

# Zdravotníctvo a sociálna práca

Vedecký časopis

Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o.,  
v Bratislave

a Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave

ročník 11 | 2016 | číslo 2



| Ošetrovatelstvo |

Verejné zdravotníctvo |

LVM |

| Pedagogika |

Sociálna práca |



## FITNESS

Aircraft Sport House je špičkové fitness centrum, ktoré sa nachádza na ploche 3000 m<sup>2</sup>. Jednou z najväčších výhod fitness centra je jeho rozloha. Keď raz prídete k nám, všetky ostatné fitness centrá sa Vám budú zdať malé. K fitness centru patrí aj bar, kde si môžete dať kávu alebo pred-tréningový shake. Medzi iné vybavenie v našom fitness centre patria spinningové bicykle, hrubé Watson tyče, kettlebells, strongman zóna so štedrým strongman vybavením, vzpieračské pódia a silové kliecky.

Bojové športy  
Rehabilitácie  
Strongman  
Craft camp  
Wellness  
Box club

Riddim Dance  
Dance Station  
Aerobik  
Pilates



 **aircraftsporthouse**

Aircraft Sport House s.r.o.  
Ivánska cesta 30/D, 821 04 Bratislava  
Fitness +412 944 645 101  
Halové športy +421 949 422 051  
sporthouse@afl.sk  
[www.aircraftsport.sk](http://www.aircraftsport.sk)

**JUMP  
ARENA**

Novo-otvorená Jump aréna ponúka trampolíny, vzduchový vankúš a ďalšie atrakcie. Prídte objaviť svoje možnosti. Urobíme vám oslavu, párty alebo team building.

[www.jumparena.sk](http://www.jumparena.sk)

 **aircraftsporthouse**

 **kids  
House**

**JUMP  
ARENA**



**Microdacyn hydrogel** je superoxidovaný produkt vo forme hydrogélu, vyrobený pomocou elektrolyzy ultračistej vody a NaCl. Microdacyn® denaturuje bunkovú stenu jednobunkových organizmov, čo spôsobuje, že táto stena presakuje a rozpadá sa. Štúdie tiež ukazujú, že Microdacyn® má protizápalový a protialergický účinok, čo prispieva k rýchlejšiemu hojeniu všetkých typov rán v každej fáze hojenia.

#### **Fakty a výhody:**

- vďaka forme hydrogélu je schopný dlhšie pôsobiť v rane,
- aktívna regenerácia tkaniva,
- pH neutrálny,
- účinnosť na baktérie, vírusy, kvasinky, spóry,
- ne (cy) toxický.



tel.: +421 327 773 070  
fax.: +421 327 773 072  
gsm.: [+421 917 336 088](tel:+421917336088)  
e-mail: [martina.oharkova@acare.sk](mailto:martina.oharkova@acare.sk)

**Prevádzka**  
Družstevná 64  
916 24  
Horná Streda  
Slovenská  
republika

**Sídlo**  
Sládkovičova 10  
921 01 Piešťany  
IČ: 35724609  
DIČ:  
SK2020241817

tel.: +421 327 773 070  
tel.: +421 327 773 071  
fax.: +421 327 773 072  
e-mail: [acare@acare.sk](mailto:acare@acare.sk)  
web : [www.acare.sk](http://www.acare.sk)



MICROCOMP-Computersystem s.r.o.  
je úspešným dodávateľom  
informačných technológií a riešiteľom  
projektov informačnej bezpečnosti.

——  
systémová integrácia

——  
dodávky hardvéru

——  
dodávky dátových sietí

——  
vývoj, úpravy a customizácia  
informačných systémov

——  
analytické práce

——  
vytváranie a realizácia bezpečnostných  
projektov informačných systémov

——  
vzdelávanie, školenia

——  
konzultácie pre zákazníkov

——  
servisná podpora, záručný  
a pozáručný servis

#### **Sídlo**

Kupecká 9  
94901 Nitra  
tel.: +421 37 6511306  
fax: +421 37 6516166  
obchod@microcomp.sk

#### **Pobočka**

Odborárska 5  
83102 Bratislava  
tel.: +421 2 53631221  
fax: +421 2 53419854

#### **Pobočka**

Na troskách 16  
97401 Banská Bystrica  
tel.: +421 48 4143052  
fax: +421 48 4143053

[www.microcomp.sk](http://www.microcomp.sk)

## OBJEDNÁVKA

na časopis **Zdravotníctvo a sociálna práca / Zdravotnictví a sociální práce**

Vychádza 4 – krát ročne. Nepredajné

### Závazne si objednávam:

celoročné vydanie ..... Počet kusov .....

časopis číslo ..... Počet kusov .....

Meno ..... Priezvisko .....

Organizácia.....

IČO ..... IČ DPH .....

Adresa pre doručenie.....

Tel. .... Fax .....

E - mail ..... Podpis .....

### Objednávky posielat'

Objednávky pre SR	Objednávky pre ČR	Vydavateľstvo SR	Vydavateľství ČR
Doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc. Fakulta zdravotníctva a soc. práce TU Univerzitné nám. 1, 918 43 Trnava mobil: 00421 911747282 e-mail: msramka@ousa.sk č. účtu: 2925860335/1100 SR	Časopis Zdravotníctvo a sociálna práca VSZ o. p. s., Dušková 7, 150 00 Praha 5, ČR mobil: 00420/777/17 22 58 e-mail: skorpikova@vszdrav.cz č. účtu: 246152872/0300, ČR	SAMOSATO, s.r.o., Bratislava Plachého 53 P.O. BOX 27 840 42 Bratislava 42, SR IČO: 35971509 IČ DPH: SK 202210756	Maurea, s. r. o. ul. Edvarda Beneše 56 301 00 Plzeň, ČR IČO: 25202294

Vedecký časopis Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave a Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave

Zdravotníctvo a sociálna práca • ročník 11. • 2016, číslo 2

Vydáva: SAMOSATO, s. r. o., Bratislava, SR a MAUREA, s. r. o., Plzeň, ČR

Editor: prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc., Co-editor: doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc.

Redakcia: prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. - šéfredaktor; doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc. - tajomník redakcie.

Redakčná rada: doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc. (Trnava); doc. Ing. Štefan Bugri, PhD. (Prešov); prof. PhDr. Pawel Czarnecki, PhD. (Warszawa), prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD. (Prešov); doc. MUDr. Štefan Durdík, PhD. (Bratislava); Dr.h.c. Prof. Peter Šimko, PhD (Bratislava), Prof. MUDr. Peter Fedor-Freybergh, DrSc. (Bratislava), doc. MUDr. Alena Furdová, PhD., MPH (Bratislava); prof. MUDr. Štefan Galbavý, DrSc. (Bratislava); JUDr. Alexander Gros (Nadlac); Prof. MUDr. Anton Gúth, CSc. (Bratislava), MUDr. Mikuláš A. Haľko (New York, USA); prof. MVDr. Peter Juriš, CSc. (Košice); Doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD (Příbram); prof. MUDr. Marián Karvaj, PhD. (Nové Zámky); prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD. (Rožňava); doc. PhDr. Vlastimil Kozoň, PhD. (Wien); prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc, Dr.h.c.mult. (Bratislava); doc. PaedDr. Ilona Mauritzová, PhD. (Plzeň); Doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. (Praha); Prof. PhDr. Michal Oláh, PhD. (Bratislava); prof. MUDr. Anna Sabová, PhD., (Nový Sad, Srbsko); prof. PhDr. Milan Schavel, PhD., (Bratislava); prof. MUDr. Jana Slobodníková (Trenčín); prof. MUDr. Jaroslav Slaný, PhD. (Trnava), prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. (Bratislava); prof. MUDr. Igor Šulla, DrSc. (Košice); vacant Brno,( ČR); prof. PhDr. Valéria Tothová, PhD. (České Budejovice); Prof. JUDr. Robert Vlček, PhD., MPH (Bratislava); doc. PhDr. Nadežda Kovalčíková, PhD. (Trnava).

Časopis je recenzovaný. Za obsahovú a formálnu stránku zodpovedá autor. Texty neprešli jazykovou korektúrou. Adresa redakcie: Časopis Zdravotníctvo a sociálna práca, Klinika stereotaktickej rádioterapie, OÚSA, SZU a VŠZaSP sv. Alžbety, Heydukova 10, 812 50 Bratislava, Slovenská republika, č. účtu: 2925860335/1100, SR. adresa redakcie: e-mail: msramka@ousa.sk

Adresa pobočky redakcie v ČR: Časopis Zdravotnictví a sociální práce, VŠZ o.p.s., Dušková 7, 150 00 Praha 5, Česká republika, č. účtu: 246152872/0300.

Pre tlač je dovolená s písomným súhlasom redakcie • Nevyžiadané rukopisy sa nevracajú • 4 vydania ročne • EV 4111/10, Zaregistrované MK SR pod číslom 3575/2006 • ISSN 1336–9326 • Zaregistrované MK ČR pod číslom E 19259 • ISSN 1336–9326. Vyšlo dňa 30.06. 2016.

Link na online verziu časopisu: [www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk](http://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk), [www.zdravotnictviasocialniprace.cz](http://www.zdravotnictviasocialniprace.cz)

OBSAH

<i>Šramka, M.</i> Editoriál .....	3
<i>Kašlíková, K., Meluš, V., Krajčovičová, Z., Slobodníková, J.</i> Overenie účinnosti dezinfekčných roztokov a efektivity programov dezinfekcie z aspektu vybraných pôvodcov nozokomiálnych nákaz ..... (Testing the effectiveness of disinfectant solutions and efficiency of programs of disinfection from the aspect of selected agents of nosocomial infections)	4
<i>Suchanová, R., Tirpáková, L., Grichová, M.</i> Špecifiká komunikácie sestry s pacientom so zrakovým, sluchovým a rečovým postihnutím ..... (Specifics of Communication with a patient with vision, hearing and speech disability)	14
<i>Renger, F., Czirfusz, A.</i> A first overview about the statutory and private health insurance in Germany ..... (Prvý prehľad o verejnoprávnom a súkromnom zdravotnom postení v Nemecku)	20
<i>Karas, M., Urban, D.</i> Příčiny neúspěšné sanace rodiny v rámci sociální rehabilitace, rizika, následky ..... (Cause of unsuccessful rehabilitation of families through social rehabilitation, risks and consequences)	27
<i>Kotradyová, K.</i> Problém osamelosti a jej aktuálne riziká v kontexte súčasných výskumov ..... (Problem of loneliness and its risks in context of current researches)	50
<i>Strelka, L., Kleinová, M.</i> Hojenie chronických rán .....	57

## **EDITORIÁL**

Milí čitatelia,

časopis Zdravotníctvo a sociálna práca začal vychádzať v roku 2006 na Ústave zdravotníctva a sociálnej práce blahoslaveného P. P. Gojdiča v Prešove Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave. Z odborného časopisu sa na základe kvality príspevkov čitateľov postupne vypracoval na vedecký časopis. Od roku 2009 sa stal nielen vedeckým časopisom ale aj medzinárodným časopisom. Vychádza ako v slovenskej tak aj v českej verzii. Od roku 2011 vychádza časopis na Slovensku aj v Čechách nielen v printovej ale aj internetovej forme. V snahe umožniť prístup k časopisu aj študentom je internetová forma časopisu zdarma (dostupná na adrese [www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk](http://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk) a [www.zdravotnictviasocialniproce.cz](http://www.zdravotnictviasocialniproce.cz)) a časopis je nepredajný. Od čísla 3/2014 sa rozšírilo tématické zameranie časopisu tak, že pokrýva jednak zdravotnícke odbory ako sú Ošetrovatel'stvo, Verejné zdravotníctvo, Laboratórne vyšetrovacie metódy v zdravotníctve (LVM), jednak ďalšie pomáhajúce profesie ako sú Sociálna práca a Pedagogika. Pristúpilo sa ku spolupráci s Fakultou zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave. V súčasnosti časopis vydávajú spoločne Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave a Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave. Časopis vydáva Supplementum, v ktorom sa zaraďujú štruktúrované abstrakty z medzinárodnej konferencie organizovanej Vysokou školou zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. V roku 2015 vychádzal v poradí 10. ročník časopisu.

Príspevky v časopise vychádzajú s abstraktom v domácom aj v anglickom jazyku. V súčasnosti, v záujme zvyšovania kvality časopisu, musia mať zaslané príspevky štruktúrovaný abstrakt nielen v rodnom jazyku autora (slovenský, český, poľský) ale aj štruktúrovaný abstrakt v anglickom jazyku. Príspevky, ktoré autori pošlú iba s neštruktúrovanými abstraktmi, už redakcia nebude akceptovať a budú vracané autorom na prepracovanie. Našou dlhodobou snahou je, aby sa z časopisu postupne stal časopis stredoeurópskeho významu. Preto budeme zaraďovať aj príspevky aj v anglickom jazyku. Tomu zodpovedá aj súčasná zmena požiadavok pre spracovanie príspevkov a citovanie literatury s cieľom priblížiť sa štandardu obvyklému v anglicky písaných medzinárodných časopisoch z oblasti zdravotníctva a pomáhajúcich profesií. Záujemcom o uverejnenie ich príspevkov v časopise pripomínáme potrebu oboznámiť sa so súčasnými platnými pokynmi autorom pre písanie príspevkov a dôsledne ich rešpektovať.

Prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc.  
Šéfredaktor

\*\*\*\*\*

**OVERENIE ÚČINNOSTI DEZINFEKČNÝCH ROZTOKOV  
A EFEKTIVITY PROGRAMOV DEZINFEKČIE Z ASPEKTU  
VYBRANÝCH PÔVODCOV NOZOKOMIÁLNYCH NÁKAZ**

**TESTING THE EFFECTIVENESS OF DISINFECTANT SOLUTIONS  
AND EFFICIENCY OF PROGRAMS OF DISINFECTION FROM THE  
ASPECT OF SELECTED AGENTS OF NOSOCOMIAL INFECTIONS**

**Kašlíková, K., Meluš, V., Krajčovičová, Z., Slobodníková, J.**

*Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne*

**ABSTRAKT**

**Východiská:** *Nozokomiálne nákazy predstavujú trvalú výzvu pre zdravotnícke zariadenia v zmysle dodržiavania hygienických noriem a používania dezinfekčných roztokov v predpísanej koncentrácii a aplikácii.*

**Ciele:** *Testovanie rezistencie mikroorganizmov voči dezinfekčným roztokom používaným na oddelení, na ktorých boli patogény zachytené.*

**Súbor a metódy:** *Na testovanie účinnosti dezinfekčných roztokov bola použitá kvalitatívna štandardná biologická suspenzná metóda, ktorá je určená k stanoveniu baktericídnych účinkov týchto látok v laboratórnych podmienkach.*

**Výsledky:** *Počas nami sledovaného obdobia boli odoberané vzorky sterov z nemocničného prostredia. Celkovo sa odobralo 938 vzoriek, z ktorých bolo 109 pozitívnych. V pozitívnych vzorkách sme zachytili Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalis, Klebsiella pneumoniae, Clostridium perfringens a Pseudomonas aeruginosa. Každý pozitívny patogén sme testovali dezinfekčným roztokom používaným na oddelení, kde bol pozitívny nález. Takto sme otestovali 28 druhov dezinfekčných roztokov a podľa našich výsledkov všetky dezinfekčné prostriedky boli účinné do 1 min. V jednom prípade bola účinnosť od 4 min. u Chloramínu (St. aureus) a v druhom u Bacterianosu od 8 min. (Ps. aeruginosa).*

**Záver:** *Výsledky potvrdili účinok dezinfekčných roztokov a nasvedčujú tomu, že v sledovaných zdravotníckych zariadeniach je podceňovaný program dezinfekcie.*

**Kľúčové slová:** *Dezinfekcia. Testovanie mikroorganizmov. Hygiena rúk.*

**ABSTRACT**

**Background:** *Nosocomial infections represent a continuous challenge for health care facilities under the hygiene standards and the use of disinfectant solutions in the prescribed concentration and application.*

**Objectives:** *Testing of resistance of microorganisms to the disinfectant used in the department where pathogens were detected.*

**Patients and methods:** *To test the efficacy of disinfecting solutions was used for qualitative standard biological suspension method, which is designed to evaluate the bactericidal effects of these substances in a laboratory.*

**Results:** *During the monitored period were collected swab samples from hospitals. In total, 938 samples were collected, of which 109 were positive. The positive samples contained Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalis, Klebsiella pneumoniae, Clostridium perfringens and Pseudomonas aeruginosa. Every positive pathogens were tested with the disinfectant used in the department with positive test result. Thus, we tested 28 kinds of disinfectant solutions and according to our results, all disinfectants are effective within 1 minute. In one case, the efficacy was of 4 min. with chloramine (St. aureus) and in the second at Bacterianosu of 8 min. (Ps. aeruginosa).*

**Conclusion:** *The results confirmed the effect of disinfectant solutions and suggest that in the monitored healthcare facilities is underestimated disinfection program.*

**Key words:** *Disinfection. Testing of microorganisms. Hand hygiene.*

## ÚVOD

Vznikom nových foriem poskytovania invazívnej zdravotníckej starostlivosti – v zariadeniach jednotňovej chirurgie, poliklinických centier, v špecializovaných ambulanciách, v zariadeniach pre dlhodobú starostlivosť sa termín nozokomiálna nákaza (ďalej NN) mení na nákazy súvisiace so zdravotnou starostlivosťou [1].

Tri základné faktory – organizmus pacienta oslabený ochorením, príp. imunodeficientom, invazívne výkony a prítomná mikrobiálna flóra vytvárajú predpoklad pre vznik infekčného procesu v súvislosti s diagnostickým, terapeutickým alebo ošetrovacím postupom v zdravotníckom zariadení. Tieto predisponujúce faktory sa môžu vyskytovať aj v domovoch dôchodcov, ústavoch sociálnej starostlivosti, liečebniach pre dlhodobo chorých, dojčenských ústavoch, hospicioch a pod. [2]. Hlavný faktor spôsobujúci NN je nedostatočná hygiena rúk zdravotníckych pracovníkov (60%). Pacient sa nakazí buď priamym kontaktom so zdravotníckom alebo prostredníctvom kontaminovaného predmetu [3].

Nedodržiavanie správnej hygieny rúk odôvodňujú pracovníci nedostatkom času, nedostatkom personálu a zároveň veľkým počtom pacientov. Ako ďalší faktor uvádzajú vysušovanie rúk dezinfekčným prostriedkom, napriek tomu, že dnes existujú veľmi šetrné produkty, ktoré nemajú negatívny vplyv na pokožku rúk [4].

### **Hygienické zabezpečenie rúk v zdravotníckej starostlivosti**

Dezinfekcia rúk je súbor opatrení vedúcich k odstráneniu živých mikroorganizmov, ktoré sa nachádzajú na pokožke. Hlavným cieľom dezinfekcie je prerušiť cestu prenosu infekcie od prameňa pôvodcu nákazy k vnímavému organizmu. Klasickým spôsobom hygieny rúk je umývanie saponátom, obyčajným alebo dezinfekčným mydlom. V posledných rokoch sa stále viac zdôrazňuje vysoká efektivita tzv. „bezvodnej“ dezinfekcie rúk, založenej na vtieraní stanoveného množstva alkoholového dezinfekčného prostriedku do rúk [5].

Ruky sú najdôležitejší pracovný nástroj každého zdravotníckeho pracovníka, a preto je nutné zodpovedne pristupovať nielen k ich umývaniu a dezinfekcii, ale aj k preventívnej starostlivosti o ne. Hygiena rúk predstavuje najúčinnjšiu, najjednoduchšiu a najlacnejšiu metódu zabraňujúcu k prenosu infekcie v zdravotníckych zariadeniach [6].

Pred rizikom šírenia mikroorganizmov v nemocničnom prostredí a rizikom prenosu infekcie zdravotníckym personálom na pacienta a naopak chránia pokožku rukavice. Ich používanie môže obnášať nevýhodu – alergiu zdravotníckeho pracovníka na latex, ktorá sa prejaví ekzémom, príp. astmatickým záchvatom. Zavedením vinylových rukavíc klesol výskyt alergií [4].

Sestry zaujímajú v prevencii šírenia NN jedinečnú rolu, a to dodržiavaním hygienicko-epidemiologických zásad, používaním bariérovej ošetrovateľskej techniky, hygienou rúk, ale aj dostatkom vedomostí o prevencii [7].

Dodržiavaním základov bariérovej ošetrovateľskej techniky ako sú: umývanie a dezinfekcia rúk, používanie osobných ochranných pracovných pomôcok, manipulácia s prádlom, biologickým materiálom a stravou, zabránenie vzniku infekčného aerosólu a infekčného prachu vhodnými ošetrovacími postupmi, používaním individuálnych pomôcok pre každého pacienta, izoláciu pacienta, sterilizáciu nástrojov, upratovanie a dezinfekciu sa dá predísť vzniku NN [8].

#### **V zdravotníckej praxi rozlišujeme:**

- **Mechanické umývanie rúk**- umývanie rúk mydlom (bez dezinfekčnej látky) a vodou (vykonáva sa: pred jedlom, fajčením a po použití toalety, keď sú ruky viditeľne znečistené, pred manipuláciou s jedlom a liekmi, po prebaľovaní detí, pred a po bežnom kontakte s pacientom, po zložení rukavíc).
- **Hygienické umývanie rúk** - umývanie rúk s vodou a mydlom alebo detergentom obsahujúci dezinfekčnú látku (vykonáva sa: keď sú ruky viditeľne znečistené a môžu byť kontaminované mikroorganizmami, pred prípravou stravy, pred vydávaním stravy, pred osobnou hygienou).
- **Hygienická dezinfekcia rúk** - vtieranie bezvodného alkoholového dezinfekčného prípravku do pokožky rúk (vykonáva sa: ako súčasť hygienického filtra, po náhodnej kontaminácii rúk biologickým materiálom, v prípade pretrhnutia rukavíc v priebehu výkonu).
- **Chirurgické umývanie rúk** - umývanie s vodou, mydlom alebo detergentom s obsahom dezinfekčnej látky a kefkou (vykonáva sa: pred začiatkom operačného programu, medzi jednotlivými operáciami, pri pretrhnutí alebo výmene rukavíc, v priebehu operácie) [9].

#### **Prevenia nozokomiálnych nákaz**

Pred vyšetrením pacienta a každým zdravotníckym výkonom si lekári a zdravotné sestry majú dôkladne umyť ruky, používať ochranné rukavice, plášť, čiapku a tvárovú masku, teda dodržiavať tzv. bariérovú ošetrovateľskú techniku. Na každom oddelení zdravotníckeho zariadenia sa práce riadia postupmi, ktoré určuje tzv. hygienicko-epidemiologický režim. Je to

súbor opatrení a požiadaviek, ktoré pri prevádzke zdravotníckych zariadení majú zabrániť vzniku a šíreniu nozokomiálnych nákaz.

V rámci prevencie NN je dôležité nezabúdať na ďalšie komponenty, ktoré môžu ovplyvniť vznik a šírenie NN, medzi ktoré patria:

- ovzdušie na operačných sálach
- čistota prístrojov, inhalačných aparátov, novorodeneckých inkubátorov
- nemocničné prádlo, pracovné odevy
- podlahy, plochy ,nemocničný odpad, hmyz a iné živočíchy v zdravotníctve [10].
- vykonávať vyšetrovacie a liečebné úkony až po umytí rúk
- utierať si ruky po umytí do jednorazového materiálu (napr. papierové uteráky)
- mať ostrihané nechty, primeranej dĺžky a bez laku
- mať ruky bez prsteňov, iných šperkov a umelých nechtov
- používať pri odbere krvi a iného biologického materiálu jednorazové rukavice
- vyčleniť pre každého pacienta samostatný teplomer, v prípade potreby aj močovú fľašu a podložnú misu, alebo ich po každom použití dezinfikovať [11].

Platná legislatíva ďalej napríklad zakazuje personálu nosiť mobilné telefóny, šperky, hodinky a iné osobné predmety na operačné sály, opúšťať areál nemocnice v ochranných pracovných prostriedkoch (biele plášte používané na oddelení) a vstupovať v nich do jedálne [5].

#### **Legislatíva nozokomiálnych nákaz**

NN podliehajú legislatívnym opatreniam, ktoré sú uvedené v/vo:

Vyhláška 192/2015 Z.z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR), ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia.

Odborné usmernenie vydané MZ SR podľa zákona Národnej rady 355/2007 na vykonávanie kontroly sterility vysterilizovaných pomôcok v zdravotníckych zariadeniach.

Nariadenie vlády č. 331/2006o podrobnostiach o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia.

#### **Dezinfekcia a dezinfekčné roztoky**

Dezinfekcia je súbor opatrení ku zneškodňovaniu mikroorganizmov pomocou fyzikálnych, chemických alebo kombinovaných postupov, ktoré majú prerušiť cestu nákazy od zdroja k vnímavému jedincovi. Dezinfekcia sa prevádza indikované, nielen ako súčasť protiepidemiologického režimu v zdravotníckych zariadeniach, ale i ako súčasť technologických postupov a hygienických režimov v prevádzkach vykonávajúcich epidemiologicky závažnú činnosť (potravinárstvo, výrobné kozmetických výrobkov a liečiv, zariadenia starostlivosti o ľudské telo a pod.) [12].

#### **Faktory ovplyvňujúce dezinfekčný proces**

- vhodnosť zvoleného postupu (umývanie, ponorenie, postrek, pena)

- spektrum účinnosti použitého prípravku a nutná doba jeho pôsobenia
- vplyv prostredia – prítomnosť organických látok, pH, teplota
- vplyv na dezinfikovaný materiál – možnosť jeho poškodenia [13].

#### **Rozdelenie dezinfekčných prostriedkov**

Dezinfekčné prostriedky sú väčšinou zmesi rôznych chemických látok, z nich niektoré zaisťujú germicídnu účinnosť, iné majú detergentné vlastnosti a ďalšie zlepšujú užitočné vlastnosti prípravku. Pretože v zásade nie je žiadny prípravok vhodný pre všetky účely, delia sa dezinfekčné prípravky podľa rôznych kritérií:

- podľa spôsobu použitia (dezinfekcia povrchov, nástrojov, rúk, špeciálna),
- podľa účinných látok (chlórové a jódové zlúčeniny, aldehydy, kvartérne amóniové zlúčeniny (KAZ), deriváty fenolu, alkoholy, peroxozlúčeniny a iné),
- podľa spektra účinnosti (baktericídne, fungicídne, virucídne, tuberkulocídne, sporicídne),
- podľa miesta použitia (zdravotníctvo, potravinárstvo, komunálna sféra, poľnohospodárstvo a pod.) [14].

#### **Rozdelenie dezinfekčných látok podľa oblastí použitia**

- dezinfekcia inštrumentária – aldehydy, najčastejšie glutaraldehyd, kombinované prípravky obsahujúce aldehyd a KAZ,
- dezinfekcia plôch a povrchov – KAZ, prípravky s aktívnym chlórom, viaczložkové prípravky a kombinácii aj s tenzidom, peroxozlúčeniny,
- dezinfekcia rúk – prípravky s alkoholom (etanol, propanol alebo izopropanol, aj s ich kombináciami), niektoré prípravky obsahujú aj ďalšiu zložku, najčastejšie KAZ, chlórhexidín, triclosan, prípadne peroxid vodíka,
- dezinfekcia prádla – peroxozlúčeniny, prípravky s aktívnym chlórom [13].

V Slovenskej republike (SR) upravuje uvádzanie dezinfekčných prostriedkov na trh, ich distribúciu zákon o biocídoch č. 217/2003 Z.z. Je potrebné zdôrazniť, že v SR sa môžu používať len také dezinfekčné prostriedky, ktoré sú povolené v súlade so spomínaným zákonom. Toto povolenie je vyjadrené registráciou dezinfekčného prostriedku v registri Centra pre chemické látky a prípravky, ktoré je aj kompetentným orgánom pri uvádzaní biocídnych výrobkov na slovenský trh. Táto inštitúcia je zaradená do siete autorít pre biocídne výrobky krajín Európskej únie. Centrum bolo zriadené zákonom č. 163/2001 Z.z. o chemických látkach a prípravkoch. Prevzalo kompetencie, ktoré (až do uvedenia tohto zákona) mal v svojej pôsobnosti Hlavný hygienik SR [13].

#### **CIEĽ**

Testovanie rezistencie mikroorganizmov voči dezinfekčným roztokom používaným na oddelení, na ktorých boli patogény zachytené.

## **MATERIÁL A METÓDY**

Kvalitatívna štandardná biologická suspenzná metóda na testovanie účinnosti dezinfekčných prostriedkov je určená k stanoveniu baktericídnych účinkov týchto látok v laboratórnych podmienkach. Je metódou technologicky jednoduchšou ale vhodnou pre rýchlu kontrolu účinnosti dezinfekčných roztokov a porovnávanie účinnosti rôznych látok. Pomocou tejto metódy je možné stanoviť najkratšiu účinnú dobu expozície pri danej koncentrácii alebo najnižšiu účinnú koncentráciu pri určitej dobe expozície.

### **Testovanie účinnosti dezinfekčných roztokov**

Každý potvrdený bakteriálny kmeň sledovaný v tejto práci bol otestovaný príslušným dezinfekčným prostriedkom pochádzajúcim z nemocničného oddelenia, na ktorom bol kmeň zachytený.

### **Postup testovania dezinfekčného roztoku**

- testovací mikroorganizmus sa naočkoval do Glukózového bujónu a kultivoval sa 16 hod. pri 37°C
- do vopred označenej skúmavky sa napipetovalo 10 ml testovaného dezinfekčného roztoku
- k 10 ml dezinfekčného roztoku sa pridalo 0,1 ml 16 hod. bujónovej kultúry
- po časovej expozícii 1, 2, 4, 8, 16, 32 a 64 minút sa preočkovalo 0,1 ml suspenzie do skúmaviek (označených príslušným časom) s 5 ml bujónu s neutralizátorom
- urobila sa pozitívna kontrola = testovaný kmeň v bujóne s neutralizátorom a negatívna kontrola = bujón s neutralizátorom
- naočkovaný bujón sa inkuboval 24-48 hod. pri 37°C
- po tejto inkubácii sa bujón vyočkoval na krvný agar a Endo agar a tie sa inkubovali 48 hod. pri 37°C
- po tejto inkubácii boli zhodnotené výsledky účinnosti podľa rastu testovaného kmeňa na krvnom agare a Endovom agare

### **Vyhodnotenie výsledkov**

Prvá skúmavka bez rastu určovala časový účinok dezinfekčného roztoku.

Pozitívny rast mikroorganizmu znamenal, že dezinfekčný roztok bol neúčinný.

Negatívny rast mikroorganizmu znamenal, že dezinfekčný roztok bol účinný.

## **VÝSLEDKY A DISKUSIA**

Podľa metodiky na testovanie kontroly účinnosti dezinfekčných roztokov bolo otestovaných 28 druhov dezinfekčných roztokov. Nimi sme otestovali 109 patogénov zachytených z nemocničných zariadení zo spádovej oblasti RÚVZ Trenčín (tabuľka 1). Z výsledkov vyplýva, že väčšina dezinfekčných roztokov bola účinná do 1 minúty po aplikácii s výnimkou Chloramínu – od 4 min. (*St. aureus*) a Bacterianosu od 8 min. (*Ps. aeruginosa*).

**Vedecký časopis  
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA  
ročník 11, 2016, č. 2**

Izolované patogény najčastejšie kontaminovali odberové miesta, ktoré sú uvedené aj s počtami v tabuľke 1. Ako vidieť najvyšší záchyt je na umývadlách (12,84%), klávesniciach PC (9,17%) a vodovodných batériách (6,24%). Aj keď sú to vzorky z prostredia, pri dodržiavaní zásad dezinfekcie by sa tam spomínané patogény vyskytovať nemali.

**Tabuľka 1** Kontaminované odberové miesta

pozitívne odberové miesta	<i>Clostridium perfringens</i>	<i>Enterococcus faecalis</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Staph. aureus</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	celkový počet
ruky sestry pred dezinfekciou	1	-	-	-	-	1
ruky sestry po dezinfekcii	-	-	-	1	-	1
ruky sestry	-	1	-	-	-	1
ruky lekára	1	1	-	-	-	2
liekovka	1	-	-	-	-	1
manžeta z tlakomeru	2	3	-	-	-	5
tlakomer digitálny	-	-	-	1	-	1
Esmarchovoškrtidlo	2	1	-	-	-	3
parapetná doska	1	-	-	-	-	1
madlo z chodítka	1	-	-	-	-	1
stolík	1	-	-	-	-	1
stolík odkladací	1	1	-	-	-	2
stolík na prípravu liečiv	1	-	-	-	-	1
stolík po MRSA pacientovi	1	1	-	-	-	2
stolík pri postieľke	-	1	-	-	-	1
čistá plachta z čistej postele	1	-	-	-	-	1
posteľ - madlo	-	-	-	1	-	1
čistá posteľ	2	1	-	-	-	3
prebaľovací pult	1	-	-	-	1	2
postieľka	1	-	-	2	-	3
klávesnica + myš	8	2	-	-	-	10
telefón	1	1	-	-	-	2
telefón mobilný, súkromný	1	-	-	-	-	1
signalizačné zariadenie	-	1	-	-	-	1
umývadlo	2	1	11	-	-	14
vodovodná batéria	1	1	4	1	-	7
sprchová batéria	-	-	2	-	-	2
obklad sprchy	-	-	-	1	-	1
pracovná bielizeň - sestra	-	2	-	-	-	2
kľučka dverí	-	-	1	-	-	1
kľučka dverí izolačka	-	1	-	-	-	1
kľučka liekovej skrinky	-	1	-	-	-	1

Vedecký časopis  
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA  
ročník 11, 2016, č. 2

pozitívne odberové miesta	<i>Clostridium perfringens</i>	<i>Enterococcus faecalis</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Staph. aureus</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	celkový počet
vozík na stravu	-	1	-	-	-	1
ovládací panel - infúzna pumpa	-	1	-	-	-	1
manipulačná časť monitora	-	1	-	-	-	1
fonendoskop	-	2	-	1	-	3
dávkovač na mydlo	-	1	1	-	-	2
infúzny stojan	-	3	-	-	-	3
okruh ventilátora	-	1	-	1	-	2
nebulizátor - destilovaná voda	-	-	1	-	-	1
fľaša s destilovanou vodou	-	-	1	-	-	1
fľaša odsávačky	-	-	1	-	-	1
ambuvak - tvárová maska	-	-	1	-	-	1
inkubátor	-	-	2	-	-	2
ICARD M - manipulačná časť	-	-	1	-	-	1
Prontoderm zo stolíka otvor.	-	-	1	-	-	1
vanička	-	-	2	-	-	2
povrch drezu (v kuchynke)	-	-	1	-	-	1
kolonoskop z dezinfektora	-	-	1	-	-	1
kolonoskop z dezinfektora	-	-	1	-	-	1
vstup do pracovného kanála	-	-	-	-	-	-
peán na vzorky z kazety	-	-	1	-	-	1
z dezinfektora	-	-	-	-	-	-
kefka na čistenie kolonoskopu	-	-	1	-	-	1
z kazety z dezinfektora	-	-	-	-	-	-
bezkontaktný tonometer	-	-	-	1	-	1
Lucka z kojeneckej fľašky	-	-	-	1	-	1
kojenecká váha	-	-	-	1	-	1
obliečka - vyhrievacie lôžko	-	-	-	1	-	1
<b>Celkový počet patogénov</b>	<b>31</b>	<b>30</b>	<b>34</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	

Kontrola efektu dezinfekcie bola zameraná aj na vzorky z prístrojov, pracovných plôch, predmetov a pomôcok, a v neposlednom rade ako aj z rúk zdravotníckeho personálu, ktoré mohli tvoriť rezervoár nemocničných kmeňov ale aj objasniť cesty prenosu infekcie. Ako vidieť v tabuľke 1 aj tieto odberové miesta vykazovali percentá pozitivity.

Kontroly v rámci ŠZD boli vykonávané aj na endoskopických pracoviskách, kde sme zachytili pozitívne nálezy na prístrojoch (7,33%), ktoré by mali byť jednoznačne sterilné, vzhľadom k tomu, že prichádzajú priamo do kontaktu s ľudským telom. Testovaný dezinfekčný roztok bol aj v tomto prípade účinný. Na pracoviskách boli automaticky

nariadené nápravné opatrenia ako aj kontrola automatických dezinfektorov na umývanie a dezinfekciu endoskopických prístrojov.

Ako vidieť z výsledkov v tejto práci zameraných na kontrolu účinnosti dezinfekčných roztokov, ktoré potvrdili ich účinok v porovnaní pozitívnymi odberovými miestami uvedenými v tabuľke 1, riziko vzniku nozokomiálnych nákaz je treba brať do úvahy. Jedným z faktorov prevencie nozokomiálnych nákaz je dôsledná dezinfekcia rúk zdravotníckych pracovníkov.

Viac než 60% NN je prenesených rukami zdravotníkov kontaminovaných nemocničnou mikroflórou [2].

Úroveň dodržovania hygieny rúk sa vďaka kampaniam a osvete postupne zlepšuje, napriek tomu sa ešte stále musíme sústrediť na zvýšenie štandardu v zdravotníckych zariadeniach. Limitujúcim prvkom v tomto prípade je ľudský faktor. Stáva sa, že je zdravotnícky personál preťažený, že mu chýba motivácia, pozitívne vzory, je na neho kladený nátlak zo strany pacientov, či kolegov a dôsledná kontrola. Z produktového hľadiska je vhodné a žiaduce prichádzať s produktmi, ktoré eliminujú ľudské chyby a ktoré šetria čas, uľahčujú prácu alebo vytvárajú lepšie podmienky [15].

Zníženie výskytu NN je možné aj prostredníctvom aktívnej surveillance a dodržiavania zásad hygienicko-epidemiologických opatrení. Podmienkou úspešného výsledku je spolupráca všetkých zúčastnených jedincov, ktorí sa riadia podľa dobre organizovaných postupov. Dôležité sú zdroje informácií, úroveň vedomostí zdravotníckych pracovníkov, zručnosti a osobné návyky personálu [16].

## **ZÁVER**

Výsledky našej práce potvrdili ich účinok dezinfekčných roztokov a nasvedčujú tomu, že v sledovaných zdravotníckych zariadeniach je podceňovaný program dezinfekcie. Väčšina testovaných dezinfekčných prípravkov vykazovala na vybrané druhy mikroorganizmov účinnosť do jednej minúty od aplikácie.

## **ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV**

- [1]. ŠTEFKOVIČOVÁ, M., LITVOVÁ, S. *Nozokomiálne nákazy v slovenských nemocniciach*. Zdravé stránky, s.r.o., Žilina, 2013, 96 s. ISBN 978-80-971480-0-3.
- [2]. MAĐAR, R., PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ J. 2006. – *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. GRADA Publishing, a.s., Praha 7, 2006, ISBN 80-247-1673-9, 184 strán.
- [3]. BENCKO, V., a kol. *Epidemiologie: výukové texty pro studenty 1*. LFUK. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0383-7. 50.
- [4]. HAVLÍČEK, P. Mýty a fakta o hygienické dezinfekci rukou. In: *Florence*. 2012, č. 11, str. 8 – 11, ISSN 1801-464X.
- [5]. Dezinfekcia rúk zdravotníckych pracovníkov, 2013. [online] [cit.: 30.5.2013] dostupné na: <http://www.dezinfekcia.info/vzdelavanie-zdravotnikov/dezinfekcia-ruk-zdravotnickych-pracovnikov>
- [6]. Spoločnosť prevencie nozokomiálnych nákaz, 2013. [online] [cit.: 30.5.2013] dostupné na: <http://www.spnn-sk.estranky.cz/>

- [7]. NEMCOVÁ, J. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010, 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- [8]. BLAŽEJOVÁ, A., ČERVENĀKOVÁ, E.. Edukácia zdravotníckych pracovníkov v nových trendoch hygienického režimu ako prevencie nozokomiálnych ochorení. In: *Nozokomiální nákazy*. 2011, roč. 10, č. 3, s. 14- 23. ISSN 1336-3859
- [9]. World Health Organization. Clean Care is Safer Care, 2013. [online] [cit.: 4.6.2013] dostupné na: <http://www.who.int/gpsc/elements/en//index.html>
- [10]. STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ, R. *Prevenca sepe v intenzívnej péči*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, LF, 2011. 90 s. ISBN 80-7368-830-1.
- [11]. HRČKOVÁ, A. Ruky v ošetrovateľskej praxi – nástroj pomoci alebo ohrozenia? [online] *Nozokomiální nákazy*. 2002. č.1. [cit. 2015-04-16].
- [12]. KNEIFLOVÁ, J. 1996. *Dezinfekční přípravky (Dezinfekční prostředky schválené k používání v ČR k 30.6.1996)*. Vydavatelství Kneifl, 1996, Praha 4, 344 strán. ISBN 80-86052-02-8.
- [13]. ŠTEFKOVIČOVÁ, M. a kol. 2007. *Dezinfekcia a sterilizácia, teória a prax II*. Vydavateľstvo VRANA, s.r.o., Žilina, 2007, 164 strán, ISBN 978-80-968248-3-0.
- [14]. KNEIFLOVÁ, J. 2001. *Dezinfekční přípravky II. (Dezinfekční prostředky schválené k používání v ČR k 30.6.2001)*. Vydavatelství Kneifl, 2001, Praha 4, 442 strán, ISBN 80-86052-10-9.
- [15]. Dezinfekcia info, 2013. [online] [cit.: 14.5.2013] dostupné na:<http://www.dezinfekcia.info/bochemie-uzavrety-system/>
- [16]. KRKOŠKA, D. Nozokomiálne nákazy – problém stále aktuálnejší. *Nozokomiálne nákazy*. 2002, roč. 1, č. 1, s. 2-8.

#### **Kontakt / Contact address**

PhDr. Katarína Kašílková  
Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne,  
Fakulta zdravotníctva, Študentská 2, 911 01 Trenčín  
email: [katarina.kaslikova@tnuni.sk](mailto:katarina.kaslikova@tnuni.sk) tel. 0908 522 263

RNDr. Vladimír Meluš, PhD., MPH.  
Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne,  
Fakulta zdravotníctva, Študentská 2, 911 01 Trenčín  
email: [vladimir.melus@tnuni.sk](mailto:vladimir.melus@tnuni.sk)

RNDr. Zdenka Krajčovičová, PhD.  
Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne,  
Fakulta zdravotníctva, Študentská 2, 911 01 Trenčín  
email: [zdenka.krajcovicova@tnuni.sk](mailto:zdenka.krajcovicova@tnuni.sk)

doc. MUDr. Jana Slobodníková, CSc.  
Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne,  
Fakulta zdravotníctva, Študentská 2, 911 01 Trenčín  
email: [jana.slobodnikova@tnuni.sk](mailto:jana.slobodnikova@tnuni.sk)

\*\*\*\*\*

## ŠPECIFIKÁ KOMUNIKÁCIE SESTRY S PACIENTOM SO ZRAKOVÝM, SLUCHOVÝM A REČOVÝM POSTIHNUTÍM

### SPECIFICS OF COMMUNICATION WITH A PATIENT WITH VISION, HEARING OR SPEECH DISABILITY

Suchanová, R.,<sup>1</sup> Tirpáková, L.,<sup>1</sup> Grichová, M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ústav ošetrovateľstva LF UPJŠ, Košice

<sup>2</sup> Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny, VÚSCH a.s., Košice

#### ABSTRAKT

**Úvod:** Význam komunikácie v ošetrovateľskej praxi je nepopierateľný. Schopnosť správne a efektívne komunikovať je kľúčom k nadviazaniu a rozvíjaniu kontaktu v interakcii sestry – pacient. Produktívna komunikácia medzi sestrou a pacientom pomáha vytvárať pozitívnu psychologickú klímu, čím sa skvalitňuje ich vzájomná spolupráca. Zvlášť dôležité je toto uvedomenie si, pri práci so zdravotne postihnutým pacientom. Príspevok má charakter kvantitatívnej štúdie.

**Metodika:** Výber respondentov bol zámerný. Súbor tvorilo 98 sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnej starostlivosti a v nemocničných zariadeniach. Zber údajov bol realizovaný pomocou nami konštruovaného dotazníka, ktorý bol zameraný na zistenie komunikačných zručností sestier pri práci so zdravotne postihnutým pacientom.

**Výsledky:** Úroveň svojich komunikačných zručností respondenti hodnotia skôr pozitívne ako negatívne. Spätnú väzbu pri rozhovore s pacientom uplatňuje viac ako polovica opýtaných. Menej ako štvrtina respondentov využívala alternatívne metódy komunikácie hlavne u pacientov s rečovým zdravotným postihnutím.

**Záver:** Štúdia poukazuje na možnosti neustáleho rozvíjania komunikačných zručností sestier pracujúcich s pacientom so zrakovým, sluchovým a rečovým postihnutím.

**Kľúčové slová:** komunikácia, sestra, pacient so zdravotným postihnutím.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The importance of communication in nursing is undeniable. Ability of correct and effective communication is the key to making contact and developing the contact in interaction of nurse – patient. Productive communication between the nurse and the patient helps to create positive psychological climate, which leads to better quality of their cooperation. Particularly important is the awareness when working with disabled patient. The article has a character of quantitative study.

**Methodics:** The selection of respondents was deliberate. The group consisted of 98 nurses, working in working in social care and hospital facilities. Collection of data was conducted through a questionnaire constructed by us, which was aimed at detecting communication skills of nurses working with disabled patient.

**Results:** *Respondents evaluate their level of communication skills rather positive than negative. More than a half of those surveyed apply the feedback in an interview with a patient. Less than a quarter of respondents used the alternative methods of communication, mainly with patients with speech disability.*

**Conclusion:** *The study points out the possibilities of constant development of communication skills of nurses working with a patient with vision, hearing or speech disability.*

**Keywords:** *communication, nurse, patient with disabilities.*

## ÚVOD

Poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti je nemysliteľné bez vzájomnej komunikácie medzi sestrou a pacientom. Rola komunikátorky v profesii sestry je podľa Kristovej [2] významná a zasahuje do všetkých oblastí jej aktivít. Prostredníctvom nej získava informácie od pacienta, informuje ho, ovplyvňuje, presviedča, motivuje, povzbudzuje, edukuje, vysvetľuje a získava ho pre spoluprácu. V neposlednom rade jej komunikácia umožňuje nadviazať s pacientom kontakt, lepšie ho vnímať, poznať ale predovšetkým ho chápať. Zmysluplnosť kontaktu a komunikácie závisí od toho, do akej miery je sestra schopná uplatňovať zásady produktívnej (efektívnej) komunikácie, zvlášť pri práci so zdravotne postihnutým pacientom. Dôležité je uplatňovanie štandardných komunikačných zručností, ale zároveň je potrebné, aby si sestra osvojila a aj využívala špecifické komunikačné praktiky. Bez ich aplikácie by interakcia a komunikácia zlyhávali. Slowík [5] nám ponúka alternatívnu (náhradnú) a augmentatívnu (doplňujúcu) komunikáciu. Ich cieľom je umožniť zdravotne postihnutým ľuďom plnohodnotný život v spoločnosti s rešpektovaním ich práva na rozhodovanie, prezentáciu vlastných myšlienok a v rámci zdravotnej starostlivosti aj práva byť informovaný o svojom zdravotnom stave. Komunikačné bariéry u osôb so sluchovým postihnutím závisia nielen na hĺbke a type sluchového postihnutia, ale tiež i na ich osobnosti a ochote dorozumieť sa s okolím. Pre nevidiacich pacientov má reč omnoho väčší význam, ako pre vidiacich. Okrem komunikačnej a kognitívnej funkcie ide v tomto prípade o kompenzačný význam verbálnych schopností, pretože pomáha nahradiť obmedzené zrakové vnímanie [7]. Komunikácia s ľuďmi s poruchami reči kladie veľké nároky na trpezlivosť a pozornosť. Je prejavom zlyhania, ak sa sestra takejto komunikácii vyhýba s tým že, pacienti nerozumie a komunikovať teda nechce [8, 9]. Pri komunikácii s takto handicapovaným pacientom je dôležité si uvedomiť, že naša reakcia, spätná väzba a prístup majú značný vplyv na pacientovo sebavedomie a jeho sociálnu integráciu [5]. Venglářová, Mahrová [8] rovnako ako aj Kristová [2] sa zhodujú v tom, že je nevyhnutné odlíšiť pacientov, ktorí s nami komunikovať nechcú z rôznych, skôr psychosociálnych dôvodov, od pacientov, ktorí pre rečové poruchy komunikujú s ťažkosťami alebo nezrozumiteľne. Špatenková s Královou [6] a Kalátová [10, 11] uvádzajú, že pacienti so zdravotným postihnutím nemajú byť stigmatizovaní svojim zdravotným problémom, ale dôležitou úlohou sestry je prejavenie im pochopenia a porozumenia bez ľutovania, so snahou upútať chorého k určitému realizovateľnému cieľu.

## **SÚBOR**

Prieskumný súbor pozostával zo sestier pracujúcich v nemocničných zariadeniach zariadeniach sociálnej starostlivosti košického kraja. Výber vzorky bol zámerný. Kritériom pre zaradenie bolo pracovisko, kde sme predpokladali najväčší podiel pacientov s rôznym zdravotným postihnutím.

## **METODIKA**

Na získanie empirických údajov sme použili dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý bol zameraný na zistenie komunikačných zručností sestier pri práci so zdravotne postihnutým pacientom. Na vyjadrenie názoru k jednotlivým položkám dotazníka sme zvolili Likertovú škálu. Zo štatistických metód sme použili opisné štatistické metódy (absolútne hodnoty (N), frekvenčné hodnoty (%), minimálnu a maximálnu hodnotu, smerodajnú odchýlku (SD) a aritmetický priemer (M)). Vzájomný vzťah medzi dvoma premennými (dĺžka praxe a úroveň komunikácie) sme zisťovali Kendallovým korelačným koeficientom ( $\tau$ ). Za základnú hladinu štatistickej významnosti sme považovali  $p < 0,05$ . Na štatistické spracovanie získaných dát sme použili štatistický program SPSS 17.

## **VÝSLEDKY**

Tabuľka 1 **Dĺžka praxe**

<b>N</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
98	1	42	11,51	8,41

Súbor tvorilo 98 sestier, 71,43% z nich pracovalo v nemocničnom zariadení, 28,57% sestier pracovalo v zariadeniach sociálnej starostlivosti.

Tabuľka 2 **Subjektívne hodnotenie úrovne komunikácie**

<b>veľmi zle</b>	<b>zle</b>	<b>priemerne</b>	<b>dobre</b>	<b>veľmi dobre</b>	<b>p</b>
0 %	4,08 %	34,69 %	45,92 %	15,31%	0,002

Výsledky v tabuľke 2 prezentujú hodnotenie zručnosti komunikácie so zdravotne postihnutým pacientom z pohľadu sestry. Pri nadväzovaní kontaktu so sluchovo postihnutým pacientom 16,32% opýtaných sa vyjadrilo, že sa im nadväzoval zle. U pacientov s rečovým postihnutím to bolo 12,44% opýtaných. Najmenší problém pri nadväzovaní kontaktu zo strany sestier bol u pacientov so zrakovým postihnutím (6,12%). Pri zisťovaní vzťahu dĺžky odbornej praxe a subjektívnym hodnotením úrovne komunikácie sme nezaznamenali štatisticky významné rozdiely.

Tabuľka 3 Uplatnenie spätnej väzby v procese komunikácie

nikdy	zriedka	niekedy	často	vždy	p
9,18%	9,18%	22,45%	41,84%	17,35%	0,080

V rámci spätnej väzby sme sa zamerali na hodnotenie zrozumiteľnosti komunikácie (porozumenie zo strany pacienta) z pohľadu sestry. Žiadne štatisticky významné rozdiely medzi dĺžkou praxe a zrozumiteľnosťou komunikácie so zdravotne postihnutým pacientom sme nezaznamenali.

Tabuľka 4 Využívanie alternatívnych a augmentatívnych spôsobov komunikácie

zdravotné postihnutie	nikdy	zriedka	niekedy	často	vždy	p
sluchové	40,82%	33,67%	17,35%	6,12%	2,04%	0,049
zrakové	62,24%	26,53%	9,19%	2,04%	0%	-0,126
rečové	19,39%	41,84%	21,43%	13,26%	4,08%	-0,091

Využívanie alternatívnych spôsobov pri komunikácii ako sú napr. posunková reč, prstová abeceda, Lormova abeceda, používanie obrázkov, piktogramov prezentuje tabuľka 4. Pri sledovaní využívania týchto prostriedkov pri komunikácii a dĺžkou praxe respondentov sme nezistili signifikantné rozdiely.

Tab. 5 Riešenie problémových situácií pri komunikácii

	p
falošné sľuby	0,047
odvrátenie pozornosti	-0,201*
zastrašovanie	0,036

\*p<0,05

Riešenie problémových situácií v procese komunikácie so zdravotne postihnutým pacientom: najčastejšie respondenti riešia odvrátením pozornosti pacienta (91,84%), falošné sľuby využíva 11,22% respondentov, zashtrašovanie pacientov uviedlo 1,02% respondentov. Pri zisťovaní vzťahu v sledovaných oblastiach a dĺžkou praxe respondentov sme štatisticky významný rozdiel zaznamenali pri využívaní odvrátenia pozornosti pacienta.

## **DISKUSIA**

Dĺžka praxe zdravotníckych pracovníkov nesúvisí s kvalitou komunikácie [4]. Úroveň svojich komunikačných zručností respondenti hodnotia skôr pozitívne ako negatívne. Aj napriek tomu, že 61,2% respondentov ich hodnotilo veľmi dobre až dobre, negatívne sa vyjadrilo 4,1% probandov, vnímanie toho ako komunikujeme nemusí byť nutne správne [4]. Zacharová a kol. [12] uvádza, že jednou z významných zložiek rozhovoru je spätná väzba pomocou ktorej zdravotník zisťuje, či mu pacient správne rozumie. Juřenová, Špirudová a Zapletalová [1] realizovali štúdiu, ktorá sa zaoberala bariérami efektívnej komunikácie sestra-pacient. V nej poukazujú na to, že takmer polovici opýtaných pacientov vadí, pokiaľ sestra v komunikácii používa odborné výrazy. Autorky zdôrazňujú, že je vhodné, aby si sestra spätnou väzbou overila, či jej pacient skutočne rozumie vzhľadom k tomu, že okrem odborných výrazov vstupuje do hry aj konotatívny význam slov. V našom súbore respondentov spätnú väzbu pri rozhovore s pacientom uplatňuje 59,2% opýtaných.

Úlohou sestry v komunikácii so zdravotne postihnutým pacientom je zistiť rozsah obmedzenia a nájsť vhodný spôsob komunikácie. Určujúcim kritériom nie je len rozsah postihnutia, ale aj schopnosť adaptovať sa na zmenené možnosti [8]. Ondriová, Derňarová, Jakubíková [3] sa zamerali na prieskum využívania alternatívnych metód v komunikácii so sluchovo postihnutými pacientami. Z ich výsledkov vyplýva, že sestry poznajú alternatívne metódy komunikácie, ale v praxi ich neuplatňujú. V našom súbore respondenti využívali alternatívne metódy komunikácie hlavne u pacientov s rečovým zdravotným postihnutím (17,3%), u pacientov so sluchovým zdravotným postihnutím využíva alternatívne spôsoby komunikácie 6,2% opýtaných. Len 2% respondentov využíva alternatívne metódy komunikácie u pacientov so zrakovým zdravotným postihnutím. V otázke riešenia problémových situácií pri rozhovore sa sestry vyjadrili, že sa snažia odpútať pozornosť pacienta od danej témy. Juřenová, Špirudová a Zapletalová [1] vo svojej práci uvádzajú, že pacienti považujú tento spôsob komunikácie zo strany sestier ako bariéru.

## **ZÁVER**

Komunikačné zručnosti predstavujú neoddeliteľnú súčasť práce všetkých zdravotníckych pracovníkov. Ide o zručnosti, ktoré je potrebné neustále rozvíjať, zvlášť v interakcii s pacientom so zdravotným postihnutím. Používanie štandardnej reči je v komunikácii so spomínanou skupinou pacientov značne obmedzené, v niektorých prípadoch až nereálne. Primárnou úlohou sestry je v týchto prípadoch zistiť rozsah postihnutia a zvoliť vhodnú a pre pacienta prijateľnú metódu komunikácie. Určujúcim kritériom nie je ani tak rozsah postihnutia, ako skôr schopnosť chorého adaptovať sa na zmenené možnosti. Je nevyhnutné, aby si sestra v prístupe k pacientovi so zdravotným postihnutím osvojila a tiež aj využívala špecifické komunikačné praktiky. Bez ich aplikácie by interakcia a komunikácia zlyhávali.

## LITERATÚRA

- [1] JUŘENOVÁ, L., ŠPIRUDOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J. Bariéry komunikace v dyádě sestra-pacient. In: *Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. s. 48 – 75. ISBN 80-244-1424-4.
- [2] KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009. 182 s. ISBN 978-80-8063-160-3.
- [3] ONDRIOVÁ, I., DERŇAROVÁ, L., JAKUBÍKOVÁ, M. Prieskum o možnostiach efektívnej komunikácie so sluchovo postihnutými v ošetrovatel'skej praxi. In: *Cesta k profesionálnému ošetrovatel'ství IV*. Opava: Slezská univerzita v Opave, 2009. s. 130-132. ISBN 978-80-7248-521-5.
- [4] PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- [5] SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- [6] ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- [7] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 80-7367-414-9.
- [8] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- [9] BEŇO, P.: Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci. In: Beňo, P., Tarcsiová, D., Capíková, S.: *Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis. 2.vyd. 2014, s. 171-267. ISBN 978-80-8082-786-1.
- [10] KALÁTOVÁ, D.: Multidisciplinárni péče o dítě s Downovým syndrómem v jednotlivých vývojových stádiích. *Zdravotníctvo a sociálna práca*. vol. 5, 2010, 3, ISSN:1336-9326
- [11] KALÁTOVÁ, D.: Humánní systém I.J. Orlandové a poruchy chování u adolescentů. In Kalátová, D., Beňo, P., Šramka, M. (eds.): *Zdravotné problémy marginalizovaných skupin*. VŠ ZSP sv. Alžbety a Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, Příbram. Str. 28-40. ISBN 978—80- 906146-4-2.
- [12] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

### **Kontakt:**

PhDr. Renáta Suchanová, PhD.  
Ústav ošetrovatel'stva, LF UPJŠ  
Trieda SNP 1, 040 11 Košice  
Mail: renata.suchanova@upjs.sk

\*\*\*\*\*

**A FIRST OVERVIEW ABOUT THE STATUTORY  
AND PRIVATE HEALTH INSURANCE IN GERMANY**

**PRVÝ PREHĽAD O VEREJNOPRÁVNOM A SÚKROMNOM  
ZDRAVOTNOM POISTENÍ V NEMECKU**

**Renger Fabian,<sup>1</sup> Czirfusz Attila<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *St. Elisabeth University, Bratislava, Slovakia*

**ABSTRACT**

**Introduction:** *The aim was to show which kinds of health insurances are in Germany.*

**Data sources/Findings:** *Statutory health insurance (gesetzliche Krankenversicherung, GKV) is a compulsory insurance that is primarily relevant to employees whose pay is less than the statutory annual earnings limit. There was a focus in detail on the private health insurance and although to the effects of the German Health System Modernization Act (Gesundheitsmodernisierungsgesetz [GMG]). The search of information was settled through literature research in detail. Examples for both groups are shown in the text.*

*There were 124 different statutory sickness funds and around 40 different private sickness funds in Germany in 2015. The most important difference for patients and doctors is that statutory sickness funds must provide cover that is sufficient, fit for purpose and cost-efficient, whereas private sickness funds have more favourable rates and a wider range of services. Private health insurance means higher fees for doctors.*

**Conclusion:** *In comparison to other countries of the EU differences in the structure appear, but there are also similarities. This can be a point of orientation for the reforms in the specific countries.*

**Keywords:** *Statutory health insurance (GKV), German Health System Modernisation Act (GMG), bonus systems, excess percentages, sickness benefit, additional contribution, health insurance, Verband der Privaten Krankenversicherung. V. (Association of private health insurance funds), integrated care, competition.*

**ABSTRAKT**

**Úvod:** *Cieľom našej práce bolo priblížiť zdravotný poisťovací systém v Nemecku.*

**Zdroje dát/zistenia:** *Zákonné zdravotné poistenie (gesetzliche Krankenversicherung, GKV) je povinné poistenie určené hlavne pre zamestnancov, ktorých príjem je nižší ako zákonom určená ročná minimálna mzda. Detailne sme sa zaoberali aj privatným poisťovacím systémom a účinkami zákona "Modernizácie Nemeckého zdravotníckeho systému" (Gesundheits modernisierungs-gesetz [GMG]). Informácie sme získali na základe hĺbkovej analýzy dostupných zdrojov. V práci prezentujeme príklady na obe poisťovacie systémy.*

*V roku 2015 bolo v Nemecku 124 zákonných a okolo 40 súkromných zdravotných poisťovní (fondov). Pre pacientov a lekárov najdôležitejší rozdiel je, že zákonné zdravotné poisťovne (fondy) musia zabezpečiť finančné krytie, ktoré je dostatočné, cielene a účinne vynaložené. Súkromné zdravotné poisťovne (fondy) majú výhodnejšie sadzby a širšiu ponuku služieb. Súkromné poisťovne poskytujú aj vyšší príjem pre lekárov.*

**Záver:** *V porovnaní s inými štátmi Európskej únie mnohé štrukturálne rozdielnosti sú zjavné, ale nájdu sa i podobnosti. Môže to byť aj inšpiráciou pre reformné kroky pre niektoré štáty EÚ.*

**Kľúčové slová:** *zákonné zdravotné poisťovne, privátne zdravotné poisťovne, modernizácia Nemeckého zdravotníctva, zdravotné poisťovníctvo, Zväz súkromných zdravotných poisťovní.*

## **1 STATUTORY HEALTH INSURANCE**

Statutory health insurance (*gesetzliche Krankenversicherung, GKV*) is a compulsory insurance that is primarily relevant to employees whose pay is less than the statutory annual earnings limit.

They have a duty to take out insurance with a statutory sickness fund of their choice. It is worthwhile comparing the sickness funds because even though most of the GKV services are prescribed by law and are the same for all insured persons, many funds also cover additional costs. And even though the general contribution rate has a fixed link to the insured person's income, at the start of 2015 a new type of supplementary contribution was introduced. The supplementary contribution, which is individually set by each sickness fund, can make a difference of several hundred euros per year. Depending on the fund, the contributions can be further reduced by bonus systems or an excess [1].

### **1.1 The role of statutory health insurance**

The main role of GKV is to maintain or restore the health of the insured person, improve his/her state of health or to alleviate his/her medical conditions. In principle, all insured persons can expect the same entitlement to benefits.

The range of benefits provided by GKV is set out in Volume 5 of the German Social Code (SGB V). Sickness funds must ensure that sickness care for each insured person is sufficient, fit for purpose and cost-efficient, and they may only pay benefits that are medically necessary. Against this background, sickness funds can grant an additional benefit using their own constitutional regulations. These might include:

- homenursing care,
- domestic help,
- rehabilitation or
- sickness prevention.

In statutory health insurance, contributions are not linked to age or state of health, as is the case with private health insurance (PHI). Instead, statutory health insurance contributions are linked to the insured person's income.

The insured person pays a fixed percentage of his/her income [2].

### **1.2 Benefits provided by statutory sickness funds**

In Germany, the benefits of statutory sickness funds are clearly regulated and structured. They are provided under the benefit-in-kind principle and can be broken down into:

- domestic care,
- medical rehabilitation,
- pregnancy and maternity benefits,
- sick pay,
- sickness benefits,
- early detection and preventive examinations, and
- services to prevent illnesses and stop them worsening.

The scope of the benefits is based on the statutory health insurance principles that apply to the provision of the services and follows the guidelines that were decided on by the Federal Joint Committee (*Gemeinsamer Bundesausschuss*). Monetary benefits to which an insured person is entitled are paid directly by the sickness fund. In addition to the statutory benefits, some sickness funds offer optional benefits; however, these must be paid for additionally by the insured person [3].

### **1.3 Sickness funds for statutory health insurance**

The sickness fund is the insurer with regard to the health insurance; it manages its budget independently. The sickness fund must provide various statutory services: compulsory services and extra services. There are various different types of sickness fund in Germany, and a distinction can be made between:

- Substitute funds,
- Regional funds (AOK),
- Company-based funds (BKK),
- Guild-based funds (IKK),
- Farmers' funds (LKK) and
- Miners' association (KBS).

Employees, pensioners and family members are obliged to have insurance. The number of persons insured with a statutory sickness fund is currently over 5.6 million, and the trend is rising [4].

#### **1.4 Selecting the sickness fund**

By law, each adult insured by a statutory sickness fund has the right to choose their sickness fund. Children who are not yet pursuing an occupation subject to compulsory insurance must be included in their parents' sickness fund within the family's insurance. To change sickness funds, a person must have been insured with the fund for at least 18 months and give a notice period of two months from the end of the month. If a selective tariff is being used, this must also be cancelled; otherwise it will renew for a further three years.

Although standard benefits are the same for all sickness funds, they offer a number of different additional benefits [5].

## **2 COMPARISON OF SICKNESS FUNDS 2015**

In the last few years, the comparison of sickness funds has mainly been based on the benefits provided by the statutory funds. This is because there was scarcely any difference in cost between the providers of statutory health insurance, due to the standard contribution of 15.5%. However, the funds had the option to levy a lump-sum additional contribution. Nevertheless, this was only used by a few funds, because many of the insured persons often subsequently changed to a provider that didn't demand an additional contribution.

### **2.1 Additional contribution – possible cost difference of several hundred euros**

Almost none of the sickness funds are able to do without the new additional contribution. This is because the basic contribution has fallen from 15.5% to 14.6% with the discontinuation of the "special contribution". Employees and employers are each responsible for paying half of this contribution. However, they are also still responsible for paying the new additional contribution. As a result, depending on income, it is possible to save up to several hundred euros per year. Thus it can be worth changing funds, especially if the current sickness fund has levied an additional contribution of 0.9% or even more [6].

## 2.2 Additional contributions of the key sickness funds – according to type of sickness fund

Table: List of the key sickness funds and their additional contribution

Sickness fund	Additional contribution 2015	Contribution rate 2015	Additional contribution 2016	Contribution rate 2016	Change to additional contribution 2015/16
Substitute funds and miners' association					
Barmer GEK	0.9%	15.5%	1.1%	15.7%	+0.2%
DAK-Gesundheit	0.9%	15.5%	1.5%	16.1%	+0.6%
Regional funds (AOK)					
AOK Baden-Württemberg	0.9%	15.5%	1.0%	15.6%	+0.1%
AOK Bavaria	0.9 %	15.5 %	1.1 %	15.7 %	+0.2%
Company-based funds					
Audi BKK	0.7%	15.3%	0.7%	15.3%	+/- 0
Bosch BKK	0.6%	15.2%	0.9%	15.5%	+0.3%

\* = subject to agreement by the administrative board (VR) and/or the relevant supervisory authorities [7].

### 3 PRIVATE HEALTH INSURERS

Making a comparison between private health insurers is an important step in choosing a suitable insurance product. That is because the insurance products:

are very different in terms of the scope of their benefits,  
sometimes have very different contribution levels.

There are 42 regular member companies in the *Verband der Privaten Krankenversicherung. V.* (association of private health insurance funds). According to information provided by the association itself, this covers almost the entire health insurance market in Germany. Therefore it is relatively straight forward to assess the number of providers. The providers with the most members are well-known insurance companies such as:

- DKV,
- Debeka,
- Allianz,
- Signal Iduna,
- Axa and
- Ergo direkt.

As the number of providers of private health insurance is relatively clear, it fundamentally makes sense to compare all the providers. The number of eligible providers normally automatically reduces based on the services required.

The quickest, simplest and most effective method of comparison is to use an online comparison calculator. This enables you to directly compare the different offers. By inputting the required criteria and services, it ensures that the comparison is also truly meaningful. This way, users are given the private health insurance quotations they require within a few moments, and can select between the different rate options. When doing this, it is always sensible to also compare some of the private health insurance quotes provided a little more closely. It is then often possible to identify quotes with conditions or services that had not been previously considered [8].

The competitive elements introduced by or continued through the German Health System Modernisation Act (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*, GMG) are not just limited to the individual levels of service providers, sickness funds and insured persons. Medical care units and integrated care can always have a bearing on various different parties in the GKV system.

It is therefore appropriate to consider "competition" in statutory health insurance as having been established by the measures in the GMG, as has already been recorded [9].

## **SUMMARY**

In Germany, all private health insurers should be standardised. However, this is not the case because they have a capital stock in which, for example, the diseases of ageing are separately provided for.

This care concept is in contrast to the "conveyor belt" system of statutory health insurance which finances an increase in the diseases of ageing through contribution increases and has introduced long-term care insurance as a care concept.

## **LIST OF REFERENCES**

- [1-5] O.V., (2015), Statutory health insurance, URL: <http://www.verivox.de/gesetzliche-krankenversicherung/>
- [6] O.V., (2015), Comparison of sickness funds. URL: <http://krankenassenvergleich.de/>
- [7] O.V., (2015), Additional contribution of the sickness funds: According to type of sickness fund. URL: [https://www. Krankenkassen.de/gesetzliche-krankenassen/krankenasse-beitrag/kein-zusatzbeitrag/](https://www.Krankenkassen.de/gesetzliche-krankenassen/krankenasse-beitrag/kein-zusatzbeitrag/)
- [8] O.V., (2015), What should be considered when comparing private health insurance policies ?  
URL: <https://www.versicherungscheck24.de/private-krankenversicherung/vergleich>

- [9] Kingreen, T.: Konkurrenzschutz im vertragsärztlichen Zulassungsrecht (protecting competition in the statutory regulation of SHI-accredited doctors). *Medizinrecht (MedR)*, 2004, pp. 188-189
- [9] Lindenau, L.: Das Medizinische Versorgungszentrum – Rechtliche Grundlagen und Ausblick in die GKV (The medical care unit – legal principles and perspective on the GKV). Verlag C. F. Müller, Heidelberg, 2008, 227 p. ISBN: 978-3811432222.

**Contact address:**

Dr. Fabian Renger, PhD., M.A.,  
Medizinisches Versorgungszentrum  
Schmelzofenvorstadt 33  
89520 Heidenheim  
Germany  
e-mail: FabianRenger <[fabian.renger@live.de](mailto:fabian.renger@live.de)>  
[renger@vssvalzbety.sk](mailto:renger@vssvalzbety.sk)

Attila Czirfusz, Doc. MD., PhD.  
Ústav zdravotníckych disciplín  
Nám. 1. mája 1  
810 00 Bratislava  
Slovakia  
AttilaCzirfusz <[czirfusza@gmail.com](mailto:czirfusza@gmail.com)>

\*\*\*\*\*

## PŘÍČINY NEÚSPĚŠNÉ SANACE RODINY V RÁMCI SOCIÁLNÍ REHABILITACE, RIZIKA, NÁSLEDKY

### CAUSE OF UNSUCCESSFUL REHABILITATION OF FAMILIES THROUGH SOCIAL REHABILITATION, RISKS AND CONSEQUENCES

*Karas, M., Urban, D.*

*Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta,  
Ústav sociálních a speciálně pedagogických věd*

#### **Abstrakt:**

**Úvod:** Cílem předkládaného článku je vyspecifikovat nejčastější příčiny neúspěšné sanace v procesu sociální rehabilitace. Chceme poukázat na to, jaké jsou příčiny této skutečnosti a jaká rizika, případně následky, mohou z těchto situací vyplývat. Úmyslem je podělit se nejen s odbornou, ale též širokou veřejností o poznatky, které jsme získali po realizaci několika rozhovorů. Zmiňované rozhovory byly uskutečněny s rodinnými příslušníky a zainteresovanými institucemi podílejících se na zmiňovaném procesu. Domníváme se, že na základě těchto získaných dat by bylo možné vyvarovat se omylů, které v praxi kladou překážky v průběhu sociální rehabilitace.

**Metody:** Ve výzkumné části jsme použili metodu kvalitativního výzkumu formou polořízeného kvalitativního rozhovoru. Cílem výzkumného šetření bylo získat odpovědi na otázky, jaké jsou nejčastější příčiny neúspěšné sanace v procesu sociální rehabilitace.

**Výsledky:** K vyhodnocení získaných dat bylo použito metodiky obsahové analýzy. Veškerá shromážděná data byla z autentických nahrávek jednotlivých rozhovorů transponována do doslovné písemné podoby a analyzována prostřednictvím počítačového softwaru MAX Qualitative Data Analysis 2007 (software pro kvalitativní zpracování dat).

**Závěr:** Na základě získaných dat v závěru článku uvádíme ověřená východiska, která se při práci s ohroženou rodinou v případě dětského centra fungují a jsou podložena výzkumem.

**Klíčová slova:** sanace rodiny, sociální rehabilitace, ohrožená rodina, ohrožené dítě, multidisciplinární péče, sociální práce, individuální plán

#### **Abstract:**

**Introduction:** This article aims to create specific common causes of unsuccessful remediation process of social rehabilitation. It has pointed out what causes this, and what risks or consequences may result from these situations. The intention of this article is to share with the general public about the knowledge we have gained over the implementation of several interviews. Mentioned interviews were conducted with family members, interested institutions participating in the mentioned process. We

believe that on the basis of the data obtained would be possible to avoid mistakes, which in practice put obstacles in the process of social rehabilitation.

**Methodology:** In the research part we used qualitative research methods in the form of semi-controlled qualitative interview. The aim of the survey was to obtain answers to questions, what are the most common causes of unsuccessful rehabilitation process of social rehabilitation.

**Results:** The evaluation of the data obtained was used content analysis methodology. All collected data were authentic recordings of individual interviews transposed verbatim in written form and analyzed through computer software MAX Qualitative Data Analysis 2007 (software for qualitative data processing).

**Conclusion:** Based on the data obtained at the end of the article we verified recommendations that we work with families at risk in the event of proven and children's centers are supported by research.

**Keywords:** rehabilitation of family, social rehabilitation, vulnerable children, multidisciplinary care, social work, individual schedule

## 1. ÚVOD

Úspěšná pomoc a podpora ohrožené rodině je ovlivňována mnoha faktory a to jak na straně rodiny, tak na straně zařízení poskytující sociálně právní ochranu dětí, orgánu sociálně-právní ochrany dětí či dalších odborníků, jenž jsou do procesu sanace v rámci sociální rehabilitace začleněny. Na základě získaných praktických zkušeností a dovedností je nezbytné sledovat, jaké postoje, představy, názory, předsudky a zájmy brání rodinám i subjektům věnovat patřičnou pozornost konkrétnímu problému [1].

Přestože máme jasné doklady o tom, že sanace má pozitivní vliv na ohroženou rodinu (např. Bechyňová, V. společný projekt s názvem „*Sanace je spolupráce*“ Nadace Sirius a Střep, o.s., taktéž další projekty...), v praxi zaznamenáváme celou řadu případů, kdy sociální práce v dané problematice nevykazuje takové výsledky, jak bychom si ve skutečnosti přáli.

Ohroženou rodinou dle zákona o sociálně-právní ochraně dětí máme na mysli takovou rodinu, kdy pečovatelé svým chováním a jednáním dítě ohrožují na jeho příznivém vývoji či výchově. Tito rodiče nemohou nebo nejsou schopni svoji situaci sami řešit (zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí).

Sanace rodiny byla Matouškem definována [17] jako postupy sociální práce, jenž podporují fungování rodiny. Jedná se o způsoby práce, které by měly člena rodiny podporovat a zamezit tak jeho vyčleňování z důvodu toho, že někoho ohrožuje, případně, že je sám někým z rodiny ohrožován. Matoušek dále uvádí [17], že sanace má široké pole působnosti. Spolupráce s rodinou může mít formu, jak podpory, tak terapie. Může mít též formu služby, jenž je rodině poskytována.

Stanovit míru ohrožení je nelehký úkol. S ohledem na míru ohrožení vyhledat vyhovující podpůrnou službu a zapojit do ní rodiče je úkol snad ještě těžší. Pravý profesionál vede rodinu k tomu, že řešení problému je odrazem odpovědnosti a kvalitní péče o děti [4].

Dubowitz [3] a DePanfilis [3] uvádí, že vše spočívá ve schopnostech a dovednostech sociálního pracovníka. Ten musí být schopen objektivně rozpoznat skutečná (aktuální) či případná rizika nebezpečí v rodině.

### **Hodnocení funkčnosti rodiny v procesu sanace**

Chceme-li objektivně posuzovat a vyhodnocovat aktuální rodinou situaci, je nezbytné toto prostředí důkladně poznat a se všemi jejími členy dlouhodobě fakticky pracovat [16]. Jak podobně uvádí Matoušek [16], a jak dokládá praktická zkušenost, dostatečně kvalifikovaný pracovník musí mít přijatelný prostor a čas věnovat se rodině, což často není možné splnit z důvodu velkého přetížení těchto odborníků. Je nutné si uvědomit, že hodnocení vyžaduje velmi náročnou komplexní zdravotní a sociální práci, kdy každého člena skupiny posuzujeme individuálně z hlediska medicínského, psychologického, sociálního [17]. Hodnocení rodiny se stává významným článkem sociální práce především tehdy, uvažujeme-li o navrácení dítěte zpět do rodinného prostředí, výsledkem tohoto úsilí je interpretace zda následně pracovat s dítětem či dospělým [19]. Úvodní vyhodnocování situace dítěte a rodiny nám v praxi slouží ke zjištění, o jak závažné ohrožení se jedná, jak je situace akutní, a jak rychle je zapotřebí situaci řešit [23]. Komplexní vyhodnocení situace by mělo být zaměřeno na nejrůznější oblasti potřeb všech členů skupiny a k tomu, abychom mohli s rodinou aktivně spolupracovat, je nutné souhrnně vyhodnocovat též situaci z let předešlých [23].

Hodnocení požadavků ohrožené rodiny vykresluje snahu komplexně zaregistrovat aktuální stav jedince a následně propojit ukazatele objektivní, subjektivní a sociální, což v praxi znamená brát na zřetel časový a vývojový rozměr to znamená, co předcházelo situaci a jakým směrem se bude s největší pravděpodobností posouvat [9]. Podle Hersena a Ammermana [6] faktory environmentální povahy jako je například chudoba, tak vlivy biologické či genetické způsobují problémy, které vystavují dítě a rodinu ohrožení, což je důležité zohledňovat při hodnocení celé situace.

Z důvodu praktického využití se v procesu sanace rodiny stále více odborníků přiklání k modelu hodnocení, který byl vytvořen britskými odborníky ministerstva zdravotnictví, který se doslovně jmenuje *Rámec pro hodnocení potřebných dětí a jejich rodin (Framework for the Assessment of Children in Need and their Families)* a ve třech oddílech posuzování se zaměřuje na **vývojové potřeby dětí**, dále na **kapacitu rodičů** (to, jak zajišťují péči a bezpečí dítěte, emocionální vřelost, atd.) a **faktory vztahující se k rodině a prostředí** [2]. Škála hodnocení může být rozličně modifikována dle potřeb multidisciplinárního týmu s ohledem na problém rodiny a při vlastním šetření se využívá především rozhovorů se všemi jejími členy, dále pak posuzovacích škál, méně pak dotazníkového šetření [2]. Tvůrcem podobného, *Darlingtonského systému hodnocení rodiny (Darlington Family Assessment System, DFAS)*, je Wilkinson [33], který posuzování rozdělil do třech kategorií a to: **na problémy dítěte**, **problémy rodičů** a **na fungování celé rodiny**. Doporučenými postupy při vyhodnocování skupiny je dle Wilkinsona [33] taktéž strukturovaný rozhovor s jednotlivými členy skupiny a je prospěšné obě zmiňované metody dle potřeb kombinovat. Velmi podobně doporučují kombinovat více metod i Matoušek a Pazlarová [19] a v práci s ohroženou skupinou uvádějí jednotlivé metody, které lze užít jako praktické vodítko:

- rozhovor směřován na chování posuzovaného
- rozhovor zaměřován se chování ostatních členů rodiny
- rozhovor zaměřen na fungování rodiny jako celku
- pozorování spontánních vzájemných vazeb mezi členy rodiny
- pozorování vzájemných vazeb v rodině po zadání určitého úkolu
- dotazníky a testy
- sestrojení genogramu vyjasňující příbuzenské vztahy
- strukturované techniky
- rozbor dokumentů
- ekomapa.

Náročným, avšak podstatným úkolem, který se z pohledu odborníků jeví jako účinný, je vytvoření sítě rodinných vztahů tzv. ekomapu, jenž čitelně vyjadřuje povahu těchto vazeb, která se doporučuje zpracovávat společně s klientem a multidisciplinárním týmem [28]. Při posuzování situace významně záleží na tom, jak budeme k rodině přistupovat, jaké vzájemné vztahy budou mezi námi panovat, jak zdůrazňují Matoušek a Pazlarová [19], aby docházelo k co nejmenším neobjektivním hodnotícím výchýlkám. Holland tvrdí [7], že subjektivní prvek při hodnocení rodiny nelze nikdy vyloučit.

Nezdolnost čili resilience je proces, který se v praxi velice často objevuje u rodin, kdy umožňuje jednotlivcům s ohledem na jejich schopnosti a dovednosti odolávat negativním vlivům [10]. Vznikají na základě nepříznivých a náročných životních situací [10]. Výzkumem rodinné resilience se zabývají Greeff a Human [5], kteří ji popisují jako proces, který ohrožené rodině napomáhá udržovat či znovu obnovovat harmonii a rovnováhu uvnitř skupiny. Autoři navíc zdůrazňují fakt, že je nesmírně přínosná pro multidisciplinární tým [5]. Pokud totiž víme, co posiluje fungování rodiny, co jí pomáhá zvládat náročné situace, jsme schopni přímo a účinně poradensky či terapeuticky posilovat jejich zdroje sil, rozšiřovat možnosti pomoci a pracovat s jejich hodnotami [5].

### **Motivace**

Jedním z výsledků spolehlivě odvedené sociální práce se v praxi potvrzuje úspěšná motivace člena skupiny, který se začne spontánně zapojovat do řešení problému [13]. Ten se stává samostatnější, aktivnější a objektivnější v posuzování své situace a toto všechno ho vede k aktivitě v dalších činnostech, jak nám koneckonců dokládají výsledky ze sociální rehabilitace poskytované dětským centrem [13]. Podle Průchy et al. [24] motivace rodiče povzbuzuje, aktivuje, dodává mu energii v jeho jednání a prožívání, což je tedy klíčové pro úspěšné zvládnutí náročných situací, do kterých se ohrožené rodiny dostávají. Je tedy povinností multidisciplinárního týmu podílejší se na procesu sanace, aby mu s tímto pomohl [24]. Uvědomuje-li si rodina, že cosi v životě postrádá, může prostřednictvím motivace spustit reakci aktivního jednání ve smyslu snažit se stav věci změnit [22]. Motivací ke změně chování se zabývají Mason a Butler [14], kteří rozdělují připravenost rodiče ke změně do několika fází. Tyto úseky mohou být různě dlouhé, což dokládají výsledky praxe a musíme být na ně trpělivě připraveni [14]. Mason a Butler [14] uvádějí ranou fázi (kdy si člověk v souvislosti svého jednání potíže nepřipouští a někdy ani neuvědomuje), v další fázi už

uvažují o jisté změně, ovšem nejsou zcela rozhodnuti započít spolupráci, neboť prožívají velkou ambivalenci. Ve třetí fázi změny, jsou rodiče již rozhodnuti a připravují plán k uskutečnění změny [14]. V dalších etapách již bojují s nástrahami a připravenost ke změně se může posouvat směrem dopředu i zpátky. Podle toho, v jakém období se nacházejí, se mění potřeby rodiny, na které musí multidisciplinární tým pružně reagovat [14].

### **Sít' služeb**

Sociální pracovníci mohou rodině pomoci zvládnout obtížná očekávání tím, že se pokusí podpořit změnu faktorů (vlastnosti rodiny, jejich členů nebo charakteristik sociální prostředí rodiny), které způsobují, že určitá životní situace je pro rodinu těžko zvládnutelná. Tyto změny mohou spočívat jak v tlumení negativního působení jedněch faktorů, tak v posilování pozitivního působení jiných faktorů [29].

Při vyhledávání odpovídající pobytové sociální služby je zapotřebí vždy brát v patrnost několik aspektů. Předním hlediskem je pak to, aby i přes zjevné pochybnosti pracovníků o řádném fungování rodiny byl z jejich strany kladen důraz na upevňování vztahu mezi rodičem a dítětem.

V současné době je výrazným trendem upřednostňování poskytování služeb rodinám v jejich domácím prostředí před poskytováním služeb v institucích, kam za nimi rodiny musejí docházet [30]. Rozdělení rodiny a umístění dítěte do ústavního zařízení se v mnoha případech jeví jako nevhodné, protože tím stavíme rodiče do situace, kdy nemůže problém aktuálně řešit [30]. Nastávají ovšem situace, kdy odloučení dítěte je nezbytné, a tak nezbyvá, než nalézt takové možnosti, jak rodinu podpořit v tom, aby mohla být pospolu [30]. Mezi takové příležitosti patří sociální rehabilitace jako služba sociální prevence, která prostřednictvím sanace rodiny podporuje rodinné příslušníky v rozvoji jejich specifických schopností a dovedností v péči o dítě [35]. Při poskytování služeb sociální prevence je zapotřebí počítat s tím, že se bude jednat o náročný a dlouhodobý proces, do kterého jsou začleněny rodiny s vážnými obtížemi [31]. Jak dále Úlehla [31] popisuje, abychom všechny členy skupiny dokázali úspěšně aktivizovat a přimět k řešení potíží, je primárně nutný pravidelný a dlouhodobý kontakt pomáhajících pracovníků. Sociální služby poskytované rodinám se dle Matouška et al. [18] odlišují podle **délky trvání** (akutní krátkodobé až dlouhodobé), **prostředí** (poskytované v rodinném prostředí, krizovém centru, v institucionálním zařízení, případně jiném), **dle metod** zdravotní a sociální práce s rodinou (poradenství, terapie, léčebné či jiné), **dle podnětu** ke spolupráci s rodinou (ohrožení dítěte, ohrožení dospělého, atd.).

### **Sociální rehabilitace**

Prostřednictvím sociálních služeb lze též zajistit pravidelný dohled a dopomoc rodině a posilovat jejich vzájemné rodinné vazby. Tyto kladené požadavky může zaručit sociální rehabilitace pro matky a rodinné příslušníky s dětmi, jenž spadá do gesce zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sociální rehabilitace je od roku 2008 poskytována Dětským centrem Jihočeského kraje, o.p.s. ve Strakonících. Hlavní činností dětského centra je poskytovat sociálně právní ochranu dětem prostřednictvím zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, které se řídí

zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí. Klíčovým cílem zařízení je provázat obě sociální služby tak, aby vzájemně a především komplexně fungovaly v zájmu celé rodiny. Proto, abychom tyto cíle sociální služby naplnili, je zapotřebí vzájemné komunikace a spolupráce mezi všemi účastníky procesu.

Sociální rehabilitace, která je dle zákona č. 108/2006, Sb., o sociálních službách, zahrnuta do služeb sociální prevence, má v systému péče o ohrožené rodiny své nezastupitelné místo. Hlavním důvodem je předcházet či eliminovat konkrétní problémy jejich jednotlivých členů. Zmiňovaná sociální služba může významně působit na celou situaci uvnitř skupiny. A to buď zcela zabránit, nebo co možná nejdéle odložit odebrání dítěte z biologické rodiny [1].

### **Individuální plánování**

Především je nutné si uvědomit, jak uvádějí někteří odborníci [4, 12, 20], že bez aktivní účasti rodiny tohoto úkolu není možné dosáhnout. Důležitým aspektem úspěšné součinnosti všech zainteresovaných stran je nezbytné znát nejen pozitivní, ale taktéž negativní pohled rodiny. Názory rodiny nám pomohou v jejich problému se lépe orientovat, ale pomohou i leccos odhalit. Při každém rozhodování o osudu dítěte je žádoucí plánovat další postupy, které budou respektovat práva a potřeby biologických rodičů. U dětí v náhradních rodinách či ústavních zařízeních je nutné pravidelně prošetřovat jejich situaci a podle výsledků průběžně upravovat individuální plán sociálně-právní ochrany dětí [19].

Rodiče, kteří potřebují pomoc, nechtějí sami sebe vnímat jako neúspěšné. Díky tomuto pocitu se rodič uzavírá vůči okolnímu světu. Míra rizik se tím pochopitelně zvětšuje. Pravý profesionál je vede k tomu, že řešení problému je odrazem jejich odpovědností a kvalitní péče o děti [4].

S odkazem na Matouška [16] a ostatní odborníky je zapotřebí procesy sociální práce modifikovat. K dosažení co nejrelevantnějších informací ze strany rodiny je zapotřebí především získat jejich plnou důvěru. Důsledná příprava a úzká spolupráce se všemi zainteresovanými členy sanačního týmu nám k tomu může dopomoci. Je žádoucí se vždy alespoň částečně řídit metodikou návštěvy, kterou Oldřich Matoušek a kol., podrobně popisuje v Metodách sociální práce [17].

Zhodnocení situace dítěte v rodině by mělo vycházet ze znalosti rodiny a jejího fungování. V situacích, kdy pracovník vnímá rizika ohrožení dítěte, je vhodné posouzení situace dítěte vypracovat v rámci multidisciplinárního týmu. Hodnocení se stává podkladem pro doporučení odborné podpory rodině. Čím větší míra rizik (aktuálních i potenciálních) v jednotlivých oblastech u konkrétního dítěte, tím více je třeba zvažovat, zda není nutné dočasné umístění mimo rodinu, spojené s podporou rodičů v kontaktu s dítětem v chráněném prostředí a posilování jejich rodičovských kompetencí [1].

Mezi principy plánování jednoznačně patří i aktivní účast dítěte a jeho blízkých na tvorbě plánu. Kdo je blízkým člověkem, má především určit samo dítě. Pochopitelně vycházíme z jeho věkových předpokladů a rozumových schopností. Jedná se o princip spolupráce týkající se všech, kdo mohou situaci klienta či rodiny ovlivnit (fyzicky se přímo podílet na plánování) s jasnou definicí rolí a odpovědností, princip podpory pozitivního potenciálu dítěte a princip efektivity. Plán je sestaven tak, aby mohlo být periodicky

prověřováno plnění jednotlivých cílů. Cíle jsou přezkoumávány a měněny dle aktuálních potřeb klienta a jeho situace. Posledním principem plánování je používat neprofesionální jazyk. Plán je formulován srozumitelně pro všechny, tj. včetně rodičů a dětí [19].

Kim Berg [11] považuje rozhovor za základní pracovní metodu sociálního pracovníka. Pro klienta je důležité, aby si při rozhovoru uvědomil i úspěšné okamžiky v životě. Je to způsob, kterým rozvíjíme vzájemnou důvěru. Pracovník s klientem identifikuje okamžiky, kdy se problém mohl objevit, ale neobjevil. Tyto okamžiky, jakkoli krátké či málo významné, jsou důležité. Problematické chování se často objevuje za určitých okolností. Pokud tyto okolnosti identifikujeme, je to první krok k řešení.

Řádné individuální plánování vede rodiče nejen k pocitu smysluplnosti, ale především ho aktivně zapojuje do řešení vlastní situace [19]. Prvotním úkolem multidisciplinárního týmu je v úvodu plánování přednostně identifikovat potřeby rodiny, na základě kterých dochází k naplánování služeb a napojení na adekvátní zdroje [25]. Při individuálním plánování je otázkou kolik samostatnosti je potřeba ponechat rodiči a nakolik zasahovat do jeho rozhodování [26]. Aby bylo plánování v procesu sanace účinné a rodinní příslušníci se aktivně zapojili do řešení situace, je nezbytné detailně pojmenovat skutečný problém [34]. Ten musí být popsán též z pohledu rodiče a následně můžeme určit multidisciplinární tým s vytyčením jednotlivých rolí [34]. Jednotlivé kroky plánování, jenž popisuje Zastrow [34], v praxi v různých modifikacích velmi často užíváme a vnímáme jako velice účinné. Především nesmíme zapomínat na to, že bereme v úvahu aktuální potřeby zúčastněného, předpoklad nezbytných zdrojů k řešení a vždy musíme navrhnout nějaký postup sociální práce, byť se jedná o sebemenší pro rodiče nevýznamný počín [34]. Z praxe je též zřejmé, že tvorba postupů je vzájemná souhra obou stran tzn. rodiče a multidisciplinárního týmu, kdy rodič zpravidla zadává „objednávku“ o jakou pomoc žádá, na druhé straně pracovník týmu provádí kontrolu a určuje, co bude nutné udělat [21]. Jak Musil [21] dále uvádí, aby se rodič aktivně zapojoval do procesu plánování a celého procesu sanace, je nezbytné přístupy vyváženě kombinovat. Nicméně je potřeba si uvědomit, že pracovník týmu je ten, který je iniciativní a dává návody, co a jak má rodič dělat, aby jeho počínání bylo přinejmenším smysluplné a poté úspěšné [21]. Individuální plán podpory sestavujeme tak, abychom mohli průběžně ověřovat, zdali jsou dílčí úkoly zdárně plněny a případně dle potřeb plán aktuálně měníme [19].

Je důležité, aby byly dílčí plány propojeny a aby služby navazovaly na sebe. Je také vhodné, aby se případového setkání účastnili rodiče popřípadě i samotné dítě. Je ale důležité zvážit, nenese-li to nějaká rizika. Pozvání klienta je však nezbytné, abychom docílili zlepšení situace. Klient se nemusí chtít zúčastnit např. z důvodu studu před velkým počtem lidí. Je dobré mu vysvětlit, že účast je důležitá především proto, aby se mohl vyjadřovat k jednotlivým krokům, a mohl tak ovlivňovat řešení [8].

Kromě aktuálního zdravotního stavu je třeba vždy brát v potaz i celkový tělesný vývoj dítěte a jeho prognózu. V této souvislosti nelze opomenout faktory dědičnosti, jenž mají vliv na některá onemocnění a poruchy psychického vývoje. Hrají významnou roli při posuzování situace a plánování péče [27].

Pro vytvoření dobrého vztahu s klientem, ale i pro celý proces případové práce je zásadně důležité zvládnout umění rozhovoru. Jde o to, aby komunikující lidé jeden druhého pochopili,

přijali, podpořili nebo si navzájem poskytli zpětnou vazbu, radu nebo inspiraci. V případové práci má dospět k formulaci toho, co klient nejen potřebuje, ale co je schopen a ochoten přijmout [28]. Rodičům, kteří jsou začleněni do procesu sanace se často během života nedostávalo přílišné pochvaly. Proto je nutné být s pochvalou obezřetní. Přílišným chválením můžeme způsobit ztrátu motivace. Chválením může pracovník způsobit dvě naprosto rozdílné situace, které se v praxi vzájemně prolínají. Domnění rodiče, že se natolik zlepšil, že není již potřeba spolupracovat, nebo má obavu z manipulace a ztráty důvěry [1].

Očekávání jsou závislá v první řadě na institucích, které vstupují do kontaktu s rodinami. Při hodnocení rodiny by měl profesionál umět aktivně naslouchat členům rodiny a pokoušet se o včtění do jejich vnímání. Pracovník zkoumající rodinu nesmí zapomínat na to, že i on sám je testován, zejména pokud jde o důvěryhodnost a schopnost poskytovat rodině účinnou podporu a pomoc [16].

Posouzení funkčnosti rodiny vyžaduje delší přímý kontakt s rodinou, čas a dovednosti, které se dají získat jen tréninkem. Jedná se o komplexní problematiku, při jejímž řešení se pracovník neobejde bez spolupráce a pomoci dalších odborníků. Každého člena rodiny, jeho situaci, je zapotřebí posuzovat jak z hlediska zdravotního, resp. medicínského, tak z hlediska psychologického a samozřejmě i sociálního či sociálně-právního. Je zapotřebí mít stále na paměti, že situace ohroženého dítěte nelze posuzovat jako situaci samotného, izolovaného jedince, ale vždy v rámci jeho „sociálněekologického pole“. Vždy je potřeba zkoumat mikrosociální systém dítěte (jeho rodinu, ať již vlastní, biologickou, nebo náhradní, popř. jiné významné osoby, k nimž má dítě silný emoční vztah) [16]. .

Významem dětského centra ovlivňující aktivní zapojení rodiny do procesu sociální rehabilitace se Mgr. Martin Karas zabývá ve své disertační práci. Zde upozorňuje na jeden z několika problémů, kterým je nedostatečná a nesystematická podpora rodině ze strany pomáhajících institucí. Nedostačující pomoc může zabránit včasnému navrácení dítěte zpět do biologické rodiny. V disertační práci pečlivě sleduje velmi důležitý aspekt, kterým je aktivní účast rodiče na řešení problému.

## **2. METODIKA**

Jedním z cílů výzkumu disertační práce Mgr. Martina Karase, je provádění rozboru dílčích individuálních plánů sanace rodiny s identifikací jednotlivých složek, jenž se podílejí na pomoci a podpoře rodiny. Na základě těchto zjištění identifikují důvody (aspekty), pro které byla rodina do procesu sanace začleněna.

S ohledem na zmiňované důvody sledují, jaké složky sanačního týmu se podílejí či podíleli na konkrétním případě. Sledují vzájemné vztahy mezi jednotlivými členy rodiny, dále vzájemné vztahy mezi rodinou, sanačním týmem a dětským centrem. Především pak to, jak na sebe jednotlivé složky působí a ovlivňují se. Pozorují, jaké složky multidisciplinárního týmu na rodinu působily, délku této podpory, jejich přímý vliv na chování a jednání rodiče ve vztahu k úspěšnému zvládnutí procesu sanace.

Jedním z úkolů disertační práce je vystihnout okamžik, ve které fázi procesu sociální rehabilitace dochází k aktivnímu zapojení rodiny. Sledováním jsme došli k jednomu ze závěrů, že moment, kdy se rodič aktivně podílí na spolupráci lze uznat tehdy, pokud sám

spontánně alespoň třikrát v období šesti týdnů navštíví příslušný orgán sociálně-právní ochrany dětí s konkrétním námětem a cílem další podpory a pomoci. Je to stav, kdy rodič ve většině případů již v dalším období vydrží se zařízením spolupracovat. Tento fakt je jistě ovlivněn jeho rozumovými schopnostmi a dovednostmi, osobnostními předpoklady, ale i dalšími okolnostmi, které je zapotřebí dále zkoumat.

Získaná data dále porovnávám s rodinami, u nichž byla sanace úspěšně dokončena. U těchto rodin vyhledávám vzájemné spjitosti, kterou vedou ke zdárnému cíli.

Objektivní výsledky by tak bylo možné aplikovat u ostatních ohrožených rodin. Na základě těchto zjištění by bylo možné sledované rodiny setřídít do předem připravených kategorií dle faktického procesu sanace, a tak navrhnout možná východiska individuálního plánu podpory a péče, která by celý průběh sanace značně urychlila.

V rámci disertační práce je použit kvalitativní sběr dat - sekundární analýza dat. Pro sběr dat vycházím z pro mě dostupné zdravotní dokumentace (ze zdravotnických zařízení), sociální dokumentace (poskytovanou orgány sociálně-právní ochrany dětí), psychologické (psychologické zprávy a posudky) a další dokumentace, která je vedena a archivována v Dětském centru Jihočeského kraje, o.p.s. ve Strakonících. Dalším zdrojem dat jsou hloubkové rozhovory s rodinami, se kterými se doposud aktivně pracuje či aktivně pracovalo. Cílovým souborem vlastního výzkumného šetření jsou rodiny, jejichž děti byly v období od roku 2006 (v tomto roce vzniklo Dětské centrum Jihočeského kraje, o.p.s. ve Strakonících) umístěny do shora uvedeného zařízení a následně se po úspěšné sanaci vrátily zpět do péče rodičů. Jedná se zhruba o 30 rodin, jejichž dokumentace bude podrobena výše popsané analýze (jedná se o cca pětinu klientely za dobu existence Dětského centra).

### **3. DĚTSKÉ CENTRUM**

Dětské centrum vzniklo na bázi kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let. Součástí dětského centra je lůžková část (pro děti, pro rodiče s dětmi), ambulantní část, kojenecký ústav (resp. dětský domov) rodinného typu, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, denní zařízení, ubytovací zařízení pro matky (rodiče), včetně cvičných místností, s možností přijetí matky před porodem, rodinná poradna, příprava žadatelů o NRP, setkávání rodin (pěstounů, osvojitelů).

Významná úloha dětského centra spočívá v sestavení individuálního plánu podpory a pomoci na základě rodinné a sociální anamnézy, která je rozhodná pro ostatní složky sanačního týmu a pro celý průběh sanace. Základní struktura sanačního týmu se vždy skládá z rodiče, pracovníka dětského centra, OSPOD, pediatra a dětského psychologa. Sanační tým může být dále doplněn o další potřebné odborníky dle individuálních potřeb rodiny.

Dětské centrum Jihočeského kraje ve Strakonících zahájilo svoji činnost v roce 2006 na základě pověření k výkonu sociálně právní ochrany dětí. Jedná se o nestátní zdravotnické zařízení poskytující ucelenou interdisciplinární péči dětem, a to jakkoliv ohroženým na svém příznivém vývoji a výchově. Neodmyslitelnou součástí je pomoc jejich rodinám. Úkolem centra je snažit se obnovit jejich narušené funkce, jak je podobně uvedeno v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí. Kromě vedlejších činností, poskytuje dvě stěžejní sociální služby, které napomáhají citovaným aspirantům. Jedná se o **zařízení pro děti**

**vyžadující okamžitou pomoc** zřízeného dle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, kam jsou umístovány děti, jejichž rodiče neplní své základní rodičovské povinnosti, čímž dochází nejen k ohrožení výchovného prostředí, ale především k újmě na základních právech dítěte. Zachování vzájemných rodinných vazeb mezi rodičem a potomkem je možné za předpokladu splnění určitých podmínek. Tyto dnes můžeme naplňovat na základě poskytování sociální služby, která byla v minulosti dětským centrem znatelně postrádána a v současné době vnímána jako velmi žádoucí s efektivními účinky. Jedná se o službu **sociální rehabilitace** dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s cílem poskytovat komplexní pobytové služby dětem společně s jejich rodiči. Zřízení nové formy pomoci vycházelo a vychází ze základních principů a myšlenek dětského centra. Klíčovým úkolem je smysluplná, plánovaná a systematická podpora a spolupráce, způsobilá vzájemná komunikace při řešení aktuální situace s cílem navrátit dítě zpět do biologické, ve specifických případech náhradní rodiny. Na základě dnešních zkušeností je více než jasné, že aktivní účast rodiny nebo alespoň jednoho jejího člena či širší rodiny je bezpodmínečně nutné. Jakákoliv podpora bez vlastní iniciativy a vůle podílet se na odstraňování negativních vlivů je takřka nemožné. Získat důvěru ze strany rodiče je právě jedním z nejdůležitějších hledisek práce s problémovou rodinou, ale také tím nejtěžším úkolem.

V současné době bylo provedeno 10 hloubkových rozhovorů s informantkami, u nichž byla ukončena sociální rehabilitace. Pro potřeby tohoto článku jsou ze zmiňovaných rozhovorů vybrány okruhy odpovědí, které se zaměřují na příčiny neúspěšného procesu sanace. Dále na rizika a poté následky, jenž vyplývají z těchto situací. Zejména pak, jaký mají dopad na dítě a celou rodinu. Součástí konkrétních výpovědí matek jsou pro srovnání uváděny též výpovědi pracovníků zainteresovaných do jednotlivých kauz. Pro potřeby profesionálů zabývajících se sociálně-právní ochranou dětí je zajímavé sledovat, jak se některé výpovědi a názory informantů na straně jedné (klientek) a na straně druhé (pracovníků) diametrálně liší.

Z jednotlivých výpovědí je zcela zřejmé, že především u klientek, kde proces sociální rehabilitace nedopadl dle jejich očekávání, se více či méně shodují, co bylo nebo mohlo být příčinou jejich neúspěchu. Pro tento článek byly s ohledem na větší objektivitu a sourodost zjišťované skupiny vybrány pouze výpovědi klientek, které neúspěšně nebo předčasně ukončily zmiňovaný pobyt.

Níže uvedené **důvody** předčasného či neúspěšného ukončení sociální rehabilitace byly vybrány na základě výpovědí informantek, kde se jednotlivé důvody shodně opakovaly minimálně ve třech výpovědích:

- a.) užívání návykových látek
- b.) špatné rodinné a partnerské vztahy
- c.) nevyhovující bytové poměry
- d.) nerespektování pravidel a režimu zařízení
- e.) rodiče nechtějí změnit svůj dosavadní styl života, nechtějí spolupracovat se zařízením
- f.) rodiče nepřikládají vlastnímu problému dostatečný význam
- g.) špatný zdravotní stav dítěte nebo rodiče

- h.) špatná komunikace mezi rodičem a zařízením, zařízení má vůči rodině předsudky
- i.) zařízení se v práci s rodinou nezaměřuje na konkrétní problém
- j.) zařízení nerespektuje názory a přání rodiče
- k.) nevhodné sestavení individuálního plánu
- l.) pracovníci se rodině dostatečně nevěnují.

**Užívání návykových látek** sledujeme u rodičů jako jeden z klíčových problémů, které směřují k neúspěšnému a často předčasnému ukončení pobytu na sociální rehabilitaci. Po opakovaných zkušenostech z praxe zjišťujeme, že závislost rodiče na návykových látkách (především drogy a alkohol) zcela ovlivňuje jeho chování, jednání a racionální pohled na situaci. V těchto případech je zapotřebí před samotným přijetím do dětského centra nejprve vyřešit problém se závislostí rodiče prostřednictvím specializovaných zařízení jako jsou kontaktní centra, terapeutické komunity, psychiatrické léčebny apod. Teprve pak je přijatelné s rodinou spolupracovat prostřednictvím pobytové služby sociální rehabilitace.

Ve všech případech, kdy byli rodiče aktivními uživateli návykových látek, ukončili neúspěšně proces sanace: *„Jo, byl to prostě problém. Brala jsem drogy, ale furt jsem si myslela, že to zvládám. Už jsem na to ale neměla. Bylo to silnější, než já. Hlavně, když jsem chodila do party s přítelem, tak tam jsem neodolala, i když jsem věděla, že čekám mimino“.*

Jiná informantka uvádí, že: *„Bylo to strašný hlavně po psychický stránce. Nedalo se to vydržet. Byla jsem pořád, furt vynervená. Všechno mi tam vadilo, měla sem pocit, že mě všichni sledují. No, a pak to bylo strašný i po tý fyzický. Byla jsem víc a víc unavená, nebyla jsem schopná třeba vstát z postele, věděla jsem, že to v centru nedám a musela skončit“.*

Další informatika uvádí: *„Jo, voni to ukončili se mnou sami. Bylo to na mě dlouhý, všechno jsem na schvál bojkotovala. Vždycky jsem se vrátila a byla pozitivní, myslím na ty drogy. Nějak sem chtěla od všeho utéct“.* Pokud se ptáte na to, tak v tomhle stavu, prostě nejsem schopná, ale až se toho zbavím, tak nastoupím znovu anebo půjdu do toho Karlova i s malým, ještě se rozmyslím“.

Sociální pracovník vypovídá: *„Já si myslím, že drogy, ale i alkohol jsou v nastavení nějakého řádu v životě člověka a u matek obzvlášť veliký problém. Většina rodičů říká, že má situaci pod kontrolou, ale upřímně neznám snad ani jednu, která má. Mám zkušenost, že pokud se jedná o drogy, tak závislost je silnější, než touha po dítěti anebo rodině. V tomto vidím jedinou cestu a tou je projít komunitou. Mám výborné zkušenosti s tou v Karlově u Písku“.* Ještě bych chtěla říct, často s těmito rodiči není rozumná řeč. Rodiče jsou často podráždění, agresivní a impulsivní. Najít společnou cestu je často nadlidský úkol“.

V pořadí druhou nejčastější příčinou neúspěšné sanace rodiny, na které se shodují, jak informanti, tak sociální pracovníci, jsou **špatné rodinné a partnerské vztahy**. Ty hrají v každé nejen ohrožené rodině zásadní význam. Na sociální rehabilitaci jsou často přijímány klientky, které pochází z ústavního zařízení, z nefunkčních rodin, často řeší komplikované partnerské vztahy. V těchto vztazích se zpravidla objevují známky domácího násilí, často v kombinaci s užíváním návykových látek a to především drog a alkoholu. Jelikož v praxi hovoříme o působení těchto negativních vlivů v řádech několika měsíců, zcela zásadně ovlivňují

vzájemné vazby mezi všemi členy rodiny, kteří jsou spolu v úzkém kontaktu (mezi partnery, prarodiči, sourozenci, příbuznými, apod.).

Náprava těchto poměrů je velmi složitá, někdy je poškození nevratné: „*Já jsem těhotenství neplánovala. Když jsem přítelovi řekla, že jsem těhotná, tak mi řekl, abych si to nechala vzít, jinak, že ode mě odejde. Já si myslela, že to zkousne, ale bylo to ještě horší, řekl, že to stejně není jeho a že mi nic platit nebude. A tak odešel. Chtěla jsem si to prosadit a myslela sem, že to zvládnou. Pak jsem zjistila, že na to jsem sama. Toho jsem se hrozně bála a tak jsem dala souhlas s adopcí. V centru mě sice několikrát přesvědčovali, že to zvládnou. Pomáhali mi dost, ale já vím, že ne a ani nechci*“.

Jiná informantka sděluje: „*Přítel ode mě už několikrát vodušel. Já dítě ani nechtěla, ale když se to stalo..Já jsem z děcáku, mám jen jednu tetu, se kterou se občas vidím, jinak nemám nikoho. Já už to mám takhle hodně těžký, s dítětem bejt někde na azyláku, to nechci. Kdyby mi přítel pomohl, to bysme asi zvládli, ale takhle. Já se snažila., tak ať má lepší život aspoň malej*“.

Další informantka uvádí: „*Já si dítě přála. Přítel prý také. Ale nic pro to nedělal. Slíbil, že zajistí bydlení, bude vydělávat peníze. Nic z toho neudělal. Jen jsme chodili po kamarádech, pařili, neměli peníze a pro malého téměř nic. Proto mě sociálka donutila nastoupit sem do centra. S mámou a tátou už roky nemluvíme, asi osum let. Já mám přítele pořád ráda a závidím mu to, že má tu volnost, kamarády a všecko. Často jsem za ním utíkala, protože jsem věděla, že se vo malýho v centru postarají. No a pak to náh skončilo, ukončila jsem to.*

Sociální pracovník vypovídá: „*Se vztahy, jak partnerskými, tak rodinnými je to skutečně veliký problém. Především pak pro mladé maminky. To, že od nich partner odešel, velice těžce nesou. Berou to jako křivdu. Mají společné dítě. Zodpovědnost a starost s ním má pouze maminka. Často závidí kamarádům, že mohou chodit po diskotékách, po večírcích apod. Následně si maminky uvědomují, že si v životě nic neužily a začnou pochybovat o tom jestli vůbec dítě chtějí. To je často důvodem, proč dítě opouštějí a dávají souhlas k adopci. Co se týče prarodičů, pokud není mezi čerstvým rodičem a prarodičem vytvořen obyčejný vztah, jak ho známe, pak proces sanace selhává. Tito mladí rodiče, o kterých mluvíme, jsou často svými rodiči umístěny v ústavním zařízení, takže se není ničemu divit, že jsou tyto vztahy hluboce narušeny. A nezmění to ani narozené vnouče*“.

**Nevyhovující bytové poměry** patří také mezi jedny z nejčastějších příčin neúspěšné sanace rodiny. Celá řada rodičů žije mnoho let v téměř nevyhovujících bytových podmínkách. Toto bydlení (můžeme-li ho takto vůbec nazývat) ani z daleka nesplňuje základní hygienická kritéria. Takové bydlení není vhodné pro dlouhodobé žití dospělého člověka, natož pak pro malé dítě. Rodiče si tuto skutečnost mnohdy neuvědomují, jelikož jsou na toto prostředí během života adaptováni. Proto nevyklučují možnost, že by tam dítě nemohlo existovat. To je důvodem častých konfliktů a nesrovnalostí mezi orgány sociálně-právní ochrany dětí, soudy, poskytovateli sociální sužeb a rodiči. Rodiče, kteří pocházejí z ústavních zařízení jsou oproti ostatním dětem ještě ve větší nevýhodě, jelikož po celé dětství žili v „*pomyslném přepychu*“. Nyní, když se musí osamostatnit, nemohou se srovnat se skutečností, že je čeká v lepším

případě azylový dům nebo ubytovna. Mají o realitě života značně zkreslenou představu. Díky nevědomosti se mohou vlastním přičiněním rychle připravit o střechu nad hlavou.

V celé řadě případů se tak i stane: „*Já Vám tedy něco řeknu. Já se chtěla o malou starat, ale sociálka mi prostě nedovolila s malou jít domů. Že prej tam nemám nic připravené. Ale to není hlavní problém. Já si myslím, že to měli nějak domluvené, abych o malou přišla. V tom bytě jsem bydlela pěkně dlouho a bylo to v pohodě. Furt chtěli něco doplnit, furt si něco vymejšleli, že jsem si uvědomila, že to nikdy nedám do hromady. Jak si jako oni představují. Takže jsem ten pobyt v centru ukončila sama. Nemělo to cenu“.*

Jiná informantka říká: „*Já jsem bydlení ztratila a neměla kam jít. Byla jsem těsně před porodem a tak jsem byla šťastná, že do centra, který mi na sociálce nabídli, že tam můžu jít. Oni mi tam hodně pomáhali, ale bez bydlení bych se nehnula z místa. Když nemáte s dítětem kam jít, tak je to problém, to skončíte velice rychle“.*

Další informantka sděluje: „*Bydlení bylo prostě zásadní pro to moje rozhodnutí ukončit pobyt. Já neměla šanci, ani peníze. A jako fakt mě nebaví pořád lítat po inzerátech, když vím, že na to nebudu mít. A do azyláku nepudu za žádnou cenu. Tam si může jít sociálka sama“.*

Sociální pracovník říká: „*Víte, bydlení, ale opravdu základní bydlení je pro pobyt dítěte v rodině, teď myslím pro mě jedno z důležitých kritérií. Když nemáte kam hlavu složit, aby tam bylo teplo, relativně čisto s minimálním vybavením, tak to je něco špatně. Z praxe pozoruji, že obrovský problém je u dětí z dětských domovů. Mají velké nároky na standard a zároveň nemají absolutně představu o finanční zátěži takového bydlení. Žijí v takových imaginárních představách, že všechno samo přijde, samo se zaplatí. A pak si nabijí nos, protože seznámení s realitou je velikým šokem, který často nevydýchají. Navíc nejsou trpěliví, snaživí. Všechno chtějí hned a bez vlastního přičinění. Mají to v životě nastavené tak, že se prostě někdo postará. Bydlení je pro rodinu základ“.*

Velký podíl na neúspěšném procesu sociální rehabilitace má ze strany rodiče **nerespektování pravidel a režimu zařízení**. Nastavení pravidel a režimu v životě rodiče je náročný úkol. O to komplikovanější je to v případě, pokud mu tato pravidla nastavuje cizí osoba, která má navíc možnost jeho kontroly. Rodič, který většinu života žije ze dne na den, se neumí, a především ani nechce, této změně přizpůsobit. Tato skutečnost je klíčovým problémem při ukončení procesu sanace, ať už ze strany rodiče nebo dětského centra: „*Já jsem byla zvyklá dělat si co chci. Nikdo mě nekontroloval. Když se mi něco nechtělo dělat, tak jsem to nechala na zítra. Mě to takhle vůbec nebavilo. Už jsem dospělá, aby někdo pořád říkal, co mám dělat. Kvůli tomu byly ty konflikty, protože jsem nechtěla dělat, co voni po mě chtěli. Já vím, že asi mají pravdu, hlavně tedy kvůli malýmu, ale myslím si, že když si to udělám podle sebe, tak taky ňák to dopadne, teda dobře“.*

Jiná informantka vypovídá: *Já jsem celý život byla v děcáku. Furt jsem musela dělat něco podle někoho. Já už jsem se těšila až od tamtud' odejdu, že si budu moc dělat co budu chtít. A zase tohle, prostě jsem to chtěla odejít“.*

Další respondentka uvádí: „*Měla jsem hned na začátku dost nějakých řečí o tom co mám dělat. Takže jsem věděla, že to nedopadne dobře, a taky, že ne. Připadala jsem si jako doma, když mě máma neustále v něčem kontrolovala, měla pořád nějaký připomínky“.*

Sociální pracovník vypovídá: „*Mám zkušenost, že lidé, kteří žijí bez pravidel řadu let, se žádnému jinému režimu nepřizpůsobí anebo jen velice těžko. Vydrží to chvíli, ale pak si stejně dělají to, co uznají za vhodné. Tito rodiče jsou dost pohodlní a nechtějí si přidělovat starost, takže budou neustále alibisticky argumentovat, že to či ono je zbytečné. Nakonec neberou ohledy ani na děti ani na partnera a řeší si věci po svém, pro své pohodlí*“.

S nerespektováním obecně platných pravidel úzce souvisí i skutečnost, že rodiče **nechtějí změnit svůj dosavadní styl života** z čehož vyplývá **nezájem rodiče spolupracovat se zařízením**. Jestliže rodič není přesvědčen o tom, že chce třeba jen kvůli dítěti v určitých ohledech změnit svůj dosavadní styl života, tak ostatní snaha a pomoc je prakticky marná. S tím souvisí i nezájem rodiče jakkoliv se aktivizovat. Ze strany rodičů pak dochází k opakovaným dohadům, proč to či ono takto dělat, proč právě toto chce po rodině sociální pracovník apod. Jedná se o určitý druh alibismu a obrany. Rodič se snaží ze sebe setřást přinejmenším část povinností a také zodpovědnosti. Tento problém se ale objevuje ve více oblastech zdravotně sociální práce a to nejen s ohroženou rodinou: „*Já jsem prostě zvyklá žít, tak jak žiju. Dalo mi to hodně práce. Já nechci pořád jen dělat věci co chtějí druzí. Mám ráda svobodu a vono to funguje. Já přece nebudu měnit něco jen proto, že to chce sociálka, stejně je to blbost*“.

Jiná informantka vypovídá: „*Když to všechno v životě změním, tak zůstanu sama. To mi řekl můj přítel. Řek, že nemá zájem nic měnit. Jestli prej chci s ním zůstat, tak půjdu k němu. No jenže, tam to nepovolí sociálka, není tam skoro nic*“. *Jenže já jsem na přítele závislá. On byl ten, kterej mi pomohl, když sem byla na dně. Vím, že mě asi tahne dolů, ale já ho mám prostě ráda, no*“.

Další informantka sděluje: „*Kdyby bejvali nechtěli po mě, abych to všechno opustila, tak bych s nima spolupracovala dál. Ale co voni si myslí. Je to stejný, jako kdybych já chtěla, aby začali žít jinak, tak jsem s nima nekomunikovala. Voni jsou chytrý dost*“.

Sociální pracovník říká: „*Já to docela chápu, že nechtějí dosavadní styl života měnit. Je to pro ně obrovská změna, které se jen špatně přivyká. Navíc pro ně je tento způsob něčím absolutně novým, je to něco, čemu nerozumí. Z toho samozřejmě vyplývá nezájem na čemkoliv spolupracovat. Asi by se na to nemělo tolik tlačit a snažit se najít alespoň malou část toho na čem by se dalo stavět. Jinak se přestanou úplně o dítě zajímat a je to škoda*“.

Jiný sociální pracovník sděluje: „*Těžko říct, ale mě se zdá, jestli to také není trochu pohodlnost, než neschopnost se přizpůsobit novým věcem. Jestli to taky není jen výmluva, aby nemuseli nic dělat., nevím*“.

To, že rodič **nepřikládá vlastnímu problému dostatečný význam** je dalším z aspektů, které komplikují ucelený proces sociální rehabilitace. Rodič se v celé řadě případů zabývá vlastní osobou, vlastními vztahy či problémy a podstatné věci mu unikají. To, že by se měly životní hodnoty narozením dítěte hierarchicky přeskládat, to si rodič neuvědomuje. Proto důvody k umístění rodiče společně s dítětem do dětského centra neberou příliš vážně, spíše jako zbytečné.

Podvědomě ale cítí, že pobyt na sociální rehabilitaci bude přinášet nejen více starostí, ale i povinností: „*Hele, já jsem žádnéj problém neměla a za tím si stojím. Já si myslím, že je na mě sociálka zasedlá. Vyhrožovala mi už několikrát, že mi dítěte sebere, ale úplně kvůli něčemu jinýmu, tohle jí třeba vůbec nevadilo*“.

Jiná infomantka stroze tvrdí: „*No nemám, no prostě nemám problém, jako ne. Mám úplně jiný problémy, než si myslí sociálka*“.

Další informantka říká: „*Víte co? Kdyby se tak radši každéj staral sám o sebe. Sou na tom lidi daleko hůř a nikomu to nevadí. A u mě taková prkotina? No prostě to nechápu, ale já vím proč, protože tehdy si na ní ségra stěžovala*“.

Velmi zásadní roli při neúspěšné sanaci rodiny hraje bezesporu **špatný zdravotní stav dítěte\_nebo rodiče**. Pokud je dítě z dlouhodobého hlediska zatíženo špatným zdravotním stavem (dítě se zdravotním postižením, těžký nedonošenec, dítě dlouhodobě neprospívající, s nejrůznějšími infekčními onemocněními s trvalými následky, apod.), může to být pro běžné fungování rodiny problém. Zpravidla má rodič snahu se o takové dítě postarat. Později zjišťuje, že zdravotní stav dítěte je obrovskou překážkou v dosavadním životě a péči o něj přestane zvládat. Nakonec dítě přenechá v péči zařízení. Pokud se jedná o onemocnění rodiče (psychiatrická onemocnění, zdravotní postižení, nevyléčitelná onemocnění, ale i těžké závislosti), situace je hodně podobná. S tím rozdílem, že rodič není schopen zdravotně (jak fyzicky, tak i psychicky) vše zvládnout. V tomto případě hraje důležitou roli mnoho dalších aspektů, které byly již výše zmíněny (podpora partnera, pomoc rodiny apod.): „*Já jsem s manželem sice dítě neplánovala, ale když už přišlo, tak jsme se dohodli, že si ho necháme. Že jsem těhotná jsem zjistila po čtvrtém měsíci. Pak po vyšetření mi řekli, že budeme mít postižené dítě. Byla jsem rozhodnutá, že dám dítě do ústavu. Pak se ve mě něco zlomilo a věděla jsem, že ho nemůžu opustit. Jenže, když se miminko narodilo, tak byl jeho zdravotní stav, tak těžký, že jsem to nebyla schopná zvládnout. Bohužel jsem to nedala*“.

Další informantka vypovídá: „*Už jsem v dětském centru byla jednou. Pak mě propustili domů. Byla jsem pod kontrolou sociálky. Holčička byla hodně nemocná. Já jsem to nebyla schopná zajistit, nepoznala jsem, kdy má třeba teploty. Nakonec několikrát skončila v nemocnici. Tam řekli, že se cera musí vrátit do centra. Já souhlasila. Tak jí tam aspoň navštěvuji*“.

Otec dítěte vypovídá: „*Moje žena je úplně no, вона není schopná se o dítě starat. Každou chvíli se jí něco v hlavě zmotá. Vona je už dlouho v tom špatném stavu. Každou chvíli se léčí ve špitále. Takže byla několikrát na takovýmhle pobytu a bylo to zbytečný. Dáme syna do pěstounské péče, ale jen tam, kde ho budeme moct navštěvovat*“.

Sociální pracovník říká: „*Špatný zdravotní stav je skutečně problém. Je to velká zátěž i pro plně funkční rodinu. Je to tak náročné, že si to umí jen málokdo představit. Vůbec rodiče, kteří dítě umístí do zařízení z těchto důvodů neodsuzují. Obdivuju to, že si péči alespoň vyzkoušejí. U onemocnění rodičů to vnímám podobně. Pokud jsou v takovém stavu, že nejsou schopni se postarat o dítě a nemají nikoho k ruce, tak co mohou dělat. Je to moc smutné, ale i pro nás těžké vyřešit*“.

Při řešení individuálních rodinných problémů v průběhu sociální rehabilitace se rodiče často odkazují na **špatnou komunikaci mezi rodičem a zařízením**. Rodiče kritizují pracovníky dětského centra, že mají vůči jejich osobě či celé rodině určité **předsudky**. Za těchto okolností je dobré objektivně hledat vinu na obou stranách. Rodič bude pochopitelně zastávat vlastní postoje a názory, naopak zařízení bude obhajovat své činy a skutky. V tomto případě je vhodné začlenit do procesu sanace třetí nezávislou osobu, která je schopná objektivně situaci rozklíčovat.

Je to praktická ukázka toho, proč se v praxi nutnost multidisciplinární spolupráce jeví jako naléhavá: „*Vůbec se mnou nemluvili. Když jsem něco chtěla, tak říkali věci, který jsem nepotřebovala. Jen dávali příkazy, na to kašlu. A pak se diví, že mi to nejde*“.

Jiná informantka uvádí: „*Voni mě úplně přehlíželi, nejdříve tedy ne, ale pak, když jsem si začala stěžovat, tak už se mnou mluvili pořád míň. No, pak sociálka může po mě něco chtít, že jo? Já se můžu snažit, jak chci, a když se mnou nemluví, tak co můžu dělat*“.

Sociální pracovník odpovídá: *Víte, když se něco nedaří, tak se hledá viník. Stěžují si, že se jim nevěnuje dost pozornosti, že s nimi nehovoříme. Já tedy myslím, že jim věnujeme času až přespříliš. Rodiče však nechtějí spolupracovat. Vše je jim na obtíž. Než by něco udělali, budou neustále v nepohodě. Čekají co jim kdo přinese a zařídí, ale to musí také trochu oni sami*“.

Pokud poskytovaná služba nefunguje, tak jak by měla anebo rodič nevykazuje takové výsledky, jak by si všichni zainteresovaní do procesu sanace přáli, přichází kritika ze strany rodiče. Stěžují si, že se zařízení příliš **nezaměřuje na jejich konkrétní problém**. Brání se tomu, aby on sám nebyl označován za toho, kdo je za neúspěch odpovědný. Stejný princip je u **nerespektování názorů a přání rodiče** nebo se rodič odkazuje na **nehodně sestavený individuální plán péče a podpory**. Kritika na adresu zařízení má vždy podobný původ. Důvody alibismu jsou totožné jako v předešlém odstavci: „*Jako, vůbec mě neposlouchají. Říkám jim co si myslím. Říkám jim co bych chtěla a stejně si to udělají po svém. To je docela problém, protože nakonec stejně o všem rozhodnou*“.

Jiná informantka sděluje: „*Když sme domlouvali ten plán, jak říkají pomoci, tak mi tam dali úkoly, které už dopředu věděli, že nemůžu splnit. Je to celé špatně udělané. Tak fakt nevím, proč se to vlastně dělá*“.

Další informantka říká: „*Já bych chtěla všechno zvládnout, ale když to co jsme všechno připravovali v tom plánu, tak toho bylo moc. Nevím, myslím si, že mi dali těžké úkoly*“.

Sociální pracovník říká: „*Co se týče individuálních plánů podpory rodině se vždy sestavují za přítomnosti rodiče. Mám zkušenost, že většina úkolů připadá spíše na ostatní členy týmu. Rodině se dávají úkoly, které by měl v běžném životě lehce zvládnout. Nejvíce práce máme kolem rodiny my, to si nestěžuju. A navíc, rodiče vždy mají možnost se k těmto plánům vyjadřovat. Nikdy není z jejich stany nic problém*“.

#### **4. ZÁVĚR A DOPORUČENÍ**

Sociální rehabilitace pro matky s dětmi jako služba sociální prevence má v oblasti péče o ohrožené děti a rodiny své nezastupitelné místo. Je přímou součástí sanace rodiny, ale v tom praktickém ohledu. Nejvýznamnějším cílem podpory je posílit a znovu obnovit funkce rodiny a snažit se zabránit umístění dítěte do ústavního zařízení. I když nastávají okolnosti, kdy toto není možné a z hlediska ochrany a zájmu dítěte je umístění do ústavního zařízení nevyhnutelné a pro dítě v daný okamžik žádoucí.

Celý proces by měl bezesporu fungovat na základě vzájemné spolupráce všech zúčastněných stran (odborníků) a především pak rodiny. Úspěšná pomoc a podpora rodině je

ovlivňována mnoha faktory a to nejen na straně rodiny, ale též na straně zainteresovaných institucí. Na základě nabytých zkušeností jsme došli k jednoznačnému názoru, že je nezbytné sledovat jaké postoje, představy, názory, předsudky a zájmy brání *všem* začleněným subjektům věnovat dostatečnou pozornost skutečnému problému. Praxe nám stále více potvrzuje domněnku, že během pobytu na sociální rehabilitaci je zapotřebí znát pohled rodiče na danou situaci. Názory rodičů, jsou-li věcné a konstruktivní mohou značně pomoci. Totéž platí i ze strany zainteresovaných stran odborníků. Problém tak lze společně rychleji, účelněji a pragmatičtěji řešit. Tyto poznatky lze následně uplatňovat i u ostatních ohrožených rodin. Z našich výzkumů vyplývá to, abychom účinky neúspěšného procesu sanace omezili na minimum, je zapotřebí systematicky, důsledně a funkčně naplánovat jednotlivé kroky sociální práce.

Potvrzuje se fakt, že je nezbytné v úvodu procesu sanace pečlivě rozdělit role, kompetence a úkoly dle odborného zaměření v dílčích oblastech sociální práce. Při tomto přerozdělování nikdy nesmíme opomenout na nejpodstatnější článek týmu, kterými jsou členové rodiny. Především při stanovování rolí, kompetencí a práv se na rodiče zapomíná. Ve výsledku práce rodič od multidisciplinárního týmu obdrží pouze úkoly a povinnosti.

Z rozhovorů tak plyne, že se pomoc a podpora realizuje bez jeho přítomnosti, připomínek a přání. Není proto divu, že mezi úředníky, poskytovateli apod. na straně jedné a mezi rodinou a jejími členy na straně druhé vznikají časté konflikty. Rodič má v ruce přesvědčivý argument, že s ním sanační tým nespolupracuje či nekomunikuje, i když tomu v řadě případů tak nemusí být. Z našich zjištění je proto nutné zdůraznit, aby na počátku sociální práce s ohroženou rodinou bylo vždy povinností svolat schůzku, kde jsou rodiči *srozumitelně a trpělivě* objasněny jednotlivé kroky procesu sanace, způsob realizace a vybrané postupy. Ten musí dostat dostatek prostoru k tomu, aby se mohl na všechny nejasnosti vyptat. Pozor, *opětovně objasňujeme* v celém průběhu sociální rehabilitace. Předcházíme tak pozdějším zmiňovaným sporům a neshodám.

Výpovědi pracovníků v oblasti sociálně právní ochrany dětí se jednoznačně shodují na tom, že spolupráce s rodiči, jenž jsou uživateli návykových látek, je vždy velmi složitá. Proto je rodičům v první fázi sanace zapotřebí pomoci s jejich závislostí a to prostřednictvím erudovaných odborníků a jejich služeb, jenž je celá řada a mají velmi dobré výsledky. Bez pomoci profesionálů se v tomto případě neobejdeme. V současné době lze vybírat mezi terénními, ambulantními i pobytovými sociálními službami. Rozhodnutí, která služba bude pro rodinu žádoucí, doporučujeme přenechat odborníkům. Poté může začít vlastní proces sanace.

Sociální rehabilitace je založena na upevňování citových a vzájemných rodinných vazbách. Na základě výsledků výzkumu je zřejmé, že kde jsou jasné signály nevyvážených partnerský a rodinných vztahů, je naléhavé od prvopočátku vyhledávat další členy širší rodiny, jenž by byli ochotni pomoci a podílet se na této spolupráci. Nikdy nesmíme opomenout důležitou skutečnost, že rodič musí o této osobě vědět, musí s tímto opatřením souhlasit. Podmínkou dobré spolupráce je důvěra mezi rodičem a všemi členy multidisciplinárního týmu. Opakovaně se potvrzuje pravidlo, že pokud je do procesu sanace zapojena širší rodina, ať už se jedná o přímého příbuzného, nebo rodinného přítele, má rodina velkou šanci k úspěšnému zakončení celého procesu.

Proto, aby mohla rodina fungovat v přirozeném prostředí, je nutné naplnit jednu ze základních podmínek, kterou jsou vyhovující bytové poměry. Předpokladem pro přijetí rodiče na sociální rehabilitaci je mít alespoň výhledově zajištěno vlastní či náhradní bydlení. Sociální rehabilitace za žádných okolností nesupluje službu azylového bydlení.

Po letech zkušeností v přímé péči o ohrožené rodiny se nám ověřují jistá opatření, kterými se ve zdravotně sociální práci řídit. Budeme-li se jimi vést, máme velkou šanci na úspěch. I malý úspěch má v tomto oboru velký význam. Mezi základní pravidla patří fakt, že i když se nám případ rodiny jeví jako neřešitelný, musíme pátrat i po bezvýznamných motivech, na kterých je možné začít stavět. Je to sice práce velice náročná, vleklá a titěrná, ale v sociální práci velmi význačná. Najdeme-li způsob, jak rodině pomoci, máme téměř vyhráno. Je to motivující pro všechny zainteresované strany. Způsob komunikace je volen dle intelektuálních schopností rodiče. Rodič nám musí rozumět. Musí chápat souvislosti. Často je zapotřebí se přizpůsobit jeho zvyklostem. Psychická podpora rodiče je samozřejmostí.

Musíme připustit, že ne vždy je tento úkol pro pomáhající profese přijatelný. Někdy totiž musí čelit jejich útokům, stížnostem a nátlakům. Profesionálem se člověk stává za předpokladu, že dokáže tyto ataky přijímat s laskavostí, nadhledem a snaží se rodiče permanentně aktivizovat k řešení problému. Pravý odborník se nenechá vyvést z míry, zachovává si objektivní postoj a pohled na věc. Jako doporučení můžeme uvést vodítko, že se podíváme na celý případ z pohledu rodiče, vžijeme se do jeho role. Úkolem sociální práce je zdůraznit to, co je pro danou rodinu podstatné. Při jednotlivých krocích musíme vždy myslet na budoucnost dítěte. Připouštíme, že ne vždy je tento úkol úplně snadný.

Jestliže však bereme sociální práci a problém rodiny na lehkou váhu, hrozí zde velké riziko, že dítě skončí mimo péči vlastní rodiny. Pokud ale svoji práci děláme svědomitě, není důvod k výčitkám, když to nevyjde. Častokrát rodina o naši pomoc ani nestojí. Z toho plyne, že nemůžeme zachránit každého.

Proto v závěru článku uvádíme ověřená východiska, která se při práci s ohroženou rodinou v případě dětského centra fungují a jsou podložena výzkumem. Je zřejmé, že je musíme s ohledem na individuální zvláštnosti rodiny modifikovat. Bylo vycházeno nejen ze zkušeností, poznatků a námětů ze strany odborné veřejnosti, ale též rodin účastníci se výzkumu. Jednotlivá doporučení jsou chronologicky uspořádána tak, aby byla v souvislostech a časovém sledu, jak je služba sociální rehabilitace poskytována v praxi.

1) Před přijetím rodiče do zařízení důkladně zhodnotit, zdali se skutečně jedná o cílovou skupinu poskytované služby.

*V praxi se ukazuje jako velmi nutné ve spolupráci s oddělením sociálně právní ochrany dětí či jinou institucí, která má rodinu v péči, nestranně posoudit, zdali se vskutku jedná o rodinu, která spadá do cílové skupiny poskytované služby. V případě, že tomu tak není, neměli bychom rodinu přijmout, jelikož jí nejsme schopni adekvátně pomoci a aktivizovat ji.*

2) S rodičem za všech okolností hovoříme otevřeně a to ve všech záležitostech týkající jeho osoby, aktuální situace, rodinného prostředí, poskytované služby atd.

*V praxi se potvrdilo pravidlo, že rodiči sdělujeme (pro něj srozumitelnou formou) vše ohledně jeho celkové situace, nic mu nezatajujeme! Důležitou podmínkou aktivní spolupráce je získat jeho důvěru. Toto je ověřená a spolehlivá cesta, jak tohoto těžkého úkolu můžeme dosáhnout.*

3) Komunikační dovednosti pracovníka jsou základem k získání důvěry.

*Komunikační dovednosti patří mezi základní principy sociální práce. Přijatelná komunikace je důležitá ve všech fázích poskytované podpory. Nesmíme opomenout na důležité pravidlo, že s klientem hovoříme tak, aby nám porozuměl. Výběr komunikace volíme dle individuálních potřeb a schopností klienta. Klient, který nám nerozumí, nemůže plnit zadání úkolů. V tuto chvíli je ohrožena nejen jeho důvěra, ale především dochází ke ztrátě motivace směřující k aktivizaci.*

4) Důvěra přispívá k aktivní a úspěšné spolupráci.

*Získání důvěry klienta patří mezi nejdůležitější podmínky úspěšné sociální práce. Pozitivně ovlivňuje jeho aktivní zapojení v procesu podpory, jenž přispívá k dobré vzájemné spolupráci.*

5) Vzájemná spolupráce a dobré vztahy mezi pracovníky a klienty.

*Vzájemná spolupráce nejen mezi pracovníky, ale všemi zainteresovanými stranami procesu podpory je řazena mezi další důležité prvky sociální práce. Ta vede k provázanosti jednotlivých služeb a činností. Cílem je nastavit jednotlivé činnosti dle aktuálních potřeb rodiny. Vycházíme-li při výběru aktivit z těchto potřeb, výsledky pomoci jsou účinné.*

6) Podpora vzájemný vztahů mezi klienty

*Významným úkolem pracovníka zařízení je podporovat vzájemné vztahy mezi klienty. Naučit je úctě a respektu vůči druhému. V případě zasahování do práv jiného klienta je povinností pracovníka chránit jeho zájmy. Pokud není možná náprava, ukončíme s tímto klientem spolupráci.*

7) Specifikovat zásadní problém.

*Již v úvodu služby je zapotřebí přesně pojmenovat klíčový problém rodiny, pro který byla do služby přijata. Tato skutečnost je důležitá z důvodu individuálního plánování a stanovení multidisciplinárního týmu. V případě, že věcně neřešíme skutečný problém, nemůžeme očekávat zdárný výsledek.*

8) Realizovat úvodní případovou konferenci.

*Ta nebývá příliš častá. Většinou se případová konference realizuje v průběhu služby. Tato forma setkávání bezprostředně v úvodu nebo krátce před přijetím rodiče do procesu podpory, má své nesporné výhody. Během ní si můžeme zajistit řadu informací, jak je uvedeno výše. Na základě těchto poznatků je možné se na další setkání předem připravit. Během úvodní případové konference shrnujeme důležité poznatky o rodině, abychom následně sestavili efektivní multidisciplinární tým a strukturu individuálního plánu péče ohrožené rodiny.*

9) Stanovit multidisciplinární tým.

*Výběr a obměna multidisciplinárního týmu by měla být pečlivá a to na základě individuálních potřeb rodiny. Jejich obměna se realizuje průběžně s ohledem na aktuální problém.*

10) Do podpory zainteresovat širší rodinu.

*Pokud je to alespoň trochu možné, snažíme se přimět ke spolupráci členy širší rodiny. Je ověřené, že u velké skupiny ohrožených rodin má tato podpora vliv na úspěšnost sociální služby a především pak na jejich návrat do přirozeného prostředí. Rodiče mají pocit většího bezpečí a jistoty.*

**11) Individuální plánování.**

*Na počátku každé služby je nezbytné společně s celým multidisciplinárním týmem a rodinou individuálně plánovat proces podpory. Individuální plán obsahuje jasné úkoly, má jasně stanovená pravidla a termíny plnění, které jsou pro všechny zúčastněné závazné! Nastavujeme ho tak, aby byl srozumitelný, systematický, smysluplný a účinný. Nezbytnou podmínkou plánování je, objektivní vyjádření všech zainteresovaných stran. Členíme ho do dílčích kroků podle významu a z důvodu lepšího zvládnutí dle individuálních schopností rodiče.*

**12) Pozitivní hodnocení.**

*Pozitivní hodnocení je nedílnou a podstatnou složkou nejen individuálního plánování, ale celého procesu poskytované podpory. Probíhá průběžně a jsou hodnoceny především drobné úspěchy. Pozitivní hodnocení má prokázaný pozitivní vliv na aktivní zapojení rodiče při celém procesu jakékoliv sociální služby. Má motivující účinky.*

**13) Motivace.**

*Motivace úzce souvisí s kladným hodnocením rodiče. Je prokázáno, že příznačná motivace právě ze strany pracovníků směřuje k úspěšnému zvládnutí zadaných úkolů s dosažením požadovaného cíle. Má vliv na chování, jednání a seberealizaci rodiče. Výsledkem je získání pocitu jistoty a bezpečí.*

**14) Režim.**

*Nastavení a osvojení si pravidelného režimu denních aktivit má významný efekt při úspěšném fungování během poskytování podpory. Nastavený řád má značné výhody především po návratu do přirozeného prostředí.*

**15) Nemít předsudky vůči rodině.**

*Pracovníci nesmějí mít předsudky vůči klientele služby, jelikož pak nemohou poskytovat řádnou podporu. Dochází k narušení vzájemný vztahů a především důvěry. Rodiče ztrácejí motivaci a nechtějí dále se zařízením spolupracovat, což má neblahý vliv na jejich aktivizaci.*

**16) Poradenství.**

*Po ukončení služby je i nadále zapotřebí rodině poskytovat sociální poradenství. Návrat do přirozeného prostředí se významně liší od pobytu v zařízení, kde má rodič dle potřeby zajištěnu permanentní podporu. Rodiči se tak v zařízení dostává většího pocitu bezpečí a jistoty. Domácí prostředí může být zprvopočátku v tomto ohledu rizikovější. Rodině nabízíme další možnosti doprovodných služeb, aby v případě potřeby věděl na koho se obrátit.*

Spolehlivé ověřování všech těchto domněnek a skutečností je předmětem výzkumu mé disertační práce. Za žádoucí považujeme, aby se vhodně, cíleně a systematicky sjednotil systém péče o ohrožené rodiny s cílem nabídnout co možná největšího množství podpůrných služeb rodině. Na základě těchto zjištění budeme schopni identifikovat důvody (aspekty),

v čem stávající způsob multidisciplinární pomoci napomáhá a v čem brání k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny.

### **POUŽITÉ ZDROJE**

- [1] Bechyňová V., Konvičková M.: Sanace rodiny. Praha: Portál, 2011. 152 s. ISBN 978-80-262-0031-4.
- [2] Department of Health, 2000. [online]. Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. [cit. 2015-12-15]. ISBN 0 11 322310 2. Dostupné z: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/Framework%20for%20the%20assessment%20of%20children%20in%20need%20and%20their%20families.pdf>
- [3] Dubowitz H., Depanfilis D.: Handbook for Child Protection Practice. California: Sage Publication, Inc. Thousand Oaks. 2000. 683 p. ISBN 0-7619-1370-X.
- [4] Gjuričová Š., Kubička J.: Rodinná terapie systemické a narativní přístupy. Praha: Grada Publishing, 2003. 177 s. ISBN 80-247-0415-3.
- [5] Greeff A., P., Human B.: Resilience in Families in which a Parent Has Died. *The American Journal of Family Therapy*. United Kingdom: Taylor & Francis Group, 2004. 32 (1), 27-42, doi: 10.1080/01926180490255765.
- [6] Hersen M., Ammerman R., T.: Advanced Abnormal Child psychology. Second Edition. New Jersey-Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2000. 541 p. ISBN 0-8058-2866-4.
- [7] Holland S.: Child and Family Assessment in Social Work Practise. Second Edition. London: SAGE Publications, 2011. 240 p. ISBN 978-1849205221.
- [8] Hrdinová A., et al.: Na jedné lodi aneb Jak uspořádat případovou konferenci v oblasti péče o ohrožené děti. Praha: Rozum a cit, 2010. 47 s. ISBN - nevedeno.
- [9] Karls J., M., O'keefe M.: Person-in-Environment System Manual. Second Edition. Washington, D.C.: NASW Press, 2008. 112 p. ISBN 978-0-87101-379-8.
- [10] Kebza V.: Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 8020013075.
- [11] Kim Berg I.: Family Based Services. Solution- Focused Aproach. New York: Norton, 1994. 240 s. ISBN - nevedeno.
- [12] Klégrová A., Zelená M.: Podpora rodiny. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-67-9.
- [13] Lokšová I., Lokša J.: Pozornost, motivace, relaxace a tvořivost dětí ve škole. Praha: Portál, 1999. 199 s. ISBN 80-7178-205-X.
- [14] Mason P., Bulter C.: Health Behavior Change. A Guide for Practitioners. Second Edition. London: Churchill Livingstone. 2010. 240 p. ISBN 978-0-7020-3153-3.
- [15] Matoušek O.: Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- [16] Matoušek O., et al.: Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- [17] Matoušek O., et al.: Sociální služby. Praha: Portál, 2007. 196 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

**Vedecký časopis**  
**ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNÁ PRÁCA**  
**ročník 11, 2016, č. 2**

- [19] Matoušek O., Pazlarová H.: Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny. Praha: Portál, 2010. 184 s. ISBN 978-80-7367-739-8.
- [20] Matějček Z., Langmeier J.: Psychická deprivace v dětství. 4. vydání. Praha: Karolinum, 2011. 399 s. ISBN 978-80246-1983-5.
- [21] Musil L.: „ráda bych Vám pomohla, ale“. Brno: Zeman, 2004. 244 s. ISBN 80-903070-1-9.
- [22] Nakonečný M.: Motivace lidského chování. Praha: Academia, 2004. 272 s. ISBN 80-200-0592-7.
- [23] Pemová T., Ptáček R.: Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi. Praha: Grada Publishing, 2012. 192 s. ISBN 978-80-247-4317-2.
- [24] Průcha J., et al.: Pedagogický slovník. 3. vydání. Praha: Portál, 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2.
- [25] Rose S., M., Moore V., L.: Case Management. Encyclopedia of Social Work. Ed. R. L. Edwards, 19. Washington: Ed. NAWS Press. ROSE, S., M., MOORE, V., L., 1995. Case Management. In: Edwards R., L., et al. (eds.) The Encyclopedia of Social Work. 19th Edition, Vol. 1. Washington: DC: NAWS Press, 1995. p. 335-340. ISBN 978-0871012562.
- [26] Řezníček I.: Metody sociální práce. Praha: SLON, 2000. 80 s. ISBN 80-85850-00-1.
- [27] Říčan P., Krejčířová D., et al.: Dětská klinická psychologie. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 1997. 450 s. ISBN 80-7169-512-2.
- [28] Seafor B.W., Horejsi C., R.: 2014. Techniques and Guidelines for Social Work Practice. Tenth Edition. Boston: Allyn & Bacon, 2014. 572 p. ISBN 978-0-205-96510-6.
- [29] Šrajter J., Musil L.: Etické kontexty sociální práce s rodinou. Brno: Albert, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7326-145-0.
- [30] Tracy E., M., Mcdonnell J., R.: Home Based Work with Families. The Environmental Context of Family Intervention. Cleveland: Routledge. 1991. 5 (3-4), 93-108, doi: 10.1300/J283v05n03\_08.
- [31] Úlehla I.: Umění pomáhat. 2. vydání. Praha: SLON, 2005. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.
- [32] Věstník: Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2005. Částka 9, metodické opatření č. 7, Zn. 24039/2009.
- [33] Wilkinson I.: Child and Family Assessment: Clinical Guidelines for Practitioners. Second Edition. London: Routledge, 1998. 263 p. ISBN 0-415-16806-6.
- [34] Zastrow C.: The Practice of Social Work: A Comprehensive Worktext. Tenth Edition. Belmont, USA: Brooks/Cole, 2012. 624 p. ISBN 978-0-8400-2918-8.
- [35] Zákon č. 108/2006 Sb.o sociálních službách. [online]. [cit. 2007-01-01]. Dostupné z: <<http://atre.cz/zakony/page0048.hmt>
- [36] Zákon č. 359/1999 Sb.o sociálně-právní ochraně dětí. [online]. Dostupné z: <http://zakony-online.cz/?s149&q149=all>

**Kontaktní adresa autorů / Correspondence:**

Mgr. Martin Karas  
Dětské centrum Jihočeského kraje, o.p.s.  
Radomyšlská 336  
386 29 Strakonice  
e-mail: martin.karas.strakonice@seznam.cz

a

Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd  
Zdravotně sociální fakulta  
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
doc. PhDr. David Urban, Ph.D.  
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd  
e-mail: durban@zsf.jcu.cz

\*\*\*\*\*

**Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna v Příbrami**

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



pořádá v termínu

**21.–22. října/oktobra 2016**

konferenci s mezinárodní účastí

**PŘÍBRAMSKÉ DNY ZDRAVOTNICTVÍ  
A SOCIÁLNÍ PRÁCE**

konference k 10. výročí založení pracoviště VŠZaSP sv. Alžbety, n. o.

odborné přednášky | posterová sekce | doprovodné workshopy | společenský večer  
pro další informace sledujte [www.vszsp.cz](http://www.vszsp.cz)

PROBLÉM OSAMELOSTI A JEJ RIZIKÁ  
V KONTEXTE SÚČASNÝCH VÝSKUMOV

PROBLEM OF LONELINESS AND ITS RISKS IN CONTEXT  
OF CURRENT RESEARCHES

Katarína Kotradyová

*Katolícka univerzita Ružomberok, Teologická fakulta Košice,  
Teologický inštitút Spišské Podhradie*

**ABSTRAKT**

**Zameranie:** *V predkladanom príspevku autorka poukazuje na osamelosť, ktorú poníma ako závažný spoločenský fenomén.*

**Zdroje/zistenia:** *V článku sú uvedené niektoré výsledky výskumov, ktoré spájajú osamelosť s depresiou a nárastom zdravotných problémov. Súčasne je v príspevku konfrontovaná osamelosť v kontexte využívania sociálnych sietí na internete. Osamelosť sa týka všetkých vekových skupín, no najviac sú osamelosťou ohrození starší jedinci, ale aj dospievajúca mládež.*

**Záver:** *Fenoménu osamelosti by sa mala podľa autorky venovať väčšiu pozornosť a súčasne sa snažiť o vypracovanie takých modelov - adaptovateľných návrhov, ktoré budú v budúcnosti pomáhať pri znižovaní osamelosti a to predovšetkým v kontexte sociálnej podpory.*

**Kľúčové slová:** *osamelosť, depresia, zdravie, starší človek, výskumy.*

**ABSTRACT**

**Aim:** *In the present paper the author highlights the loneliness, which treats it as a serious social phenomenon.*

**Data sources/Findings:** *Paper presents some research results which link depression and loneliness with an increase in health problems. At the same time, the contribution confronted loneliness in the context of the use of social networking on the Internet. Loneliness affects all ages, but the most at risk of loneliness are Elderly, as well as adolescents.*

**Conclusion:** *The phenomenon of loneliness we should according to the authors pay more attention while striving to develop such models-adaptable suggestions that will in the future help reduce loneliness and especially in the context of social support.*

**Keywords:** *loneliness, depression, health, elderly man, research.*

**ÚVOD**

Osamelosť je vo svojej podstate chápaná ako určitá premenná, ktorú môžeme vnímať ako stav, poprípade aj ako črtu, pričom ak osamelosť vnímame ako stav ide o určitý zážitok, ktorý je spojený s negatívnymi zmenami v živote človeka a tento stav vtedy hodnotíme ako ohraničený. Osamelosť ako črta je určitý vzorec prežívania, ktorý je vzhľadom na situáciu pomerne stabilný. Vo všeobecnosti rozlišujeme dva druhy osamelosti a to osamelosť emocionálnu a osamelosť sociálnu. Sociálna osamelosť je popisovaná ako absencia širšej

sociálnej siete a emocionálna osamelosť vzniká vtedy, ak u jedinca absentuje dôverný vzťah s osobou, ktorá by mu mohla poskytnúť emocionálne uspokojenie [1]. Osamelosť sa pritom týka všetkých vekových skupín, no najväčší podiel osamelých ľudí tvoria starší jedinci. Starší ľudia sú totiž náchylnejší k osamelosti a k sociálnej izolácii predovšetkým preto, lebo sú viac ohrození celým radom zdravotných a sociálnych problémov, ktoré následne osamelosť determinujú. Dramatické starnutie populácie spolu so sociálnymi a ekonomickými zmenami, ktoré prebiehajú v spoločnosti zvyšujú pravdepodobnosť nárastu fenoménu osamelosti práve v tejto vekovej skupine a to predovšetkým v rámci nedostupnosti rôznych zdrojov sociálnej podpory. Osamelosť starších jedincov sa pritom kvalitatívne líši, jej charakteristiku ovplyvňuje rodinný stav, pohlavie, vek, úroveň vzdelania, ekonomická úroveň, životné usporiadanie, zdravotný stav a celková úroveň poskytovanej sociálnej podpory. Rodina je pritom vnímaná ako najdôležitejší zdroj sociálnej opory a nasleduje hneď za priateľmi. Samotný príjem sociálnej podpory zo strany rodiny a priateľov následne zlepšuje subjektívnu psychickú pohodu a duševné zdravie. Výskumy v tejto oblasti ukazujú, že starší ľudia dostávajú relatívne malú sociálnu podporu zo strany susedov, ale i vládnych či iných spoločenských organizácií [2]. Seniori, u ktorých sa objavujú pocity osamelosti sú vystavení zvýšenému riziku fyzických a duševných ochorení, vrátane predčasného úmrtia. Identifikáciou potenciálnych zdrojov sociálnej spolupatričnosti je však možné prispieť k pochopeniu toho, ako podporovať zdravie a psychickú pohodu práve u starších dospelých [3]. V nasledujúcej časti si priblížime niektoré aktuálne výskumy, ktoré s prežívaním osamelosti súvisia.

### **OSAMELOSŤ V KONTEXTE VÝSKUMOV**

V roku 2014 bol na vzorke 860 jedincov starších ako 60 rokov realizovaný výskum, ktorý skúmal pocity osamelosti v súvislosti s prítomnosťou domáceho zvieratá. U majiteľov domácich zvierat bolo až o 36 % menej pravdepodobné ako u starších jedincov, ktorí zvierat nemali, že sa budú cítiť osamelí. Výsledky výskumu tak ukazujú, že vlastníctvo zvieratá môže byť významným prínosom pre blaho staršieho človeka, vrátane tlmenia účinkov pocitov osamelosti a s ním súvisiacich sociálnych následkov u starších dospelých, ktorí žijú sami [4]. Sociálna izolácia bola pritom uznaná ako hlavný rizikový faktor morbidity a mortality u človeka a to už pred viac ako štvrt' storočím. Existujú dôkazy o tom, že vnímanie sociálnej izolácie (samoty) má vplyv na mozog a správanie a je rizikovým faktorom pre široko založené morbidity a mortality. Hoci kauzálnu úlohu samoty na nervové mechanizmy a úmrtnosť je ťažké presvedčivo testovať u ľudí, experimentálne štúdie ukazujú, že sociálna izolácia produkuje významné zmeny v mozgových štruktúrach a procesoch [5]. Dahlberg a McKee uvádzajú, že asi 28 % starších čínskych dospelých sa cíti osamelo a osamelí dospelí v Číne, ktorá má najväčšiu populáciu na svete, budú čeliť zvýšenému riziku smrti v priebehu nasledujúcich rokov. Osamelosť môže byť pritom pozitívne ovplyvnená spoločenskými a voľnočasovými aktivitami, pričom zásahy k zvýšeniu sociálnej účasti osamelých jedincov na spoločenskom živote môže prispieť k zlepšeniu pohody a zároveň predlžujú život človeka [6]. Osamelosť má výrazný vplyv na kvalitu života v starobe a preto musí byť koncipovaná ako model skladajúci sa z dvoch rozmerov, z rozmeru sociálneho a emocionálneho. V rámci výskumu, ktorý bol realizovaný v roku 2014 v USA, bolo zistené, že z celkového počtu 1255 respondentov starších ako 60 rokov sa 7,7 % respondentov cíti veľmi osamelých, pričom ďalších 38,3 % respondentov opisovalo svoj stav ako mierne osamelí. Sociálna a emocionálna osamelosť bola zdieľaná až u 19,36 % respondentov. Táto štúdia poskytuje ďalšiu empirickú podporu pre koncepčné oddelenie emocionálnej a sociálnej osamelosti. V dôsledku toho politika znižovania osamelosti u starších jedincov by mala byť smerovaná k rozvoju celej

rady odlišných intervenčných stratégií a to predovšetkým v prípade, ak obidva druhy osamelosti aj emocionálna a sociálna osamelosť sú potvrdené súbežne [7]. Cieľom výskumu, ktorý realizoval v roku 2014 Chen bolo zvýšiť sociálnu podporu starších dospelých, ktorí pocítovali osamelosť a to v každej zo štyroch relačných zdrojov podpory (partner/partnerka, deti, rodina a priatelia). Výsledky v konečnom závere ukázali, že pomoc zo strany partnerov a priateľov dokázala aspoň čiastočne zmierniť pocity osamelosti. Bolo pritom konštatované, že v neskoršom veku rôzne zdroje podpory môžu vyvolať odlišné účinky na osamelosť a pohodu, ale i to, že osamelosť je vážny spoločenský determinant, ktorý sa spája s celkovou pohodou človeka [8]. Napriek zvýšeniu sociálnej podpory pri ovdovení, osamelosť patrí medzi najčastejšie hlásené príčiny úmrtia pozostalých. V rámci výskumnej analýzy bol skúmaný dynamický vzťah medzi sociálnou podporou a osamelosťou u smútiacich starších dospelých, ktorí prišli o partnera. Na odhad zmien v živote jednotlivcov, ktoré spôsobila osamelosť a následná poskytovaná sociálna podpora počas prvého roka a pol od úmrtia partnera, bola u starších dospelých vo veku 50+ použitá rastová krivka latentného modelovania. Je zaujímavé, že osamelosť klesla za prvý rok a pol od úmrtia partnera, pričom väčšia sociálna podpora determinovala nižšiu úroveň celkovej osamelosti, ale prijímanie sociálnej podpory nezmenilo osamelosť v priebehu následného času, teda obdobia, keď sociálna podpora nebola poskytovaná v takej miere. Osamelosť pritom viac koreluje s podporou od priateľov než od rodiny. Spoločná sociálna podpora z oboch strán - priateľov aj rodiny znižuje až o 35 % negatívne pocity vyplývajúce z osamelosti. Výsledky výskumu však naznačujú, že osamelosť po ovdovení nemožno napraviť iba intervenciami, ktoré budú zamerané na zvyšovanie sociálnej podpory, je potrebné využiť ďalšie intervencie, ktoré osamelosť znížia a to nezávisle na spomínanej sociálnej opore. Sociálna podpora, predovšetkým od priateľov, sa zdá byť pritom účinnejšia, ako podpora od rodiny [9]. Holwerda v roku 2014 testoval vzťah medzi sociálnou izoláciou a pocitom osamelosti na jednej strane a nárastom demencie na strane druhej a to v rámci kohortovej štúdie u 2173 seniorov. Účastníci výskumu boli sledovaní tri roky. Podľa výsledkov výskumu je zrejme, že s pocitmi osamelosti bola spojená vyššia pravdepodobnosť vzniku demencie, než u ľudí bez týchto pocitov. Osamelosť tak môže byť považovaná za hlavný rizikový faktor demencie, poprípade nástupu Alzheimerovej choroby, preto si osamelosť zaslúži podľa autorov výskumu väčšiu klinickú pozornosť [9].

Tak, ako sme spomínali v úvode, osamelosť sa netýka len staršej populácie, čoraz častejšie sa objavuje aj u dospievajúcej mládeže. U niektorých dospievajúcich môže byť pocit osamelosti zdĺhavý a môžu ho sprevádzať bolestivé skúsenosti. Objavuje sa rizikové správanie, ako je užívanie návykových látok, alebo neprijateľné sexuálne správanie, ktoré môže byť zároveň manifestným spôsobom, ako sa vyrovnáť s fenoménom osamelosti počas dospievania. Avšak vzťah medzi osamelosťou a správaním, ktoré je spojené so zdravotnými rizikami, bol doteraz málo mapovaný. V rámci riešenia tohto výskumného problému Stickleby skúmal vzťah medzi pocitmi osamelosti a následným správaním medzi ruskými a americkými dospievajúcimi jedincami. Údaje boli čerpané zo sociálneho a zdravotného hodnotenia (SAHA), ale i následného výskumu na školách. Celkovo sa výskumu zúčastnilo 1995 ruských a 2050 amerických študentov vo veku 13-15 rokov. Na skúmanie vzťahu medzi osamelosťou a užívaním návykových látok a správaním, ktoré prinášalo sexuálne riziká, poprípade generovalo násilie, bola použitá logistická regresia. Po zohľadnení demografických charakteristík a depresívnych symptómov, osamelosť korelovala s výrazne zvýšeným rizikom užívania návykových látok dospievajúcimi ako v Rusku tak aj v Spojených štátoch. U osamelých ruských dievčat bola výrazne väčšia pravdepodobnosť, že začnú užívať marihuanu, zatiaľ čo u osamelých ruských chlapcov sa objavila zvýšená pravdepodobnosť fajčenia. V USA bola osamelosť spájaná s celoživotným užívaním nelegálnych drog (s

výnimkou marihuany) u chlapcov a spotrebou alkoholu u dievčat. Jediný vzťah medzi osamelosťou a sexuálnym rizikovým správaním sa objavil u ruských dievčat, kde bola osamelosť dávaná do korelácie s výrazne vyššími snahami byť tehotnou. Osamelosť nebola spojená s násilným správaním u chlapcov alebo dievčat ani v USA, ani v Rusku [10]. Moody v roku 2014 skúmal vzťah teórie osamelosti a používania internetu. Stupeň sociálnej a emočnej osamelosti bol hodnotený pomocou stupnice. Nízke hladiny sociálnej a emočnej osamelosti boli spojené s vysokým nárastom face-to-face sietí priateľov, zatiaľ čo vysoká miera užívania internetu boli spojená s nízkou úrovňou sociálnej osamelosti a vysokou úrovňou emocionálne osamelosti. To podporuje nedávny výskum, ktorý ukázal, že internet môže znížiť pocit sociálneho komfortu, aj keď je často označovaný ako významný komunikačný nástroj [11]. Rastúca popularita Facebooku u dospelých jedincov podnietila skúmanie vzťahu medzi užívaním Facebooku a osamelosťou, pričom užívanie Facebooku prevláda obzvlášť v období dospievania. Bolo zistené, že osamelosť súvisela s využívaním Facebooku a to predovšetkým v rámci kompenzácie sociálnych zručností, čo zároveň znižovalo pocity osamelosti z dôvodu interpersonálneho kontaktu. Respondenti uvádzali, že Facebook používali na získavanie nových priateľov práve z dôvodu kompenzácie osamelosti, avšak Facebook zároveň prehlboval interpersonálnu osobnú samotu [12]. Al-Saggaf a Nielsen realizovali výskum, cieľom ktorého bolo zistiť, či existuje vzťah medzi samotou a self-odhalením a to práve na sociálnych sieťach na internete. V štúdiu boli zhromaždené dáta od 616 ženských užívateľiek Facebooku, ktorých profily boli verejne dostupné v rámci on-line siete. Z týchto 616 užívateľiek Facebooku, polovica (308) označovala svoj status ako „pripojená“ a zostávajúcich 308 užívateľiek používalo status „osamelá“. Výsledky tejto štúdie ukázali, že „osamelé“ ženy zverejňujú svoje osobné údaje, vzťahy a informácie vo väčšej miere než tie ženy, ktoré sa hlásia ako pripojené [13]. Junghyun a LaRose pri svojom výskume vychádzali z predpokladu, že jedným z hlavných hnacích motívov používania internetu sú práve psychosociálne problémy, medzi ktoré môžeme zaradiť osamelosť a depresiu. Štúdia realizovaná v roku 2009 poukázala na to, že ľudia, ktorí trpia osamelosťou, majú silný nutkavý pocit využívať internet. Táto závislosť na internete vo svojej podstate poškodzuje ďalšie významné aktivity, napr. spoluprácu v kolektíve, stretávanie sa ľuďmi pri rôznych spoločenských akciách a pod. Namiesto zmiernenia pocitov osamelosti a zmiernenia pôvodných problémov, ktoré sú s osamelosťou spojené, osamelosť sa užívaním internetu ešte viac stupňuje. Aj napriek tomu, že predchádzajúce výskumy naznačujú, že sociálne využitie internetu by mohlo byť využívané na zábavné účely (napr. sťahovanie súborov), prezentovaná štúdia poukázala na negatívny dopad sociálnych sietí práve v kontexte zvyšovania osamelosti [14]. Podobná štúdia uvádzaná pod názvom „Computers in Human Behavior“ bola zrealizovaná takisto v roku 2014 a kládla si za cieľ skúmať vzťah medzi závislosťou na internete a psychickými problémami. Výskum bol vykonaný v Honkongu a do výskumu bolo zaradených 361 vysokoškolákov. Výsledky výskumu naznačujú, že nadmerné používanie internetu zvyšuje pocity osamelosti v priebehu času. Aj keď depresia mala iba mierny vzťah podporujúci samotnú závislosť na internete, zistilo sa, že on-line sociálne kontakty s priateľmi a rodinou neboli efektívnou alternatívou sociálnych interakcií pri znižovaní pocitu osamelosti. Okrem toho je nutné podotknúť, že zatiaľ čo zvýšenie face-to-face kontaktov by mohlo prispieť k zníženiu príznakov závislosti na internete, tento účinok môže byť neutralizovaný zvýšením práve on-line spoločenských kontaktov v dôsledku nadmerného používania internetu. Zistenia z tejto štúdie ukazujú znepokojujúci bludný kruh medzi samotou a internetovou závislosťou [15]. Realizované medziľudské vzťahy pozitívne ovplyvňujú zdravie, osamelosť pritom môže podporovať rozvoj bolesti, depresie, ale i únavy. Ceyhan spracoval dve dlhodobé samostatné štúdie, ktoré boli založené na pozorovaní. V oboch štúdiách osamelí účastníci

zažívali viac bolesti v porovnávaní s jedincami, ktorí osamelosť nedeklarovali, mali pritom širšie depresívne príznaky a prejavovala sa u nich únava. Osamelosť je tak podľa autora rizikovým faktorom práve pri rozvoji bolesti, depresie a únavy. Podobnú štúdiu realizoval Gouom a Zuom. Výsledky preukázali, že osamelosť a sociálna podpora významne koreluje s depresiou. Z modelovania štrukturálnych rovníc vyplynulo, že sociálna pomoc čiastočne znižuje pocity osamelosti a následne aj depresie. Táto štúdia vrhá svetlo na súčasné pôsobenie osamelosti a sociálnej pomoci na depresiu, pričom poskytuje dôkazy o tom, ako znížiť depresiu aj u starších jedincov [16].

## **ZÁVER**

Osamelosť nemôžeme zamieňať so samotou, nakoľko samota je často zvolená dobrovoľne a je vnímaná ako súčasť slobody. Pojem samota sa však často integruje, dokonca až zamieňa s pojmom osamelosť, avšak ide o dva rozdielne pojmy. Samotu chápeme ako reálne existujúcu životnú skutočnosť, ktorá sa premieta do osobitej situácie, v ktorej sa jedinec nachádza. Osamelosť je pritom individuálna a vyplýva zo subjektívneho prežívania reálnej skutočnosti. Viazá sa v určitom zmysle na pocitový svet jedinca, ktorý vníma svoje postavenie v spoločnosti pod vplyvom rôznych životných udalostí tak, že sa cíti osamelý. S osamelosťou spájame skoro vždy negatívne pocity, pričom vnútorný zážitkový svet pri vnímaní osamelosti na strane každého jednotlivca je vnímaný rozdielne. Osamelosť sa v súčasnej spoločnosti stáva fenoménom, ktorý negatívne determinuje psychický stav a výskumy poukazujú aj na prepájanie dlhodobej osamelosti so znížením veku dožitia. Osamelosť sa tak stáva témou, ktorú môžeme spájať nielen so sociálnymi determinantmi, ale aj so zdravotným stavom populácie. Problematiku osamelosti pritom nedokážeme vyriešiť jednorazovými zásahmi, osamelosť ako sociálny jav si vyžaduje celý koncept ucelených návrhov, ktoré môžu prispieť k zníženiu pocitov osamelosti. Jednou z možností, ktorú môžeme zaradiť k riešeniu osamelosti, je aj vyhľadávacia činnosť v rámci terénnej sociálnej práce, ale i sociálne poradenstvo a vytváranie svojpomocných skupín, poprípade budovanie nízko prahových centier a to aj v malých mestách a na vidieku. Sociálna práca by tak mohla dostať širší rozmer predovšetkým v jej praktickej polohe a to pri riešení osamelosti. Praktické problémy môžu nastať v nadväznosti na zákon o sociálnych službách, v ktorom nepriaznivá sociálna situácia človeka nie je vyslovene definovaná ako nepriaznivá sociálna situácia vychádzajúca z osamelosti. Zákon 448/2008 síce nepriaznivú sociálnu situáciu definuje aj v kontexte sociálneho vylúčenia, avšak následne popisuje determinanty, ktoré osamelosť priamo nezahŕňajú.

## **ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

- [1] Výrost, J., Slaměník, I.: Aplikovaná sociální psychologie. Praha: Grada 2001. 260 s. ISBN 80-247-0180-4.
- [2] Chen, Y., Hicks, A., While, E. A.: Loneliness and social support of older people. In: China: a systematic literature review. *Health & Social Care in the Community*. Vol. 22 2014. No (2). s. 113-123. ISSN 0091415015624419.

- [3] Stanley I. H., et al.: Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone. In: *Aging & mental health*. Vol. 18. 2014. No (3). s. 394-399. ISSN 1360-7863.
- [4] Cacioppo, S., Capitanio, J.P., Cacioppo, J., T.: Toward a neurology of loneliness. In: *Psychological bulletin*. Vol. 149. 2014. No (6). s. 1464-1504. ISSN 0033-2909.
- [5] Luo, Y., Waite, L. J. Loneliness and mortality among older adults in China. In: *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. Vol. 18. 2014. No (4). s. 633-645. ISSN 1758-5368.
- [6] Dahlberg, L., McKee, K. J. Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. In: *Aging & Mental Health*. Vol. 18. 2014. No (4). s. 504-514. ISSN 1360-7863.
- [7] Chen, Y., Feeley, T. H. Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults an analysis of the Health and Retirement Study. In: *Journal of Social and Personal Relationships*. Vol. 31. 2014. No (2). s. 141-161. ISSN 1460-3608.
- [8] Utz, R. L., et al.: Feeling lonely versus being alone: loneliness and social support among recently bereaved persons. In: *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. Vol. 69. 2014. No (1). s. 85-94. ISSN 1758-5368.
- [9] Holwerda, T. J., et al.: Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). In: *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. Vol. 85, 2014. No (2) 2014. s. 135-142. ISSN 0022-3050.
- [10] Stickley, A., et al.: Loneliness and health risk behaviours among Russian and US adolescents: a cross-sectional study. In: *BMC Public Health*. Vol. 14. 2014. No (1). s. 1-18. ISSN 1471-2458-14-366.
- [11] Moody, E. J.: Internet use and its relationship to loneliness. In: *Cyber Psychology & Behavior*. Vol. 4. 2001. No (3). s. 393-401. ISSN 1557-8364.
- [12] Teppers, E., et al.: Loneliness and Facebook motives in adolescence: A longitudinal inquiry into directionality of effect. In: *Journal of adolescence*. Vol. 37. 2014. No (5) s. 691-699. ISSN 1532-7795.
- [13] Al-Saggaf, Y., Nielsen, S.: Self-disclosure on Facebook among female users and its relationship to feelings of loneliness. In: *Computers in Human Behavior*. Vol. 36. 2014. No. (1). s. 460-468. ISSN 0747-5632.
- [14] Junghyun, K., LaRose, R., Peng, W.: Loneliness as the cause and the effect of problematic Internet use: The relationship between Internet use and psychological well-being. In: *Cyber Psychology & Behavior*. Vol. 12. 2009. No (4). s. 451-455. ISSN 2152-2723.
- [15] Yao, M., Zhong, Z.: Loneliness, social contacts and Internet addiction: A cross-lagged panel study. In: *Computers in Human Behavior*. Vol. 30. 2014. No (1). 164-170. ISSN 0747-5632.
- [16] Ceyhan, A., Ceyhan, E.: Loneliness, depression, and computer self-efficacy as predictors of problematic internet use. In: *Cyber Psychology & Behavior*. Vol. 11. 2008. No (6). 699-701. ISSN 2152-2723.

**Kontaktná adresa:**

Mgr. Katarína Kotradyová, PhD.,  
Katolícka univerzita Ružomberok, Teologická fakulta Košice,  
Teologický inštitút Spišské Podhradie, Spišská Kapitula 12, 053 04 Spišské Podhradie,  
Telefón: 0905 258 909, e-mail: [kkatarinay@gmail.com](mailto:kkatarinay@gmail.com).

**VŠEOBECNÁ FARMAKOLÓGIA  
PRE ZDRAVOTNÍCKE ODBORY**



**Pavol Beňo, Miron Šramka,  
Anna Sabová, Zdenko Tomić, Dušan Salát**

Trnavská univerzita v Trnave  
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnava

## HOJENIE CHRONICKÝCH RÁN

Strelka, L., Kleinová, M.

*Všeobecná nemocnica s poliklinikou, Levoča*

Microdacyn hydrogel je superoxidovaný produkt vo forme hydrogélu, vyrobený pomocou elektrolýzy ultračistej vody a NaCl. Microdacyn® denaturuje bunkovú stenu jednobunkových organizmov, čo spôsobuje, že táto stena presakuje a rozpadá sa. Štúdie tiež ukazujú, že Microdacyn® má protizápalový a protialergický účinok, čo prispieva k rýchlejšiemu hojeniu všetkých typov rán v každej fáze hojenia

### Kazuistika 1

- pacient: O. K., rok narodenia 1953
- dg.: Ulcus cruris venosum
- prvovýšetrenie 2.7.2015
- 2 mesiace prítomný ulcus cruris vľavo nad mediálnym malleolom
- veľkosť defektu 5x4cm, v okolí hemosideróza, hĺbka 2mm
- liečba: použitý: Microdacyn hydrogel, Aquacel, Curea, nakladanie elastickej kompresívnej bandáže
- po prechodnom zmenšení defektu na 0,5x0,3 cm nasledovala veľkostná progresia, veľkosť defektu 20.10.2015 dosahovala 2x3 cm



- USG hlbokého venózneho systému a perforátorov s nálezom: Znamky chlopňovej insuficiencie v safenofemorálnej junkcii ľDK, dilatovaná a varikózne zmenená VSM ľDK, varixy bez trombotizácie, s plnením dilatovaného perforátora nad mediálnym malleolom (Cockett I)
- postupná veľkostná regresia až zhojenie defektu pri kontrole 29.12.2015
- 9.2.2016 operačné riešenie varixov ľavej dolnej končatiny



### **Kazuistika 2**

- pacientka: M. H., rok narodenia 1934 - polymorbídna diabetička s ICHDK s USG verifikovanými stenózami arter. systému na periférii
- dg.: Vulnus chronicum postraumaticum cruris l.dx. CHVI bilat. ICHDKK bilat. Defectus reg. tendinis Achillei l. dx.
- prvovýšetrenie 2.7.2015
- pourazový defekt na ventrolaterálnej strane pravého predkolenia veľkosti 15x10cm s čiastočne nekrotickou spodinou a podkožnou kapsou do 3cm, rana zasahuje do hĺbky 3cm
- liečba: ošetrovanie Microdacyn hydrogel, Aquacel, Curea, nakladanie elastickej kompresívnej bandáže
- 28.7.2015 – veľkostná regresia defektu

- 28.7.2015 pribudol nový pouřazový defekt v oblasti pravej Achilovej šľachy veľkosti 3x2cm
- postupná veľkostná progresia defektu do plochy i do hĺbky, obnaženie šľachy, výrazná zápachajúca secernácia s flegmónou v okolí, na spoidne nekrózy
- Th: nekrektómia, preplach Microdacynom, lokálne granugel s masným tylom, sekundárne krytia /Curea, Eclypse/, krátkořažná elastická kompresívna bandáž na pravé predkolenie
- cestou cievnej chirurgie realizované PTA AFS, AP, ATA, Tractus TF, AF, ATP I.dx, a DEB AP I.dx
- postupná úprava lokálneho nálezu – veľkostná regresia, zmiernenie secernácie, nezapácha, regresia flegmóny, počínajúce granulácie, odlúčenie nekrózy, no pretrvávajúce podkožnej kapsy zasahujúcej ku calcaneu
  
- 27.10.2015



- 5.1.2016



- 2.2.2016 posledná kontrola na našej ambulancii chronických rán, defekt preepitelizovaný, zhojený

**Adresa pre korešpondenciu / Correspondence address:**

MUDr. Ľubomír Strelka, PhD.  
MUDr. Míriam Kleinová  
Odd. všeobecnej a úrazovej chirurgie  
Všeobecná nemocnica s poliklinikou  
Levoča