaniu prirodzenej hanblivosti, nepresná alebo iba čiastočná informovanosť, izolácia od vonkajšieho sveta, striktné rešpektovanie a dodržiavanie ústavného poriadku, pobyt medzi ťažko chorými spolupacientmi a iné. (Špatenková, 2003).

Na základe týchto negatívnych javov, ktoré pôsobia na chorého človeka, môže dôjsť k hospitalizmu. Strieženec (1996, s. 72) definuje **hospitalizmus** „ako poruchu vývoja osobnosti, ktorá bola vyvolaná dlhším pobytom v nemocnici alebo kolektívnom zariadení, kde sa mu nedostávalo dostatočnej sociálnej starostlivosti.“ U dospelých sa môže hospitalizmus prejavovať apatiou, depresiou, nechutenstvom alebo nespavosťou. Hospitalizmus je patologický stav, je to individuálna silná reakcia na hospitalizáciu. Hospitalizmom sú najviac ohrození dlhodobo hospitalizovaní pacienti hlavne deti a starší chronicky ale aj dlhodobo chorí ľudia v produktívnom veku. U detí býva hospitalizmus vyvolaný príčinou izolácie, nečinnosti, prísnyim pobytom na lôžku a málo podnetným prostredím v rámci nemocničnej izby či oddelenia. Šustrová (2012, s. 11) v súvislosti s pobytom v neznámom prostredí

uvádza, že „hospitalizmus je výrazne negatívnou reakciou na hospitalizáciu. Prejavuje sa určitou pasivitou, strnulosťou, pocitom únavy, nezaujmom, nechúťou do akejkoľvek činnosti, strachom alebo úzkosťou. Najcitlivejšou skupinou sú deti a seniari.“ Autorka poukazuje na skutočnosti súvisiace s negatívnym javom hospitalizácie u detí, kedy často dochádza k nečinnosti, sklúčenosti až k negativizmu alebo neustálemu plaču a agresivite, ale i k získaniu rôznych zlovykov napr. cmúľanie prstov, stereotypným pohybom či búchaním hlavy o posteľku dieťaťa.

So zahájením prevencie hospitalizmu u rizikových skupín detí i dospelých je dôležité začať čo najskôr, napríklad minimalizovaním dĺžky hospitalizácie, s dieťaťom prijať jedného z rodičov alebo príbuzného dieťaťa, sprostredkovať kontinuálne návštevy pacienta počas hospitalizácie, upraviť nemocničný režim v rámci domáceho a prevádzkového poriadku oddelenia, humanizovať nemocničné prostredie, dostatočne psychicky pripraviť chorého na hospitalizáciu či realizovať dobrovoľnícky program v ústavnom zdravotníckom zariadení. Všetci, ktorí sa zúčastňujú na procese diagnostiky, liečby a ošetrovania pacienta počas hospitalizácie by mali liečiť, ošetrovať a pomáhať s úctou k jeho dôstojnosti.

S hospitalizáciou neodmysliteľne súvisí ukončenie hospitalizácie dimisia, ktorá nastupuje po rozhodnutí konzília zainteresovaných do diagnostiky, liečby hospitalizovaného klienta. Klient odchádza buď do domáceho prostredia alebo inštitúcie, ktorá zabezpečí následnú starostlivosť ak je na základe zdravotného stavu potrebná. V rámci ukončenia hospitalizácie môže dôjsť aj v prípade, že pacient končí svoj život úmrtím na základe ochorenia, ktoré je nezlučiteľné so životom alebo po ťažkých polytraumách.

Pokiaľ bude človek človekom, vždy bude viac-menej pri chorobe, úraze trpieť, bude emocionálne labilný, bude potrebovať vrelý kontakt iného človeka a tým často môže byť i sociálny pracovník, ktorý ako pomáhajúci profesionál sa má vedieť prispôbiť danej problematike.

Špecifiká sociálnej práce v ústavnej zdravotnej starostlivosti

Choroba nie je izolovaný fenomén, má vždy aj svoje sociálne súvislosti – dôsledky a často aj príčiny. Preto nie je možné pri poskytovaní komplexnej zdravotnej starostlivosti ignorovať sociálne súvislosti ochorenia. Sociálne podmienky prostredia, v ktorých chorý človek žije sa často spolupodieľajú na vzniku ochorenia či úrazu a aj z tohto dôvodu je dôležitá účasť sociálneho pracovníka pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Podľa zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, § 7, ods. 4, sú zariadeniami ústavnej zdravotnej starostlivosti: „a) nemocnica I. všeobecná,

2. špecializovaná, b) liečebňa, c) hospic, d) dom ošetrovateľskej starostlivosti, e) prírodné liečebné kúpele, f) kúpeľná liečebňa, g) zariadenie biomedicínskeho výskumu.“

V súčasnosti sa manažéri ústavných zdravotníckych zariadení intenzívne zaoberajú kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ktorá je definovaná schopnosťou naplňať potreby tých klientov, ktorí sú na nej závislí, a ktorá je legislatívne ukotvená v zákone č. 578/2004 Z. z. S kvalitou poskytovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti úzko súvisí jej komplexnosť, holistický prístup prostredníctvom uspokojovania potrieb vo všetkých štyroch dimenziách ľudského života (biologickej, psychickej, duchovnej a sociálnej). Sociálnu dimenziu zastrešuje sociálna práca, prostredníctvom sociálnych pracovníkov, využívajúc jednotlivé metódy sociálnej práce. Prijatím šiestice reformných zákonov zaniká sociálna služba v zdravotníctve čím viacerí poskytovatelia zdravotnej starostlivosti opomínajú a neriešia nepriaznivé sociálne udalosti či sociálne problémy svojich klientov a tak pacient/klient je z nášho pohľadu oberaný o základné právo na kvalitnú zdravotnú starostlivosť počas ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Zmyslom sociálnej práce v zdravotníctve je pomoc pri odstraňovaní závažných negatívnych sociálnych faktorov, ktoré by mohli nepriaznivo ovplyvniť priebeh diagnostiky a liečby. Kvalitná, účinná interdisciplinárna tímová spolupráca zdravotníckych pracovníkov s odbornými pracovníkmi pôsobiacimi v zdravotníctve a sociálnymi pracovníkmi je dôležitá pre zaistenie kvality poskytovaných zdravotníckych služieb a holistického prístupu starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach. Sociálna práca v zdravotníctve realizovaná prostredníctvom metód sociálnej práce je prácou poradenskou, sociálno-diagnostickou, terapeutickou, konzultačnou, výchovnou, edukatívnou. Je preto dôležité, aby bola vykonávaná podľa etických zásad a systémom, ktorý by tvoril určitý celok so zdravotnou starostlivosťou.

V zdravotníckom zariadení sú hospitalizovaní pacienti podľa veku a medicínskych, klinických odborov. Z tohto dôvodu je potrebné uviesť základnú typológiu klientov v súvislosti s pojednávanou problematikou. Charakteristickou typológiou, ktorú môže využiť sociálny pracovník v ústavnej zdravotnej starostlivosti je typológia podľa veku klienta:

👦 detský klient – klient do veku 15 rokov, ktorý je z dôvodu veku nespôsobilý na právne úkony, a s ktorým sociálny pracovník rieši problémy v prítomnosti zákonného zástupcu. Detský klient na základe stanovenej medicínskej diagnózy, môže byť hospitalizovaný na jednotlivých klinických oddeleniach napr. novorodeneckom, pediatrickom ale aj infekčnom, traumatologickom, ortopedickom, chirurgickom, otorinolaryngologickom, fyziatrickom, kardiologickom a ďalších. K detskému klientovi v poslednom období pribúdajú i deti vložené do hniezd záchrany.

👧 mládež – klienti v adolescencii, ktorí sú charakteristickí svojou zraniteľnosťou z dôvodu

dospievania. Túto skupinu klientov viacerí odborníci charakterizujú ako najrizikovejšiu skupinu z dôvodu častého experimentovania s návykovými látkami či samostatnosťou v rozhodovaní bez adekvátneho zváženia dôsledkov správania a možného poškodenia zdravia. Klienti v adolescencii sú často hospitalizovaní na akútnych alebo chronických lôžkach viacerých oddelení napríklad pediatrickom, infekčnom, chirurgickom, traumatologickom, vnútorného lekárstva, psychiatrickom, neurologickom, doliečovacom, LDCH ale i gynekologicko-pôrodníckom, onkologickom či paliatívnej medicíny a iné.



klient v produktívnom veku – pre sociálnu prácu v zdravotníctve je klientom, ktorý si uvedomuje dôsledky sociálno-zdravotných problémov. Prejavuje snahu riešiť problémy vyskytujúce sa v súvislosti s hospitalizáciou a následnou starostlivosťou ak to bude potrebné. Klienti sú hospitalizovaní okrem pediatrického a geriatrického oddelenia na všetkých ostatných oddeleniach klinických odborov.



klient v seniorskom veku – charakteristická je ich životná skúsenosť. Z dôvodu vyššieho veku dochádza k opotrebovaniu organizmu jednotlivých systémov, čo býva často príčinou hospitalizácie na oddelení vnútorného lekárstva, neurologickom, urologickom, infekčnom, chirurgickom, traumatologickom, geriatrickom, onkologickom, ošetrovateľskom (DOS) ale i paliatívnom.

Pre výkon činností sociálnej práce v zdravotníctve je možné sa oprieť aj o typológiu klientov podľa symptómov a syndrémov, ktorú uvádza Schavel a kol. (2012, s. 61) „z hľadiska ich príčin a prejavov ich problémov.“ Autori členia klientov do nasledovných zoskupení:

- **sociálna patológia** – klienti s prezentujúcimi sa sociálno-patologickými javmi – delikvencia, kriminalita, poruchy správania, násilie, prostitúcia, závislosti, suicidálne prejavy, zneužívanie osôb, poruchy rodinného spolužitia.
- **problémy veku** – klienti s rizikovým správaním z dôvodu vývinových aspektov: detstva, dospievania, staroby.
- **sociálne skupiny** – klienti s odlišným životným štýlom na základe ich identifikácie s normami a ideológiou rôznych kultúrnych, sociálnych a extrémistických skupín.
- **zdravotné problémy** – klienti so somatickými a psychickými ochoreniami ale i dlhodobo hospitalizovaní chronicky chorí, nesamostatní, klienti ktorí sa nevedia, nemôžu alebo nemajú záujem riešiť svoje zdravotné problémy.
- **sociálno-ekonomické aspekty** – nezamestnaní, ľudia bez domova a žijúci na hranici chudoby.
- **zdravotné postihnutie** – klienti s mentálnym, zmyslovým, telesným postihnutím.

Pre sociálnu prácu v zdravotníctve je charakteristická typológia na základe správania sa

klienta od Levickej a kol. (2007), ktorá zdôrazňuje, že správanie klienta môže byť signálom budúcej spolupráce a vzťahu pri riešení problémov.

Ďalším špecifikom klinickej sociálnej práce v zdravotníctve a jej nutnej potreby v ústavnom zdravotníckom zariadení je zdravotnícke prostredie s personálom jednotlivých medicínskych odborov poskytovanej zdravotnej starostlivosti zadefinovanej v jednotlivých koncepciách. Teoreticky i prakticky sa klienti sociálneho pracovníka počas svojho životného cyklu, môžu ocitnúť v starostlivosti nasledovných nami vybraných odborov poskytujúcich zdravotnú starostlivosť v univerzitných, fakultných a všeobecných nemocniciach:

- **neonatólógia** – sociálny pracovník môže poskytnúť sociálnu pomoc pri problémových situáciách v starostlivosti o novú generáciu. K závažným situáciám dochádza po utajenom pôrode a riešenia adopcie, v prípade novorodencov uložených do hniezd záchranu či nechcených narodených detí alebo v prípade, že matky po pôrode resp. rodičia sa o svoje dieťa nechcú, nemôžu alebo nevedia postarať a v takýchto prípadoch je dôležitá tímová spolupráca,
- **pediatria** – počas hospitalizácie dieťaťa od novorodeneckého veku až po obdobie adolescencie (18 rokov) sa odvíja široké spektrum možných sociálnych problémov (CAN syndróm, závislosti, poruchy príjmu potravy – bulímia, anorexia a iné), na ktoré môže sociálny pracovník v záujme dieťaťa a jeho rodiny reagovať či už počas ústavnej starostlivosti alebo predpokladanej starostlivosti následnej,
- **gynekológia a pôrodnictvo** – počas hospitalizácie žien v tomto medicínskom odbore, často dochádza k nepriaznivým až problémovým situáciám, ktoré zdravotníci neriešia.
- **anestéziológia a intenzívna medicína** – špecifický odbor, ktorý v rámci hospitalizácie pacientov pri poskytovaní intenzívnej a resuscitačnej starostlivosti rieši náhle a život ohrozujúce príhody dôležitých orgánov (mozog, srdce, pľúca, obličky) a systémov často krát s poruchou vedomia až v bezvedomí, bez totožnosti alebo dokladov pacienta,
- **vnútorné lekárstvo** – rozmanitosť odboru pri diagnostike a liečbe vnútorných chorôb, ochorení jednotlivých systémov (kardiovaskulárny, respiračný, gastrointestinálny) často prináša nepriaznivé sociálne udalosti a problémy, na ktoré zdravotníci nereagujú z dôvodu neznalosti riešenia alebo pracovného vytiaženia,
- **neuroológia** – v súvislosti s ochorením CNS (cievne ochorenia mozgu, záchvatové ochorenia, expanzívne ochorenia miechy a mozgu, zápalové ochorenia, svalové a zápalové ochorenia alebo následky po úraze CNS) je nevyhnutná i následná sociálno-zdravotná starostlivosť, ktorá spadá do kompetencie sociálneho pracovníka,
- **reumatológia** – odbor riešiaci problematiku reumatických ochorení všetkých vekových skupín vyžadujúcich sociálnu pomoc nie len v ústavnej zdravotnej starostlivosti ale prevažne

v následnej sociálno-zdravotnej starostlivosti,

- **chirurgia** – odbor je charakteristický prevažne krátkodobou hospitalizáciou po rôznych chirurgických zákrokoch prinášajúcich často krát závažné sociálne problémy. Sociálny pracovník klientom s komplikáciami po chirurgických výkonoch môže byť nápomocný v následnej sociálno-zdravotnej starostlivosti v súvislosti s nárokom na kompenzáciu,
- **traumatológia** – rieši problematiku úrazov a poúrazových stavov. Klientmi sú často krát ľudia bez domova, po pracovných, domácich úrazoch, po ťažkých dopravných nehodách či úrazoch zapríčinených vonkajšími vplyvmi, ktoré prinášajú závažné sociálne problémy spadajúce do kompetencie sociálneho pracovníka,
- **ortopédia** – odbor počas hospitalizácie pacientov rieši ochorenia a úrazy pohybového ústrojenstva, vyžadujúce následnú sociálno-zdravotnú starostlivosť aj prostredníctvom sociálneho pracovníka,
- **otorinolaryngológia** – pacienti v liečbe odboru majú zdravotné problémy súvisiace s chorobami ucha, dýchacích orgánov, dutiny ústnej, hltana, pažeráka, tváre a krku, slinných žliaz, štítnej žľazy, zmyslového orgánu sluchu a rovnováhy, čuchu a chuti. Sociálna pomoc môže výrazným spôsobom prispieť ku kvalite života hospitalizovaných pacientov,
- **oftalmológia** – poskytuje diagnostiku a liečbu pacientom s poruchou alebo stratou zraku, ktorí sú častými klientmi sociálneho pracovníka z dôvodu zdravotného postihnutia,
- **psychiatria** – rieši narušenie psychického zdravia hospitalizovaných pacientov. V rámci koncepcie odboru má psychiatria zadanú pozíciu sociálneho pracovníka pre riešenie akútnych sociálnych problémov, sociálnu rehabilitáciu a socializáciu chorých,
- **geriatria** – poskytuje zdravotnú starostlivosť seniorom, t.j. pacientom vekovej kategórie nad 65 rokov, ktorá so sebou prináša celý rad nepriaznivých sociálnych situácií a problémov vyžadujúcich intervencie sociálneho pracovníka,
- **onkológia** – z dôvodu častosti výskytu onkologických ochorení všetkých vekových kategórií, ktoré sa dotýkajú nie len pacienta ale aj jeho rodiny je potreba tímovej spolupráce a tým i intervencie sociálneho pracovníka,
- **paliatívna medicína** – poskytuje diagnostiku a liečbu pacientom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním. V rámci personálneho obsadenia má pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zadanú i pozíciu sociálneho pracovníka pre riešenie sociálnych problémov,
- **dom ošetrovateľskej starostlivosti (DOS)** – novo vznikajúce oddelenie poskytujúce dlhodobú odbornú ošetrovateľskú a rehabilitačnú starostlivosť pre pacientov/klientov nad 18 rokov, ktorí nevyžadujú sústavnú lekársku starostlivosť a ocitli sa v sociálnej nepriaznivej situácií či sociálnej neistote. Sme presvedčení, že je nevyhnutná účasť

kvalifikovaného sociálneho pracovníka pri poskytovaní tohto typu ústavnej zdravotnej starostlivosti, v ktorej sa neriešia sociálne problémy. Personálne obsadenie s vysokou odbornou erudíciou v oblasti ošetrovateľstva ale s minimálnou až absentujúcou znalosťou riešenia sociálnych problémov klientov v produktívnom či poproduktívnom veku nedokáže komplexne uspokojovať potreby hospitalizovaných pacientov,

- **d’alšie odborné a špecializované pracoviská** – poskytujúce vysoko špecializovanú zdravotnú starostlivosť.

Metódy sociálnej práce v ústavnej zdravotnej starostlivosti

V ústavnom zdravotníckom zariadení počas hospitalizácie klienta, sociálny pracovník využíva metódy klinickej sociálnej práce s jednotlivcom, rodinou, skupinou. *„Metódy sociálnej práce sú spôsoby ako dosiahnuť vopred stanovené ciele prostredníctvom cieľavedomej činnosti sociálnych pracovníkov pri práci s jednotlivcom, rodinou skupinou, komunitou alebo inštitúciou.“* (Mátel a kol., 2011, s. 20).

Terminologický je možné vzhľadom na skutočnosť, že chorý klient sociálneho pracovníka ako jedinečná nenahraditeľná osobnosť a nemožno ho vyňať z kontextu rodiny zvážiť, či klientove problémy súvisiace so zmenou v oblasti zdravia a závažným spôsobom ovplyvňujú jeho kvalitu života, nepredstavujú určitý celok a prácu s klientom nepovažovať skôr za prípadovú sociálnu prácu. Mátel pri objasňovaní prípadovej sociálnej práce uvádza *„Prípadom sociálneho pracovníka je špecifická sociálna situácia alebo sociálny problém, nie však osoba alebo osoby v ňom zúčastnené.“* (In Mátel a kol., 2011, s. 67). V rámci konkrétnej prípadovej sociálnej práce sociálny pracovník realizuje všetky činnosti v súlade s jasne zadefinovanými a konkrétnymi etapami sociálnej práce:

- etapa sociálnej evidencie je súčasne etapou prvého kontaktu,
- diagnostická etapa resp. etapa sociálneho hodnotenia (assessment),
- etapa navrhovania riešení resp. plán sociálnej terapie,
- etapa sociálnej intervencie resp. sociálnej terapie a
- etapa overovania výsledkov. (Mátel a kol., 2011).

V rámci efektivity a prezentácie práce sociálneho pracovníka v zdravotníctve je možnosť pracovať prostredníctvom všetkých uvedených etáp.

Sociálna práca s jednotlivcom (prípadová SP)

Za najviac využívanú intervenciu sociálnej práce v zdravotníctve považujeme individuálnu prácu s klientom, ktorá by mala byť realizovaná prostredníctvom zadefinovaného a schváleného štandardného pracovného postupu zdravotníckeho zariadenia tak, ako pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zdravotníckymi pracovníkmi.

Konkrétna činnosť sociálneho pracovníka začína prvým kontaktom s klientom a následným oboznámením sa s jeho chorobopisom, v ktorom je zadokumentovaná zdravotná anamnéza. Zahájenie činnosti je závislé od toho či ide o novoprijatého pacienta/klienta alebo je sociálny pracovník oslovený ošetrojúcim lekárom, sestrou, rodinou alebo inou osobou či inštitúciou počas hospitalizácie. Sociálny pracovník by mal prostredníctvom priamej komunikácie s lekárom a ošetrojúcim personálom spoznať informácie o zdravotnom stave klienta. Zdravotnícky personál počas vstupného assessmentu síce zisťuje aj sociálnu anamnézu, ktorá mu vyplýva z pracovných povinností, ale zistené skutočnosti z dôvodu svojho pracovného zamerania ďalej nerieši. A tu vidíme priestor pre sociálneho pracovníka v rámci komplexnosti poskytovaných služieb klientovi. Prvý kontakt sociálneho pracovníka s klientom (vzhľadom na zdravotný stav a vek) má byť kratší, informatívny, neformálny, aby klient dokázal spracovať získané informácie zo stretnutia a bol schopný pripraviť sa na nasledujúce návštevy súvisiace so vstupným assessmentom. Sociálny pracovník v ďalšom stretnutí na získanie informácií využíva metódu pozorovania a rozhovoru k zisteniu vzájomných súvislostí sociálneho problému a zmeneným zdravotným stavom klienta. Túto kombinovanú metódu realizuje verbálnou a non verbálnou komunikáciou, ktorú by mal sociálny pracovník zvládnuť na vysokej profesionálnej úrovni. Podmienkou na nadviazanie pozitívneho partnerského vzťahu s klientom je rešpektovať autonómiu klienta, prejavovať empatiu a aktívne počúvanie.

V rámci **diagnostickej etapy** zameranej na psychosociálnu anamnézu sa sociálny pracovník snaží získať potrebné a neskreslené informácie, ktoré môžu resp. by mali objasniť vzniknutý sociálny problém a stanoviť sociálnu diagnózu. Popri analýze dokumentov zo zdravotnej dokumentácie a chorobopisu v rámci zdravotnej anamnézy, ktorú spracováva sociálny pracovník v spolupráci s ošetrojúcim lekárom, a s ktorým spolupracuje aj pri návrhu a realizácii diagnosticko-liečebného plánu sa taktiež zameriava na osobnú, rodinnú, školskú (v prípade detského klienta), pracovnú anamnézu podľa veku klienta, ale neopomína ani informácie zo životnej histórie klienta, ktoré mohli ovplyvniť vznik a charakter sociálneho problému. Výhodou pre získavanie potrebných informácií môže byť zadaný a schválený zdravotníckym zariadením formulár štruktúrovaného rozhovoru v rámci vstupného assessmentu pacienta. Bezprostredne po zahájení činnosti sociálneho pracovníka s klientom je vhodné čo najskôr nadviazať kontakt s rodinou hospitalizovaného klienta, z dôvodu získania dostatku relevantných informácií o sociálnej situácii klienta čo je predpokladom pre následné stanovenie vhodnej a účinnej sociálnej pomoci. V súvislosti s detským klientom je spolupráca s rodinou prvoradá a nevyhnutná. „*Hlavnými požiadavkami kladenými na získané informácie sú predovšetkým objektívnosť, úplnosť a prehľadnosť.*“

(Mátel a kol., 2011, s. 78). V procese diagnostiky nepriaznivej sociálnej situácie resp. sociálneho problému je vhodné okrem už spomínaných metód rozhovoru, pozorovania, analýzy dokumentov využiť známu techniku lámania ľadov a nereagovať na prípadné afektívne reakcie zo strany klienta alebo rodiny.

Počas mapovania sociálnej situácie sa sociálny pracovník môže stretnúť zo strany klienta resp. rodiny s prejavom nedôvery alebo odmietania pomoci. V každom prípade je povinnosťou sociálneho pracovníka pokúsiť sa nadviazať dôverný vzťah, vysvetliť všetky spôsoby momentálnej možnej pomoci klientovi a jeho rodine. (Kuzníková et al., 2011).

Súčasťou diagnostiky je veľmi dôležitá a nevyhnutná komunikácia s inštitúciami podľa zistených skutočností a povahy sociálneho problému (ÚPSVaR, ObÚ, ZpS, Zariadenia sociálnych služieb, MVO, VÚC, SPODaSK a pod.).

K základnej diagnostickej metóde pri práci s chorým klientom neodmysliteľne patria *identifikačné údaje klienta*: meno, dátum narodenia, adresa, *dôvod k sociálnej práci s klientom*: akútny resp. chronický (dlhodobý) problém, *rodinné pozadie klienta*: blízki príbuzní, vzťah k členom rodiny, *sociálne pozadie klienta*: blízki ľudia, spoločenské postavenie, *telesný stav klienta*: životný štýl, hygiena, stravovanie, osobná bezpečnosť, *intelekt a dosiahnuté vzdelanie*, *emocionálne správanie*: temperament a naučené správanie, *schopnosť riešiť problémy*: skúsenosti s riešením sociálnych problémov, *zamestnanie a ekonomická situácia klienta*, *bývanie klienta a užívanie hromadného dopravného prostriedku*, *náboženské presvedčenie*, *triedna príslušnosť*, *etnicita*, *sexuálna orientácia a celkový dojem z klienta*. (Rezníček In Mátel a kol., 2011). Záver z procesu sociálnej diagnostiky tvorí sociálnu diagnózu, ktorá odzrkadľuje vznik, rozsah a históriu sociálneho problému. Ideálnym riešením sociálnej práce v zdravotníctve je spracovanie štandardného pracovného postupu pri diagnostike predpokladaných sociálnych problémov súvisiacich so zmeneným zdravotným stavom klienta.

Po stanovení sociálnej diagnózy nasleduje tvorba sociálneho plánu a návrh možných riešení problému. Sociálny pracovník pri tvorbe plánu spolupracuje s klientom (ak to umožňuje zdravotný stav klienta), rodinou klienta, ošetrojúcim lekárom a zdravotníckymi pracovníkmi zainteresovanými na procese diagnostiky a liečbe. Môže sa stať, že z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu sa klient na tvorbe plánu nemôže, nechce alebo nemá záujem zúčastniť a potom sociálny pracovník po stanovení základných téz sociálneho plánu (krátkodobý, dlhodobý), spolupracuje s členmi tímu zdravotníckych ale i nezdravotníckych spolupracovníkov v záujme riešenia problémovej situácie klienta. V takom prípade, bude plán resp. návrh riešení kolektívnym dielom, s ktorým je klient oboznámený a s plánom súhlasí. Ak sociálny pracovník z dôvodu, povahy a charakteru ochorenia predpokladá, že sociálny

problém bude riešiť prostredníctvom konkrétnej sociálnej služby zostaví individuálny rozvojový plán klienta, ktorý zohľadňuje jednotlivé klientove potreby, a ktorý je štandardným pravidlom pre užívateľa a prijímateľa sociálnej služby podľa zákona č. 448/2008 Z. z. Výhodou zadaného a schváleného plánu navrhovaných riešení je možnosť pravidelnej kontroly plnenia plánu (audit) a prípadná korekcia podľa zdravotného stavu klienta a dĺžky hospitalizácie. Sociálny pracovník pri tvorbe plánu neopomína skutočnosti či sú plánované činnosti (intervencia) orientované na sociálnu pomoc k svojpomoci klienta alebo sociálnu starostlivosť o klienta v ústavnom zdravotníckom zariadení či následnú sociálno-zdravotnú starostlivosť realizovanú v prirodzenom prostredí klienta (domácom, inštitucionálnom).

Kritériom pre výber vhodnej sociálnej intervencie v činnosti sociálneho pracovníka v zdravotníctve je vek, zdravotný stav a s ním súvisiace potreby klienta, typ poskytovanej zdravotnej starostlivosti (akútna, intenzívna, dlhodobá). Charakteristickou črtou intervencie je, že obvykle začína už pri prvom stretnutí a končí po ukončení spolupráce sociálneho pracovníka s klientom resp. rodinou klienta. Podľa Schavela a kol. (2012) poznáme intervenciu bežnú a krízovú. Krízovú intervenciu volí sociálny pracovník pri riešení život ohrozujúcich stavoch neodkladnej ústavnej zdravotnej starostlivosti na akútnych lôžkach oddelení (pediatria, chirurgické odbory, vnútorné lekárstvo, psychiatria, neurológia, gynekológia a ďalšie). Bežnú intervenciu volí sociálny pracovník podľa vopred zadaného a schváleného sociálneho plánu alebo individuálneho plánu klienta pri práci s klientom počas neodkladnej dlhodobej ústavnej starostlivosti väčšinou na chronických lôžkach oddelení (doliečovacie, dlhodobo chorých, DOS, paliatívne) ústavného zdravotníckeho zariadenia.

Motivovaní Mojtoovou (2010) uvádzame možné formy sociálnej intervencie, ktoré môže využiť sociálny pracovník pri práci s klientom (jednotlivcom, rodinou, skupinou ale aj inštitúciou – zdravotníckym zariadením):

- komplexné spracovanie sociálnej anamnézy, definovanie sociálneho problému, pomoc pri vyplňaní formulárov a žiadostí,
- zostavenie plánu sociálnej terapie, rozsah, druh a potrebné sociálne opatrenia,
- realizácia sociálnej služby v úzkej interdisciplinárnej spolupráci s ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi v súčinnosti so samosprávou, školskými zariadeniami a ďalšími inštitúciami podľa potrieb a problémov klienta,
- základné a špecializované poradenstvo, podávanie informácií a rád prostredníctvom poradenského a terapeutického rozhovoru, prípadne pomoc v oblasti zdravotného poistenia, sociálneho zabezpečenia, pracovno-právnych vzťahov, rodinného práva a ďalších otázok

týkajúcich sa konkrétnych problémových záležitostí klienta,

- starostlivosť o sociálne potreby, a sprostredkovanie pastorálnej starostlivosti,
- terénna práca v rodinách, inštitúciách, ÚPSVaR, ObÚ, VÚC, políciou, spolupráca s opatrovateľskou službou, zariadeniami pre seniorov, DSS,
- sprostredkovanie kontaktu s inými odborníkmi podľa charakteru sociálneho problému,
- predvolávanie príbuzných a blízkych spadajúcich do sociálnej siete klienta na pohovor, vyhľadávacia činnosť – depistáž,
- pomoc pri zistení totožnosti klienta, vybavovaní dokladov, komunikácia s matrikou,
- kompletizácia dokumentácie pre potreby ústavného zdravotníckeho zariadenia resp. následnej starostlivosti v DD, DSS, ZpS,
- aktivity v rámci prevencie hospitalizmu najmä u detí a seniorov, poskytnutím sociálnej opory počas diagnostických výkonov, monitorovania bolesti a prekonávaní negatív, ktoré súvisia s ochorením resp. hospitalizáciou,
- socioterapeutické pôsobenie podľa veku klienta – poradenský a terapeutický rozhovor, individuálna a skupinová sociálna práca, rodinná terapia, práca so svojpomocnými skupinami,
- v záujme klienta sa usilovať o nápravu jeho životných podmienok v rodinnom či náhradnom prostredí,
- pomoc pri reintegrácii a resocializácii klientov do spoločenského prostredia, ak takúto pomoc potrebujú z dôsledku nedostatku psychických, fyzických schopností či pre narušené vzťahy alebo iné dôvody,
- sledovanie negatívnych vplyvov, ktoré nepriaznivo pôsobia na udržiavanie životnej rovnováhy klienta, na jeho fyzické a duševné zdravie a podieľa sa na ich odstraňovaní,
- vykonávať sociálnu prevenciu, hlavne depistážnu činnosť, ktorá je cieľavedome zameraná na včasné vyhľadávanie jedincov, ktorí sa môžu ocitnúť alebo sa už ocitli v nepriaznivej sociálnej situácii alebo životnej kríze,
- účasť na tvorbe preventívnych programov so zameraním na hospitalizáciu a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti,
- aktívna účasť v rámci dobrovoľníckeho programu, vyhľadávanie a oslovenie dobrovoľníkov, koordinácia činnosti dobrovoľníkov, supervízia a iné,
- spolupráca so svojpomocnými skupinami daného regiónu,
- aktívna účasť na prevencii syndrómu vyhorenia pomáhajúcich profesii,
- spolupráca s oddelením ľudských zdrojov pri tvorbe a realizácii sociálneho programu zariadenia,
- aktívna účasť v etickej komisii ústavného zdravotníckeho zariadenia,

- spolupráca pri príprave a realizácii školení BOZP a PO,
- a iné, podľa typu ústavného zdravotníckeho zariadenia.

Sociálny pracovník pri práci s klientom pracuje s celou škálou metód a techník sociálnej práce od administratívnych činností cez sociálnu terapiu až po sociálne poradenstvo, ktoré je významnou metódou sociálnej práce v ústavných zdravotníckych zariadeniach. Sociálny pracovník počas poradenského procesu využíva všetky svoje sociálne zručnosti, ktorými sú sociálna percepcia, sociálna komunikácia (verbálna, nonverbálna) vrátane aktívneho počúvania, sociálnu interakciu, empatiu, zvládanie interpersonálnych konfliktov, asertívne konanie, zvládanie záťažových situácií, rozvíjanie tvorivosti a psychohygienu. (Schavel In Mátel a kol., 2011). Sociálne poradenstvo ako odborná činnosť je metóda sociálnej práce, prostredníctvom ktorej sa poskytuje základné a špecializované sociálne poradenstvo ukotvené v zákone č. 448/2008 Z. z. V zdravotníckom zariadení často rezonuje záujem o poskytnutie informácií nie len zo strany chorých klientov ale aj zamestnancov zdravotníckeho zariadenia, ktorým chýbajú odborné informácie z oblasti možnosti zabezpečenia zdravotníckych pomôcok (kompenzačných, rehabilitačných, ortopedických), dietetických potravín súvisiacich s chorobou, úrazom alebo prevenciou. Absentujú tiež relevantné informácie z oblasti možných sociálnych služieb po ústavnej zdravotnej starostlivosti a potrebnej následnej sociálno-zdravotnej starostlivosti (ADOS, hospicová starostlivosť, opatrovateľská služba a iné). Práve preto, vidíme nutnosť implementácie sociálnej práce a sociálneho pracovníka do ústavnej zdravotnej starostlivosti. Sociálny pracovník v rámci svojich odborných kompetencií pracuje s klientom a pre zdravotnícke zariadenie, spolupracuje so zdravotníckym tímom inými odborníkmi a profesionálmi ale aj inštitúciami štátnej správy, rôznymi sociálnymi inštitúciami, mimovládnyimi organizáciami pri riešení sociálnej situácie klienta a jeho rodiny.

Počas výkonu činnosti sociálny pracovník v ústavnej zdravotnej starostlivosti všetky intervencie a zistené skutočnosti chronologicky zaznamenáva v sociálnej dokumentácii klienta, ktorá by mala byť povinnou súčasťou chorobopisu. Ideálom by bolo celý proces tvorby a vedenia sociálnej dokumentácie ošetriť štandardným pracovným postupom obdobne ako používajú zdravotnícki pracovníci pri vedení zdravotnej dokumentácie hospitalizovaného pacienta z foréznych dôvodov. Súhlasíme so Smoleňovou, ktorá uvádza, že *„nevyhnutnou súčasťou práce sociálneho pracovníka je precízna a kvalifikovaná dokumentácia. Doteraz najpoužívanejšou metódou práce sociálneho pracovníka v zdravotníctve je prípadová štúdia – Case Study.“* Správne vedená dokumentácia prostredníctvom prípadovej štúdie poskytuje ucelený obraz o problémoch, ktoré sa vyskytli v súvislosti s chorobou ako u klienta tak u jeho

rodiny nie len v predchorobí ale i v procese diagnostiky a liečby v ústavnom zdravotníckom zariadení. (In Oláh a kol., 2012, s. 294).

Na procese ukončenia práce sociálneho pracovníka s klientom v ústavnom zdravotníckom zariadení sa podieľa viacero faktorov vyplývajúcich zo špecifickosti prostredia, zdravotného stavu klienta, dĺžky hospitalizácie a následnej starostlivosti. Pred ukončením spolupráce s klientom, rodinou resp. zdravotníckym personálom sociálny pracovník overuje správnosť zvolených pracovných postupov a intervencií, o ktorých v pravidelných intervaloch diskutuje a konzultuje s členmi interdisciplinárneho tímu a ošetrojúcim lekárom. Mátel a kol. (2011, s. 94) proces overovania výsledkov „nazýva *evaluácia*. *Začína sa pred formálnym ukončením intervencie zisťovaním sociálneho zlepšenia. Jej súčasťou môže byť evaluačný rozhovor s klientom. Vhodné je pri ňom klásť dôraz na pozitívne zmeny a ocenenie klienta. V jej závere je vhodné plánovanie stretnutí s klientom aj po ukončení intervencie. Evaluácia okrem toho obsahuje celkové hodnotenie účinnosti intervencie a sledovanie ekonomických aspektov sociálnej práce.*“ Evaluácia v zdravotníckom prostredí má svoje špecifiká z dôvodu zdravotného znevýhodnenia klienta. Katamnézu v súvislosti s riešením sociálnych problémov hospitalizovaných klientov, sociálny pracovník v ústavnom zdravotníckom zariadení realizuje v určitom časovom odstupe alebo počas rehospitalizácie prevažne u klientov bez domova, seniorov, zdravotne postihnutých či výskytu relapsu onkologických klientov.

Sociálny pracovník, profesionál a člen interdisciplinárneho tímu poskytuje sociálne služby, intervencie na všetkých úsekoch ústavnej zdravotnej starostlivosti od pediatrie až po geriatrické oddelenia či už na akútnych alebo chronických lôžkach.

Sociálny pracovník na úseku starostlivosti o dieťa:

Sociálny pracovník na pediatrickom úseku činnosti prijíma do svojej starostlivosti detských pacientov a často aj ich rodičov. Na základe poverenia zdravotníckych pracovníkov vykonáva sociálne šetrenie pre účely diagnostického, liečebného a ošetrovateľského procesu. Skladba pacientov je od novorodeneckého veku až po adolescentov, z čoho vyplýva široká škála sociálnych problémov.

Činnosť sociálneho pracovníka

- na základe kvalitnej sociálnej anamnézy stanoví sociálnu diagnózu a sociálnu prognózu
- vypracuje plán sociálnej terapie (navrhne rozsah, druh a potrebné sociálno-zdravotné opatrenia)
- poskytuje v rozsahu svojej kvalifikácie odborné poradenstvo rodičom v oblasti, sociálneho zabezpečenia, pracovno-právnych vzťahov a sociálnych služieb.

Právne normy v práci sociálneho pracovníka

- Sociálny pracovník môže poskytovať sociálnu pomoc pri zisťovaní nárokov, ktoré vyplývajú zo zákona o rodine, o sociálno-právnej ochrane detí a o sociálnej kuratele, zákona o sociálnych službách, zákona o sociálnom zabezpečení, zdravotnom poistení,
- v prípade ohrozenia dieťaťa v spolupráci s poverenými úradmi a inštitúciami dáva podnety k zahájeniu súdneho šetrenia, ktorým má byť zaistené právo dieťaťa na ochranu jeho práv, ako je právo na prirodzený vývoj, riadnu výchovu a vzdelávanie, právo na ochranu jeho života podľa Deklarácie práv dieťaťa.

Detský pacient a disharmónia rodiny

- zvýšenú a zvláštnu pozornosť venuje deťom z disfunkčných rodín, zdravotne handicapovaným, nepľnoletým rodičom, či z rodín, kde sa vyskytuje alkoholizmus, toxikománia alebo iný druh delikvencie či sociálnej patológie,
- náročnou a nezávideniahodnou prácou sociálneho pracovníka je hlásenie podnetov, na základe informácií od ošetrojúceho lekára, upozorní políciu a môže dôjsť k zahájeniu súdneho konania.

Sociálny pracovník a onkologická starostlivosť

Onkologické ochorenia sú druhou vedúcou príčinou úmrtí na Slovensku. Kvalifikovaná sociálna pomoc a sociálna služba pre pacientov a ich príbuzných je súčasťou onkologickej liečby. V dôsledku dlhotrvajúcej, agresívnej a kombinovanej liečby vznikajú nové sociálne problémy – zabezpečenie domácnosti, finančné problémy, neplánovaná práceneschopnosť, prípadne i strata zamestnania a ďalšie.

Činnosť sociálneho pracovníka:

- s onkologickým pacientom a pre pacienta v rámci uspokojovania jeho sociálnych potrieb počas hospitalizácie, ale i v rámci ambulantnej liečby,
 - s rodinou onkologického pacienta v rámci podpory rodiny a sociálno-právnom poradenstve,
 - s členmi zdravotníckeho tímu, kde by mal byť rovnoprávnym členom tímu a mať v ňom stálu pozíciu,
 - s podpornými svojpomocnými skupinami, napríklad: onko kluby alebo stoma kluby
- Sociálny pracovník by mal byť schopný prekonávať komunikačné bariéry medzi najrôznejšími zainteresovanými subjektmi, ktoré sa podieľajú na diagnostickom, liečebnom a ošetrovateľskom procese. Taktiež môže participovať na plánovanom prepúšťaní pacientov a komunitnej starostlivosti o onkologických pacientov, edukácii zdravotníckych pracovníkov pri riešení sociálnych problémov....

Sociálny pracovník na úseku geriatrickej starostlivosti

Geriatrickí pacienti – seniori nad 65 rokov veku so zdravotnými problémami sú hospitalizovaní na akútnych oddeleniach, geriatrických oddeleniach, alebo oddeleniach dlhodobo chorých či doliečovacích oddeleniach. Ohrození sú predovšetkým nestabilitou zdravotného stavu, prípadne trvalým znížením zdravotného stavu alebo trvalým znížením sebestačnosti, ktorá vyplýva zo základného ochorenia.

Uspokojovanie sociálnych potrieb je zamerané najmä na:

- zmiernenie sociálnej izolácie,
- účinnú komunikáciu s pacientom,
- zabezpečenie kontaktov s podpornými osobami,
- vytvorenie pozitívnej atmosféry a vhodného prostredia a
- riešenie problémov súvisiacich so sociálnymi zmenami

Pracovať so seniormi vyžaduje väčšiu mieru trpezlivosti, títo ľudia majú veľké životné skúsenosti a veľa krát, ak im pomôžeme, sú schopní rýchlo nájsť riešenia vlastných problémov. V rámci liečebného procesu má sociálny pracovník dôležité miesto v geriatrickom tíme a v celom procese majú byť rešpektované prania pacienta prípadne jeho rodiny.

Sociálny pracovník na paliatívnom oddelení

Paliatívna starostlivosť zahŕňa zdravotnú starostlivosť, ošetrovateľskú starostlivosť, rehabilitáciu, psychologickú starostlivosť, duchovnú starostlivosť a sociálne poradenstvo. Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je starostlivosť zabezpečovaná sestrami a je zameraná na manažment a uspokojovanie ošetrovateľských potrieb pacienta. Respitná starostlivosť je súčasťou paliatívnej starostlivosti, pod ktorou sa rozumie stimulujúca zmena prostredia umožňujúca vzájomnú podporu a spoluprácu osôb, ktoré sa starajú o pacienta.

Úlohou paliatívnej starostlivosti je:

- 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...

Cieľom paliatívnej starostlivosti je dosiahnutie čo najlepšej kvality života chorých a ich rodín.

Činnosť sociálneho pracovníka môžeme rozdeliť do dvoch základných častí činnosti:

- starostlivosť o pacienta počas hospitalizácie – pomocou pri vybavovaní sociálnych dávok, invalidného dôchodku, zvýšení dôchodku pre nesebestačnosť,
- starostlivosť o rodinu pacienta

Použitá literatúra:

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

LEVICKÁ, J. a kol. 2007. *Sociální práce I*. Trnava: ProSocio, 2007, 168 s. ISBN 978-80-969454-2-9.

MÁTEL, A. a kol. 2011. *Vybrané kapitoly z metod sociální práce I*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2011. 214 s. ISBN 978-80-8132-027-9.

MOJTOVÁ, M. 2010. *Sociální práce v zdravotnictví*. 2. vyd. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2010, 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.

OLÁH, M. a kol. 2012. *Metódy sociálnej práce v praxi*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety Bratislava, ÚSVaZ bl. P. P. Gojdiča Prešov, 2012, 317 s. ISBN 978-80-8132-039-2.

OLÁH, M. a kol. 2010. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2006. 174 s. ISBN 80-969449-6-7.

SCHAVEL, M. a kol. 2012. *Sociální prevencia*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2012, 266 s. ISBN 978-80-89535-06-4.

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

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

ŠUSTROVÁ, M. 2012. *Sociální práce v zdravotnictví*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2012. 122 s. ISBN 978-80-8132-041-5.

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 14. decembra 2012 č. 09780-OL-2012, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno – technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutie a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Z. z. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

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

Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 599/2003 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov.