Zdravotnictví a sociální práce

Mezinárodní vědecký časopis
Vysoké školy zdravotnictví a sociální práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislavě
a Fakulty zdravotnictví a sociální práce Trnavské univerzity v Trnavě

HEALTH AND SOCIAL WORK
International Scientific Journal
St. Elizabeth University of Health and Social Work, Bratislava
and Faculty of Health and Social Work Trnava University in Trnava

Ročník / Volume 12 | 2017 | Číslo / Number 2

ISSN 1336-9326

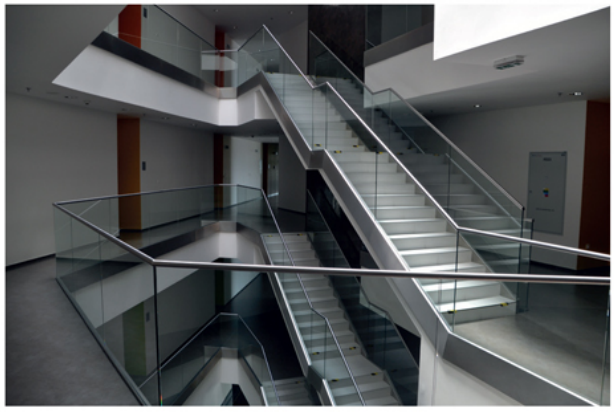
Ošetřovatelství | Veřejné zdravotnictví | LVMvZ
Pedagogika | Sociální práce

Nursing | Public Health | Laboratory Medicine
Education | Social Work

administratívne centrum

AIRCRAFT

AIRCRAFT administratívne centrum je situované v rozvíjajúcej sa administratívno-obchodnej zóne pri nákupnom centre AVION a letisku M.R.Štefánika, na Ivánskej ceste 30/B.



kancelárske priestory od 40m2
najväčšia jednotka 620m2
kancelársky štandard A
reštaurácia a konferečné miestnosti v budove

celkovo 10 000 m2 kancelárskych priestorov

AIRCRAFT DIAGOSTIK COMPANY s.r.o.
Ivánska cesta 30/B, 821 04 Bratislava
Tel.: +421 2 32 55 31 46, +421 911 211 612
struhar@afl.sk
www.aircraftoffice.sk

aircraftsporthouse

Aircraft Sport House je špičkové fitnes centrum, ktoré sa nachádza na ploche 3000 m2. Jednou z najväčších výhod fitness centra je jeho rozloha. Keď raz prídete k nám, všetky ostatné fitnes 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, kettlebelly, strongman zóna so štedrým strongman vybavením, vzpieračské pódiá a silové klietky.

Bojové športy	Box club
Rehabilitácie	Riddim Dance
Strongman	Dance Station
Craft camp	Aerobik
Wellness	Pilates

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

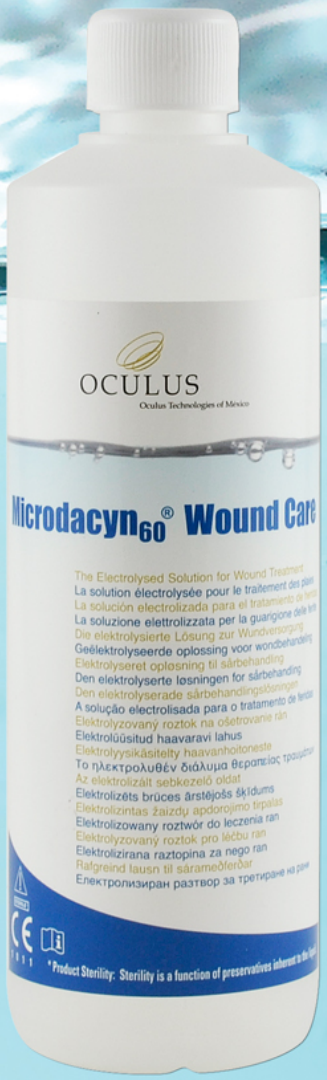
PARTNERY:

kids House

JUMP ARENA

BIG HUG GYM

OCULUS
Innovative Sciences



WITH PATENTED MICROCYN™ TECHNOLOGY

Microcyn™

Microdacyn60® Wound Care

Microdacyn® hydrogel

Distribútor:

A care

A care s.r.o. , Sládkovičova 10,
921 01 Piešťany, tel.: +421 327 773 070,
web : www.acare.sk / e-mail: acare@acare.sk

JODA ORGANIKA ®

výživový doplnok s organickou formou jódu v tekvicovom oleji

Pre správnu hormonálnu tvorbu
Správnu funkciu **ŠTÍTNEJ ŽĽAZY**
Nervový systém
Normálny rast a vývoj detí
Úprava hladiny **CHOLESTEROLU**
Pre **tehotné ženy**

Výrazne rýchly účinok potvrdený klinickou štúdiou!

NOVINKA!
JODA ORGANIKA ® KAPSULOVÁ FORMA!
- Pre lepšiu SKLADNOSŤ
- Pre jednoduchšie užívanie

JODA ORGANIKA® vo forme kapsúl vždy po ruke!

Rýdzi slovenský produkt vyrábaný na slovensku rodinnou firmou.

O prospešných účinkoch nášho produktu svedčia skúsenosti našich spokojných užívateľov!
Ich príbehy si môžete prečítať na:
www.jodaskusenosti.com

JODA ORGANIKA®
www.jodaorganika.sk

Železničná 11 • 929 01 Dunajská Streda
tel.: +421 918 802 757
+421 917 747 257
e-mail: info@jodaorganika.sk

ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA / ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PRÁCE
HEALTH AND SOCIAL WORK

Mezinárodní vědecký časopis
Vysoké školy zdravotnictví a sociální práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislavě
a Fakulty zdravotnictví a sociální práce Trnavské univerzity v Trnavě
International Scientific Journal
St. Elizabeth University of Health and Social Work Bratislava
and Trnava University in Trnava, Faculty of Health and Social Work
Časopis je indexován v Bibliographia Medica Slovaca a zařazovaný do citační databáze CiBaMed
Vydáva: SAMOSATO, s.r.o., Bratislava, SR a MAUREA, s.r.o., Plzeň, ČR

Vydavatelství SR
SAMOSATO, s.r.o., Bratislava
Plachého 53
P.O.BOX 27
840 42 Bratislava 42, SR
IČO: 35971509
IČ DPH: SK 202210756

Objednávky pro SR a ČR
doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU
Univerzitné nám. 1, 918 43 Trnava
Tel: 00421911747282
e-mail: msramka@ousa.sk
číslo účtu: 2925860335/1100 SR

Vydavatelství ČR
Maurea, s.r.o.,
ul. Edvarda Beneše 56
301 00 Plzeň
Česká republika
IČO: 25202294

Editor: prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc.,
Co-editor: doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc.
Redakce: prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. – šéfredaktor
doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc. – tajomník redakcie
Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD – odborný redaktor, PhDr Zoja Csoková, PhD - technický redaktor

Redakční rada / Editorial Board:
doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc. (Trnava); doc. PhDr. Anna Bérešová, PhD. (Košice); doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD. (Trnava); prof. PhDr. Pawel Czarnecki, PhD. (Warszawa), prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD. (Prešov); doc. MUDr. Štefan Durdík, PhD. (Bratislava); Prof. MUDr. Peter Fedor-Freybergh, DrSc. (Bratislava); doc. MUDr. et Mgr. Alena Furdová, PhD., MPH, MSc. (Bratislava); prof. MUDr. Štefan Galbavý, DrSc. (Bratislava); prof. MUDr. Anton Gúth, CSc. (Bratislava); MUDr. Mikuláš A. Haľko (New York, USA); prof. MUDr. Štefan Hrušovský, CSc., Dr SVS (Bratislava); prof. MVDr. Peter Juriš, CSc. (Košice); doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD, m.prof. (Příbram); prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD. (Rožňava); doc. PhDr. Nadežda Kovalčíková, PhD. (Trnava); Univ. Prof. PhDr. Vlastimil Kozoň, PhD. (Wien); prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc, Dr.h.c.mult. (Bratislava); doc. Mgr. Elena Lisá, PhD. (Bratislava); doc. PaedDr. Ilona Mauritzová, PhD. (Plzeň); doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. (Praha); Prof. PhDr. Michal Oláh, PhD. (Bratislava); doc. RNDr. Eugen Ružický, CSc. (Bratislava); prof. MUDr. Anna Sabová, PhD., (Nový Sad, Srbsko); prof. PhDr. Milan Schavel, PhD., (Bratislava); prof. MUDr. Jaroslav Slaný, PhD. (Trnava); prof. MUDr. Jana Slobodníková (Trenčín); Prof. MUDr. Peter Šimko, PhD (Bratislava); prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. (Bratislava); prof. MUDr. Igor Šulla, DrSc. (Košice); prof. PhDr. Valerie Tóthová, PhD. (České Budejovice); prof. JUDr. Robert Vlček, PhD., MPH (Bratislava); .

Adresa redakce:
Časopis Zdravotníctvo a sociálna práca, Klinika stereotaktickej rádiochirurgie, OÚSA, SZU a VŠ ZaSP sv. Alžbety, Heydukova 10, 812 50 Bratislava, Slovenská republika. č. účtu: 2925860335/1100, SR. Adresa redakce pro zaslání rukopisů: e-mail: msramka@ousa.sk

Časopis je recenzovaný. Za obsahovou a formální stránku odpovídají autoři.
Texty neprošly jazykovou korekturou.
Přetisk je povolený s písemným souhlasem redakce • Nevyžádané rukopisy se nevracejí •
EV 4111/10, Zaregistrované MK SR pod číslom 3575/2006 • ISSN 1336–9326 •
Zaregistrováno MK ČR pod číslem E 19259 • ISSN 1336–9326.
Neprodejné. 4 vydání ročně
Zdravotnictví a sociální práce • Volume/Ročník 12, Number/Číslo 2, 2017. Vyšlo dne 12.06. 2017.

Link na online verzi časopisu:
www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk www.zdravotnictviasocialniprace.cz

OBSAH

Šramka M.
Editoriál 3

Slobodníková, J.
Retrospective study of intervention methods in patients
after surgical therapy of breast cancer 4
(Retrospektívna štúdia intervenčných metód)

Renger, F., Czirfusz A.
Die drei Typen von Medizinischen
Versorgungszentren aus der Perspektive rechtlichen Aspekten 13
(Tri druhy nemeckých zdravotných stredísk z hľadiska právnych predpisov)
(The three types of medical care from perspective of legal aspects)

Stuchlíková, K., Padyšáková, H.
Význam nespecifického faktoru
psychické zátěže v práci všeobecných sester 22
(Meaning nonspecific factor psychic load in work of general nurses)‘

Pavlová, M.
Starostlivosť o seniorov so závislosťami žijúcich v zariadeniach sociálnych služieb 31
(Care for seniors with addictions living in social services facilities)

Brožová, A., Velemínsky, M. Sr., Stejskalová, J.
Životní styl matek na rodičovské dovolené
žijících na místních částech vybrané komunitě 45
(The lifestyle of mothers parental leave living in local parts of the community)

Konferencia – 2017 / Conference - 2017
Oznam o medzinárodnej konferencii v Báčskom Petrovci 57
(Information – International Conference in Backi Petrovac)

Beňo, P.
Kazuistika / A case report
Úspešná liečba popálenín prípravkom JODERMAL A®: kazuistika 59
(Succesful treatment of burns with drug product JODERMAL A®: A case report)

Jung, M.
Kazuistika / A case report
Neprihojená plastika po extirpácii
melanómov na predkolení pravej dolnej končatiny..... 62
(Unhealed plasty after mellanoma extirpation
in bellow-knee on the right lower limb: A case report)

EDITORIÁL

Milí čitatelia,

časopis Zdravotníctvo a sociálna práca začal vychádzať v roku 2006 na Fakulte 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 postupne vypracoval na základe kvality príspevkov čitateľov na vedecký časopis. Od roku 2009 sa stal nielen vedeckým časopisom ale aj medzinárodným časopisom. Vychádza v Slovenskej aj Českej republike, je distribuovaný v slovenskej aj v českej verzii. Od roku 2011 vychádza časopis na Slovensku aj v Čechách, nielen v printovej ale aj v internetovej forme. V snahe umožniť prístup k časopisu aj študentom je elektronická forma časopisu dostupná bezplatne na internetovej adrese www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk a www.zdravotnictviasocialniprace.cz a časopis je nepredajný. Na druhej strane sa muselo pristúpiť k zavedeniu poplatkov za uverejnenie článkov. Od čísla 3/2014 sa rozšírilo tématické zameranie časopisu tak, že pokrýva jednak zdravotnícke odbory, ako sú Ošetrovateľstvo, Verejné zdravotníctvo, Laboratórne vyšetrovacie metódy (LVM) v zdravotníctve, 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, do ktorého sa zaraďujú štruktúrované abstrakty z medzinárodnej konferencie organizovanej Vysokou školou zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. V roku 2016 vychádzal v poradí 11. ročník časopisu.

Časopis je indexovaný v databáze Bibliographia Medica Slovaca a zaradený do citačnej databázy CiBaMed. Našou dlhodobou snahou je, aby sa z časopisu stal postupne časopis stredoeurópskeho významu a bol zaradený do medzinárodných databáz. Tomu zodpovedá aj zmena požiadavok pre spracovanie rukopisov príspevkov a prechod na harvardský systém citovania literatúry zavedený v roku 2016 s cieľom priblížiť sa štandardu obvyklému v medzinárodných časopisoch vydávaných v angličtine z oblasti zdravotníctva a pomáhajúcich profesií. Pokračujeme v zaraďovaní príspevkov v anglickom jazyku. V súčasnosti, v záujme zvyšovania kvality časopisu, musia mať príspevky zaslané redakcii štruktúrovaný abstrakt nielen v rodnom jazyku autora (slovenský, český, poľský, srbský, nemecký) ale aj v anglickom jazyku. To znamená, že príspevky v časopise sú uverejnené vždy s abstraktom v domácom jazyku autorov aj v anglickom jazyku. S výnimkou prehľadových článkov (review) už pôvodné originálne články, ktoré autori pošlú iba s neštruktúrovanými abstraktmi, nebude redakcia akceptovať a tieto budú vracané autorom na doplnenie. Preto záujemcom o uverejnenie ich príspevkov v časopise pripomíname potrebu oboznámiť sa s novo zavedenými platnými pokynmi autorom pre písanie príspevkov.

Prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc.
Šéfredaktor

* * * * * * * * * * * * * * * * *

THE RETROSPECTIVE STUDY OF INTERVENTION METHODS IN PATIENTS AFTER SURGICAL THERAPY OF BREAST CANCER

RETROSPEKTÍVNA ŠTÚDIA INTERVENČNÝCH METÓD U PACIENTOV PO CHIRURGICKEJ LIEČBE NÁDOROV PRSNÍKA

Slobodníková J.

Department of Laboratory Medicine, Faculty of Healthcare,
Alexander Dubcek University of Trenčín, Študentská 2, 911 01 Trenčín, Slovak Republic
Clinic of Radiology, K dolnej stanici 18, Trenčín, Slovak Republic

Abstract

Introduction: In the Slovak Republic, breast cancer is the most common type of oncological disease in women, the leading cause of cancer mortality in all women. In the past 10 years, breast cancer mortality has continued to slowly decrease, the breast cancer incidence in the past 20 years has continued increase, likely due to program of preventive mammography.

The Aim: The aim of this retrospective study was the asses the importance, the position of the interventional methods – core cut biopsy and fine needle aspiration biopsy under ultrasound control in the differential diagnostics of changes after surgical treatment for breast cancer

Patients and Methods: We evaluated examinations of 385 patients with news diagnosed breast carcinoma after conservative surgical therapy in period between January 2005 and December 2016 from Clinic of Radiology in Trenčín. In all cases was performed ultrasound, mammography 2D and 3D examinations, ultrasound guided biopsy with free hand methods, needle 14, 16 and 20 G.

Results: The major findings as postoperative changes were seromas, haematomas, fat necrosis, skin thickening, inflammatory changes, granulomas, postoperative scars and local tumor recurrence.

Conclusion: The ultrasound guided interventional methods, fine needle aspiration cytology and core cut biopsy are reliable and perfect methods for the differential diagnosis of postoperative changes and the follow up of postoperative changes.

Key words: carcinoma of the breast, surgical treatment, ultrasound guided biopsy, core cut biopsy, fine needle aspiration biopsy

Abstrakt:

Úvod: Karcinóm prsníka je najčastejším onkologickým ochorením žien vo svete, aj v Slovenskej republike. V posledných 20-tich rokoch trvalo narastá incidencia karcinómu prsníka, mortalita v posledných 10-tich rokoch pomaly, veľmi pomaly klesá, a to predovšetkým vďaka preventívnemu mamografickému programu.

Cieľ: Cieľom retrospektívnej štúdie je zhodnotenie intervenčných metód - konkrétne jadrovej biopse a tenkoihlovej biopsie pod kontrolou ultrazvuku v rámci diferenciálnej diagnostiky lézií po chirurgických zákrokoch na prsníkoch pri diagnóze karcinómu.

Súbor a metodika: Retrospektívne sme zhodnotili vyšetrenie u 385 pacientiek po chirurgickom zákroku pre karcinóm prsníka, ktoré boli diagnostikované na Rádiologickej klinike, s.r.o., v Trenčíne v období od januára 2005 do decembra 2016. Všetky pacientky boli vyšetrené pomocou USG, MG a tomosyntézy. Následne podľa potreby boli realizované tenkoihlová aj

jadrová biopsa, hrubky ihile 14, 16 a 20 G. Všetky prezentované výsledky sú histologicky overené.

Výsledky: Najčastejšími pooperačnými zmenami boli tekutinové kolekcie, hematómy a serómy, tukové nekrózy, zhrubnutie kože a zápaly, granulómy, pooperačné zmeny a recidívy základného tumoru. Zhodnotili sme počty a typy zákrokov a relevantné prínosy intervencií pod sonografickou kontrolou.

Záver: Z výsledkov retrospektívnej štúdie vyplýva, že sonograficky riadené intervenčné postupy sú vysoko prínosné pre diferenciálnu diagnostiku pooperačných zmien a následné interval kontrôl po parciálnych chirurgických zákrokoch na prsníkoch pre karcinóm .

Kľúčové slová: Zhubný nádor prsníka, chirurgická liečba, sonograficky riadená biopsia, tenkoihlová biopsia, jadrová biopsia

INTRODUCTION

In Slovak republic, breast cancer is the most common type of oncological disease in women, the leading cause of cancer mortality in all women. In 2008, 2608 new cases of breast cancer were diagnosed; in 2012 over 2,800 new cases (Slobodníková et al. 2015; Safaei- Dibba, Pleško, Hlava 2010; Pleško et al. 2010).

In the past 10 years, breast cancer mortality has continued to slowly decrease, the breast cancer incidence in the past 20 years has continued increase, likely due to program of the preventive mammography.

There are known epigenetical risk factors: dose-specific alcohol effect, oral contraceptives, racial effect and age-specification. They must be regarded together with mammographic density and genetic predisposition (Slobodníková 2007).

Thanks to the preventive mammogram program, the number of new diagnosed breast cancers increases. Therefore, the number of minimal surgical procedures increases (Sabol et al. 2014), and the number of postoperative changes also increases too. Diagnosis of postoperative changes is very difficult and complicated.

Mammography, breast tomosynthesis, ultrasound imaging , magnetic resonance and biopsy techniques are an important tool in screening and in diagnostics of breast abnormalities (Bosch, Kessel et al. 2003; Yoon, Kim et al. 2015). After surgical treatment we examined as well as in control during core cut biopsy and fine needle aspiration biopsy of the area with the suspected neoplasma (Durdík et al. 2015).

AIM

The aim in our retrospective study was to evaluated examination of women with breast cancer diagnosis after breast conserving surgical therapy and radiation. The goal was to assess the contribution of ultrasound guided intervention methods for detection and characterization of changes after breast surgical conserving therapy and radiation. The basis for correct diagnosis were extension, echogenicty, configuration of lesion, elasticity and vascularity in ultrasound examination and image on mammography

PATIENTS AND METHODS

In period from January 2005 to December 2015 we examined 385 patients after surgical therapy for breast carcinoma. Of them 385 women we found 103 patients with typical and atypical postoperative changes. We performed mammography, breast tomosyntesis, ultrasound, color Doppler examinations and biopsy procedures after ultrasound control for correct differential diagnosis. Range of age was found in the interval from 25 to 82 years. Most of the examined patients were within the range of 40th – 50th year of life.

The examinations were performed with ultrasound fy Siemens devise SG 50 with lienear probe 7,5-10 MHz, BK 400 device with linear probe 18 MHz, elastography with ultrasound device B-K 3000, with mammography equipment Nova 3000 and Mammomat, produced by Siemens and digital mammography with tomosyntesis Ammulet by FUJI.
All biopsy were performed under ultrasound control with the free hand method, with the use of the needle 14, 16 and 20 G.

RESULTS AND DISCUSSION

In Table 1 we present the analysis of the findings of the 103 patients, we showed a lot of varieties – postoperative changes, scares, granulomas, seromas, haematomas, fatt-necrosis, inflammatory changes after radiotherapy, fibrosis and tumor recurrence. The basis in ultrasound image for correct diagnosis were extension, echogenicty, configuration of lesion, elasticity and vascularity in ultrasound examination and image on mammography (Dixon 2008).

Table 1. Types of postoperative changes

Changes	**Number**	**%**
Atypical scares	14	13.6
Keloid	2	2,9
Fatt necrosis	5	4,.9
Granuloma	2	1.9
Seroma	30	29,1
Haematoma	15	14,6
Tumor reccurence	5	4,9
Fibrosis, RAT	30	29,1
TOTAL	**103**	**100,0**

The results of ultrasound guided biopsy; examinations of the solid breast masses for differential diagnosis are in Table 2. Cytologic examinations for treatment of seroma and haematoma were regular.

Table 2. Differential diagnosis of solid masses

Type of changes	Number of biopsy	Results (1/ 2)	%
Atypical scares	14	14/14	100.0
Keloid	2	1/2	50.0
Fatt necrosis	5	5/5	100.0
Granuloma	2	1/2	50
Tumor reccurence	5	5/5	100.0
Fibrosis	30	24/30	83.3

Legend: 1- number of coincidencie histology , 2 - total number of core cut biopsy

Table 3. Treatment of liquid collections, results of diagnostical and therapeutical effects

Type of changes	Number of biopsy (aspirations)	Th and Dg effects	%
Seroma	30/30	25/30	80.0
Heamatoma	10/15	8/10	80.0
Inflamatory changes	2/30	2/2	100.0

Figure 1 Sonography findings of the postoperative changes – scars. Typical scar with acoustic shadowing starting at the skin level and interrupting all tissue layers (Source: own research, Clinic of Radiology, Trenčín)

Legend: Patient – 47 years old, right breast, st.p. QE , Histology: Invasive ductal carcinoma, T1, N0, M0, G2

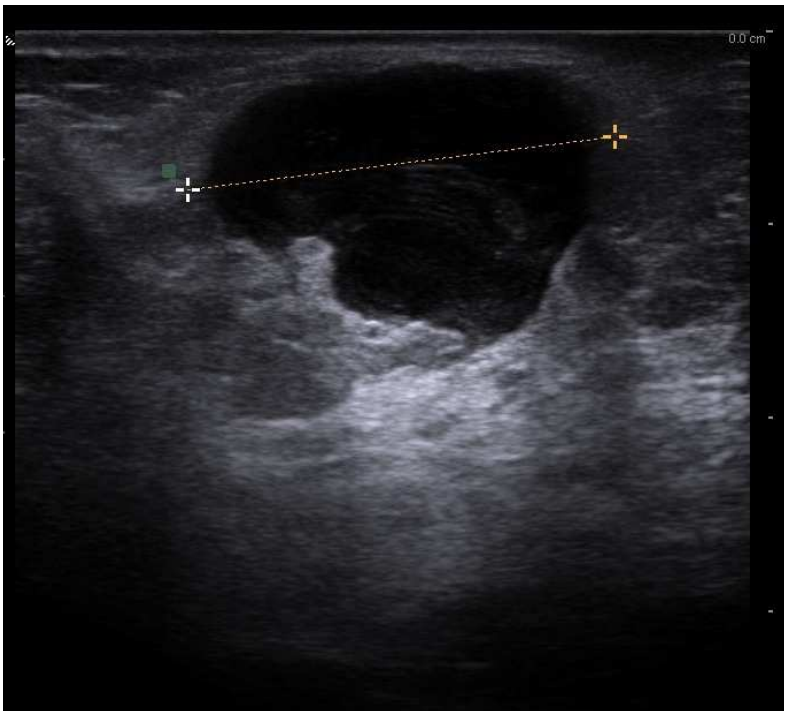


Figure 2 Typical sonographic image of hematoseromas under scar after quadrantectomy (Source: own research, Clinic of Radiology, Trenčín)

Legend: Patient - 39 years old women, left breast, Histology: Invasive ductal carcinoma, T1, N0.M0, G1

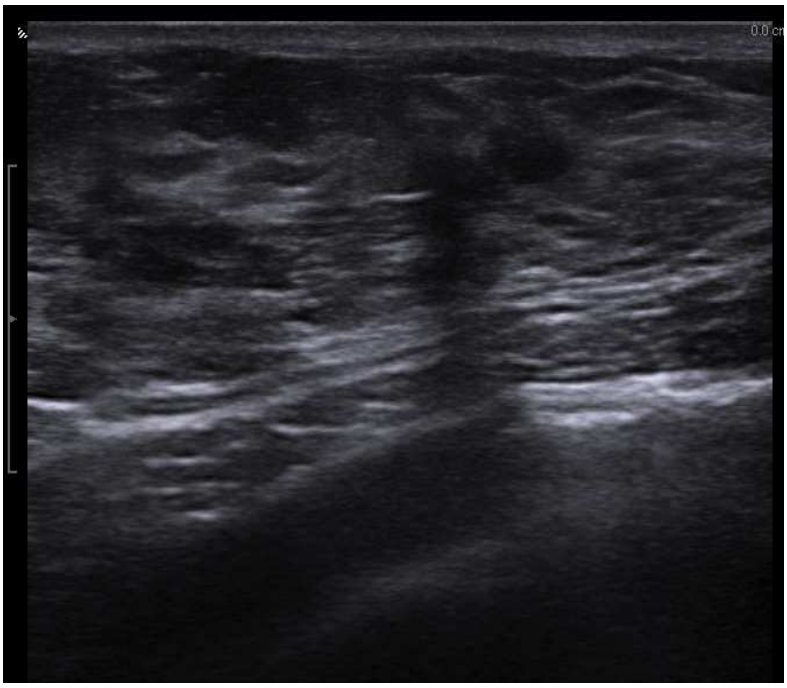


Figure 3 Sonographic manifestations of atypical scar – hypoechoic, irregulary outlined scar. (Source: own research, Clinic of Radiology, Trenčín)

Legend: Patient : 58 years old women, right breast, Hi: Invasive lobular carcinoma, T2, N0, M0, G2. Cytology (FNAB): reparative changes, Histology (core biopsy): keloid

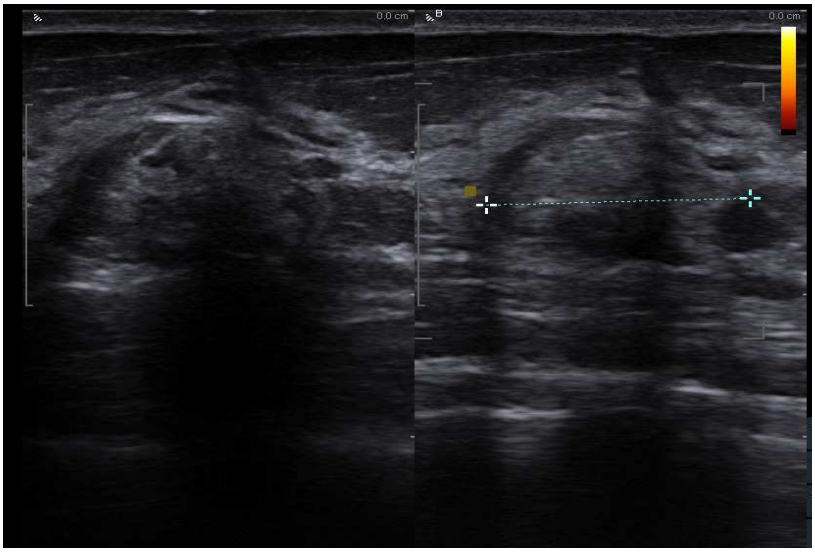


Figure 4 Sonography of the granuloma. A round hypoechogenic lesion with combinations with hyperechogenic zone
(Source: own research, Clinic of Radiology, Trenčín)
Legend: Patient – 42 years old women, left breast, QE, EA. Histology: Lobular breast carcinoma, T1, N1, M0, G2. Cytology (FNAB): reparative changes. Histology (core cut biopsy): granuloma

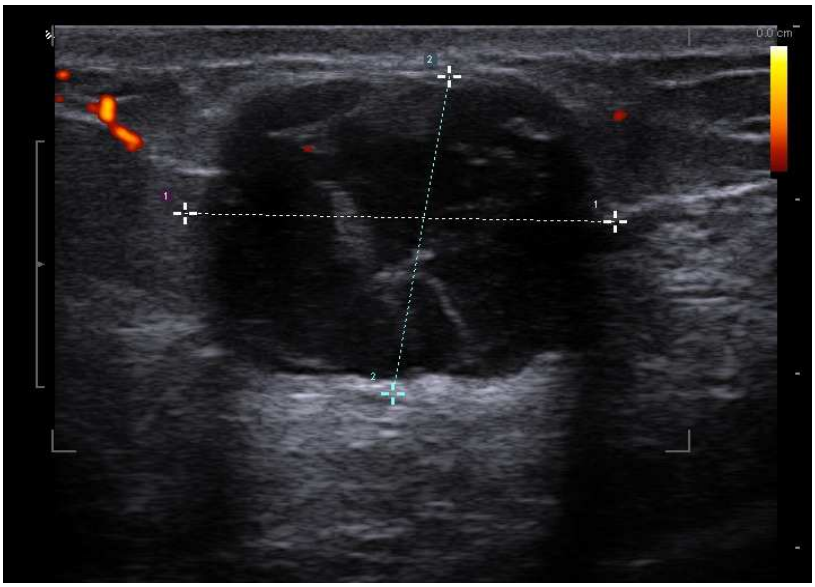


Figure 5 Sonographic manifestations of seromas. Aspiration of seromas with visualization correct needle positioning before and during aspiration (biopsy) Volume: 18 ml
(Source: own research, Clinic of Radiology, Trenčín)
Legend: Patient: 39 years old women, left breast, histology: Adenocarcinoma, T1, N0, M0, G2. Cytology of aspiration (FNAB): seroma

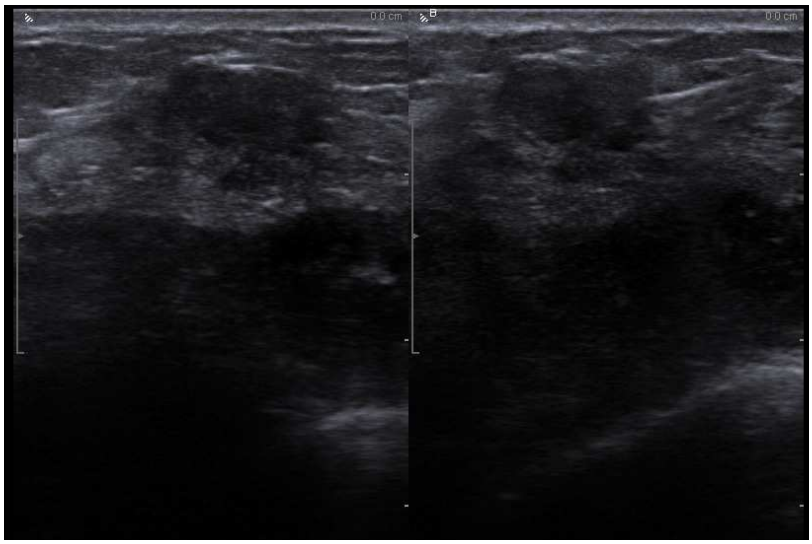


Figure 6 USG image of local recurrence tumor. Typical hypoechoic breast lesion in area under scar after lumpectomy. Inhomogeneous structure, with accoustic shadowing (Source: own research, Clinic of Radiology, Trenčín)

Legend: Patient: 47 years old women, histology: Invasive ductal carcinoma of the left breast T2, N1, M0. CCB: local tumor recidive. Histology (definitive, reoperation): tumor reccurence of invasive ductal carcinoma.

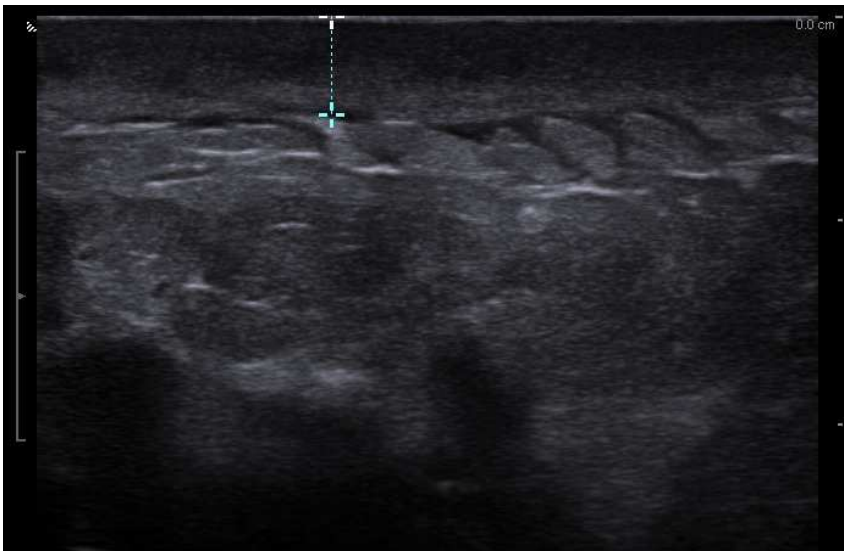


Figure 7 Sonographic image of the typical changes after radiotherapy (postiradiation inflammatory changes skin and tissue under skin of the breast in acute phasis) (Source: own research, Clinic of Radiology, Trenčín)

DISCUSSION

Ultrasound technique can be used in monitoring of disease response to surgical therapy, chemotherapy and radiotherapy (Slobodníková et all. 2011; Neal et all. 2013).

Ultrasound and mammography, 2D and 3D – breast tomosynthesis, are necessary for differential diagnosis of the postoperative changes of breast tissues structure after surgery therapy (Fisher et al. 2008; Mark, Helvie 2010). For planning and management of fellow-up control mammography and ultrasound examinantions after oncology therapy are clinical, imaging (mammography, ultrasound, ultrasound guided procedures, magnetic resonance) and pathology correlation fundamental to collaborative multidisciplinary diagnosis (Heywang-Kobrunner, Dershav, Sheer 2012; Pohlodek 2014).

Breast ultrasound and ultrasound guided biopsy has an important role in the detection and fellow-up of a lot of type of postoperative changes. Ultrasound imaging technique with linear probe 18 MHz has an excellent sensitivity and specificity, when performed by experienced practitioners within a "triple"assessment context. Reliable application of sonographic criteria of evaluation of lesions must by combined with comprehensive and practitioner knowledge of breast anatomy and breast pathology. The findings of ultrasound examinations of post-operative changes respond to findings in routine ultrasound examinations. We describe echogenicity, number of lesions, fluid collections, pathological vascularization (Neal et al. 2013). We compared the results of collections aspirations with lasting effect and, in the event of success, we were successful. We have had the positive therapeutic results of 80 to 100%. We performed core cut biopsy in all cases with suspection of local tumor recurrens, we were in 100% correct. There are is the same results in compare with study by MRI diffusion- weight magnatic resonance (Mansour, Behairy 2014). We only had local recurrences in 5 cases out of 138. This is a very good result.

Results of running examinations published by Vanikova et al. (2016) showed certain impact of surgery and subsequent oncologic therapy on formation of pathologic parameters in motion system in women after mastectomy. Gradual restoration of functional mobility in arm joint was reached in the period of six month therapy.

CONCLUSIONS

In the retrospective study we found, that the ultrasound examination and ultrasound guided biopsy are the reliable methods for differential diagnosis for solid breast masses and for differential diagnosis and treatment for fluid collection and fellow-up postoperative time period and during later phases.

REFERENCES

1. Bosch AM, Kessels AG et al. Preoperative estimation of the pathological breast tumor size by physical examination, mammography and ultrasound. a prospective study on 105 invasive tumours. Europen Jurnal of Radiology. 2003, 48 (3): 285 - 292.
2. Carder PJ, Garvican J, Haigh I et al. (2005). Needle core biopsy can reliably distinguish between benign and malignant papillary lesions of the breast. Histopathology. **46**(3): 320 – 327.
3. Dixon AM (2008). Breast ultrasound, how, why and when. Churchill Livingstone. 282p.

4. Durdík Š, Dyttert D, Sabol M, Galbavý Š, Šramka M (2015). SNB - význam v liečbe karcinómu prsníka, Nové trendy v súčasnom zdravotníctve: ošetrovateľstvo, verejné zdravotníctvo, ekonomika a zdravotníctvo Bratislava: Samosato - ISBN 978-80-89464-29-6. s. 252-257.
5. Fisher U, Baum F, Lauftner-Nagel S (2008). Breast Imaging. Thieme, Stutgart - New York, ISBN: 978-3-13-145121-7. 246 pp.
6. Heywang – Kobrunner S, Dershav DD, Sheer I (2012). Diagnostic breast imaging. 6nd. Ed. 2012, Stuttgart, Deutschland.
7. Mark A, Helvie, M (2010). Digital Mammography Imaging: Breast Tomosynthesis and Advanced Applications, Radiol. Clin. North Am. **48**(5) : 917-929
8. Mansour MS, Behairy N (2015). Residual Breast cancer pr postoperative changes: Can Diffusion –wieght magnerttic resonance imaging solve the case? The Egyptain Journal of Radiology and Nuclear Medicine. **46**: 225 – 234.
9. Neal HC, Yilmaz Zn, Noroozian M et al (2014). Iagming of Breast Cancer - Related Chanages After Surgacal Therapy. AJR. **202**(2): 262 -272
10. Pleško I, Jurga Ľ, Nováková I, Foretov L (2010). Epidemiológia a prevencia zhubných nádorov, s. 108-144. In: Jurga, Ľ. M. a kol. (ed.): Klinická a radiačná onkológia. 1. Diel. Osveta: Martin 2010. ISBN 978-80-8063-302-8.
11. Pohlodek K (2014). Premalígne lézie prsníkov. UK Bratislava, ISBN 978-80-223-3603-1. 100 p.
12. Sabol M, Donát R, Chválny P, Dyttert D, Palaj J, Durdík Š (2014). Surgical managment of breast cancer liver metastaes. Neoplasma **61**(5): 601-606.
13. Safaei-Dibba Ch, Pleško I, Hlava P. (eds.) (2010). Incidencia zhubných nádorov v SR 2006. Bratislava: NCZI 2010, 177 s. ISBN 978-80-89292-21-9.
14. Slobodníková J, Krajčovičová Z, Meluš V (2015). Karcinóm prsníka mladých žien – retrospektívna štúdia z pracoviska Rádiologickej kliniky s.r.o.. Zdravotnícke listy. **3**(1): 19 – 26, ISSN 1339-302.
15. Slobodníková J (2007). Prevencia onkologických ochorení. In: Vznik a vývoj neinfekčných epidemických ochorení v 21. storočí [zborník z medzinárodnej konferencie]. Trenčín 2007. s. 1-19. ISBN 978-80-8075-218-7.
16. Vaníkova K, Buchtelová E, Horčicová T (2016). Rehabilitace u žen po operaci prsu / Rehabilitation after breast surgery. Rehabilitácia ISSN 0375-0922. **53**(4): 274-284.
17. Yoon JH, Kim MJ, Kim EK, Moon HJ (2015). Imaging Surveillance of patients with Breast Cancer after Primary Treaatment: Current Recommendations. Korean J Radiol. **16** (2), 219 -228, p ISSN 1229-6929.

Contact address:
Jana Slobodniková, M.D., Ass. Prof., CSc.
Department of Laboratory Medicine,
Faculty of Healthcare, Alexander Dubcek University of Trenčín,
Študentská 2, 911 01 Trenčín, Slovak Republic
Clinic of Radiology, K dolnej stanici 18, Trenčín, Slovak Republic
Address correspondence : jana.slobodnikova@tnuni.sk

⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕

DIE DREI TYPEN VON MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTREN AUS DER PERSPEKTIVE RECHTLICHER ASPEKTE

TRI TYPY CENTIER ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI Z POHĽADU LEGISLATÍVNYCH ASPEKTOV

THE THREE TYPES OF MEDICAL CARE CENTRES FROM THE PERSPECTIVE OF LEGAL ASPECTS

Renger F.,[1,2] Czirfusz A.[1]

[1] *St. Elisabeth University of Health and Social Work, Bratislava, Slovakia*
[2] *Medizinisches Versorgungszentrum Heidenheim, Germany*

Abstract

Einleitung: Zum 01.01.2004 hat der Gesetzgeber die Medizinischer Versorgungszentren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Hieraus ergaben sich grundlegende Änderungen für das deutsche Gesundheitssystem, die in ihren Auswirkungen noch lange nicht geklärt sind.In dieser Legislaturperiode wird erwartet, dass die Strukturänderungen Verbesserungen in der Vernetzung des stationären und ambulanten Sektors bewirken.Ein weiteres deutliches Wachstum werden vor allem diejenigen Typen der Medizinischen Versorgungszentren verzeichnen die von sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung gegründet werden, denn die Synergieeffekte aus diesen Kooperationsformen sind klar erkennbar.

Problemstellung: Mit dieser Arbeit soll gezeigt werden, dass auf deduktivem Weg Wissen über die drei Typen von Medizinischen Versorgungszentren generieren lässt. Die Autoren möchten mit der Arbeit explizit auf betriebswirtschaftliche und in weiterem Sinne juristische Aspekte und die Unterschiedlichkeit dieser in Bezug auf die drei Typen von Medizinischen Versorgungszentren eingehen.

Ziele und Methodik: Ziel der Studie ist es, zu zeigen, dass drei verschiedene Typen der Medizinischen Versorgungszentrenin Deutschland existieren und man über diese spezielles Wissen generieren kann.Hierbei wird eingegangen auf die Methoden der Forschung wie z.B. Induktion und Deduktion.

Ergebnisse: In Deutschland gibt es drei verschiedene Typen der Medizinischen Versorgungszentren: Das usuelle Medizinische Versorgungszentrum / Personen-gesellschaft, das usuelle Medizinische Versorgungszentrum / Kapitalgesellschaft und das Medizinische Versorgungszentrum der Gesellschaft.

Zusammenfassung: Die Struktur der deutschen MVZs ist eine hervorragender Konstruktion für den medizinischen Bereich und hat sehr gute Aussichten für die Zukunft.Die folgende wissenschaftliche Arbeit für eine Typisierung der MedizinischenVersorgungszentrenin Deutschland zeigt die Ergebnisse von theoretischen Überlegungen zu den Typen von Medizinischen Versorgungszentren.

Schlüsselwörter: Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Geschäftsführung, usuelles Medizinische Versorgungszentrum / Partnerschaftsgesellschaft, usuelles Medizinische Versorgungszentrum / Kapitalgesellschaft, Medizinische Versorgungs-zentrum der Gesellschaft, Typologie Medizinischer Versorgungszentren, Synergieeffekte, Medizinökonomie, Typologiebildung der Medizinischen Versorgungszentrum.

Abstrakt

Úvod: K 1. 1. 2004 nemecký zákonodarca vytvořil právny rámec na uzatvorenie zmluvných vzťahov medzi zdravotnými strediskami a zdravotnými poisťovňami. Od týchto čias pozorujeme základné zmeny v nemeckom zdravotnom systéme, ktoré do dnešného dňa nie sú úplne spracované. V súčasnosti sa očakávajú strukturálně zmeny v zmysle zlepšenia lôžkovej a ambulantnej siete. Ďalší jasný vývoj bude zo strany zdravotných stredísk, ktoré budú založené zdravotnými poisťovňami zo zákona, kde synergizmus tejto kooperácie je jasne badateľný.
Cieľ a metódy: Cieľom tejto štúdie je opísať tri rôzne typy zdravotných stredísk v Nemecku pomocou indukcie a dedukcie.
Výsledky: V Nemecku existujú tri typy zdravotných stredísk: Všeobecné zdravotné stredisko / fyzické osoby, všeobecné zdravotné stredisko / kapitálová účasť, zdravotné stredisko ako právnická forma.
Záver: Štruktúra nemeckých zdravotných stredísk je výborná konštrukčná forma v zdravotníctve, ktorá má před sebou v budúcnosti dobré výhliadky. Práca opisuje výsledky teoretického uvažovania pri delení zdravotných stredísk.

Kľúčovéslová: zdravotné stredisko, poliklinika, zákonné poistenie, všeobecné zdravotné stredisko/ fyzická osoba, všeobecné zdravotné stredisko / kapitálová účasť, zdravotné stredisko / právnická osoba.

Abstract

Introduction: On 1 January 2004, the German legislator gave approval for medical care centres to provide statutory health insurance accredited care. This resulted in fundamental changes for the German healthcare system, the effects of which are still far from being clarified.In this legislation period, it is expected that the structural changes will bring about improvements in the interlinking of the stationary and outpatient sector.There will be further considerable growth particularly in the types of medical care centres that are founded by other providers of statutory health insurance as the synergy effects from these forms of cooperation can be clearly seen.
Objectives and Methodology: The aim of the study is to show that three different types of medical care centres exist in Germany and that special knowledge can be generated about them.The methods used in the research are addressed, such as induction and deduction.
Problems to be solved: With this work shall be shown that from a deductive point of view there can generated knowledge about the three types of medical care centres.The aim of the authors is to show which explicit problems show off in focus with business administration and from a precise view, juridical aspects and the variation for the three types of medical care centres.
Results: In Germany there are three different types of medical care centres: the usual medical care centre/partnership company, the usual medical care centre/corporation and the company medical care centre.
Conclusion: The structure of the German medical care centresis an outstanding construction for the medical field and has very good prospects for the future. The following academic paper for a classification of medical care centres in Germany shows the results of the theoretic considerations concerning the MCC types.

Key words: medical care centre (MCC), types of medical care centres, statutory health insurance (SHI), health care management, usual medical care centre/partnership company, usual medical care centre/corporation, company medical care centre, typology of medical care centres, synergy effects, medical economics, typology formation for medical care centres.

1 EINLEITUNG

Ziel des Gesetzesentwurfes vom 01.01.2004 war es, die Zusammenarbeit der Ärzte und des ärztlichen Personals untereinander zu fördern und Möglichkeiten zu schaffen, Kapital aus der medizinischen Industrie für den medizinischen Versorgungsbereich zu binden. Weiterhin erhoffte sich der Gesetzgeber von den Strukturänderungen ein bessere Verzahnung der Sektoren ambulant - stationär und eine medizinische Versorgung der Bevölkerung „aus einer Hand“ (Distler 2010, p. 11; Renger 2009, p. 1).

1.1 Zielsetzung

Ziel der Arbeit wird es sein, darzustellen, wo bei einer Typologiebildung in Bezug auf die Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) in Deutschland Zusammenhänge bestehen. Dieser erste Satz ist als Forschungsfrage zu betrachten.

1.2 Usuelles MVZ / Personengesellschaft

Die Gesellschaft bürgerlichen Rechts ist eine weit verbreitete Rechtsform einer Personengesellschaft. Als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR, auch als Bürgerliches Gesetzbuch; BGB-Gesellschaft bezeichnet) wird der vertragliche Zusammenschluss mindestens zweier – natürlicher und/oder juristischer – Personen zur Erreichung eines gemeinsamen Zwecks definiert (Renger 2014, p. 49; Renger 2015, p. 46).

Das Versorgungsstrukturgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) hat zu einer Neufassung der Gründungsvoraussetzungen für MVZs geführt, die gemäß § 95 Abs. 1 a SGB V den Kreis der zugelassenen Gründer auf zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V sowie gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, beschränkt. Ferner sind nunmehr als zulässige Rechtsformen für ein MVZ nur noch die Personengesellschaft, die eingetragene Genossenschaft oder die Gesellschaft mit beschränkter Haftung zugelassen. Hintergrund dessen ist die Intensivierung von MVZ-Gründungen durch kapitalstarke Investoren, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen. Inwieweit der durch die Gesetzesänderungen verfolgte Zweck tatsächlich eintreten wird, ist aufgrund der vielfältigen gesellschaftsrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten zweifelhaft. So wird es genügen, als Investor Krankenhäuser zu betreiben, die wiederum zur Gründung von MVZs berechtigt sind.

Durch das GKV-VStG wurde die Gründereigenschaft von Krankenhäusern in § 95 Abs. 1 a SGB V nicht angetastet. Trotzdem gilt auch für sie die Beschränkung auf die genannten zulässigen Rechtsformen und eine Benachteiligung gegenüber Vertragsärzten im sog. Nachbesetzungsverfahren (Köbler 2011, p. 64).

Nach der Neuregelung in § 95 Abs. 1 a S. 2 SGB V gilt die Zulassung von MVZs, die vor dem 1. Januar 2012 zugelassen sind, unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des MVZs unverändert fort. Das bedeutet, dass bestandsgeschützte Einrichtungen aufgrund ihrer Zulassung zunächst alle Handlungsmöglichkeiten eines MVZ weiterhin

wahrnehmen können. Indessen müssen alle bereits zugelassenen MVZs gem. § 95 Abs. 6 S. 4 SGB V innerhalb einer Frist von sechs Monaten den Nachweis erbringen, dass der ärztliche Leiter des MVZs selbst als angestellter Arzt oder Vertragsarzt tätig und in medizinischen Fragen weisungsfrei ist (Köbler 2011, p. 64).

Da die laufende ertragssteuerliche Behandlung eines MVZs von der Rechtsform abhängt, wird das MVZ, wenn es als GbR geführt wird, den Grundsätzen der Besteuerung von Personengesellschaften verpflichtet sein.

Im Bereich der Umsatzsteuer ist das angebotene Leistungsspektrum des usuellen MVZs/ Personengesellschaft (uMVZs/P) auf Tatbestandsmerkmale zu prüfen, die eine Befreiung von der Umsatzsteuer gestatten. Die Steuerbefreiung von Heilbehandlungsleistungen im Bereich der Humanmedizin ist nicht an die Rechtsform gebunden, im Falle der Verfolgung eines therapeutischen Ziels im Rahmen der Leistungserbringung. Diese Leistungen des uMVZs/P sind nach § 4 Nr. 14b UStG steuerfrei. Weitere Leistungen des uMVZs/P können in den umsatzsteuerpflichtigen Bereich fallen. In diesem Fall kommt dann jedoch die Möglichkeit des Vorsteuerabzugs für die betreffenden Umsätze infrage (Frielingsdorf 2009, p. 67; Renger 2014, p. 50; Renger 2015, p. 47).

1.3 Usuelles MVZ / Kapitalgesellschaft

Das GmbH-Gesetz bietet die Rechtsgrundlage der Gesellschaft mit beschränkter Haftung.

Die Rechtsgrundlage der Gesellschaft mit beschränkter Haftung besteht durch das GmbH-Gesetz (Elfes 2001, p. 394; Renger 2014, p. 50, zit. nach: KBV 2010, p. 2).

Die GmbH richtet sich durch die Haftungsbeschränkung ausschließlich auf das Vermögen der Gesellschaft aus, da sie den Rechtscharakter einer juristischen Person erfüllt (Renger 2014, p. 50; Renger 2015, p. 47, vgl. Florczak 2011, p. 23, zit. nach: Wien 2009, p. 75).

Am 01.11.2008 ist das Gesetz zur Modernisierung des GmbH-Rechts und zur Bekämpfung von Missbräuchen (MoMiG) in Kraft getreten. Es beinhaltet eine weitgehende Novellierung des geltenden GmbH-Rechts. Schwerpunkte sind hier:

- Eine Flexibilisierung und Deregulierung der GmbH-Gründung,
- die Bekämpfung des Missbrauchs durch Wahl dieser Rechtsform sowie,
- eine verbesserte Kontrolle der GmbH bei Krisen und Insolvenz (Florczak 2011, p. 23,vgl. Wigge, von Leoprechting (Hrsg.) 2011, p. 144).

Ferner wurde durch das MoMiG eine in der Haftung beschränkte Unternehmergesellschaft geschaffen, die eine Alternative zur sich in Deutschland verbreitenden Limited Company (sog. Ltd.) nach englischem Recht sein soll.

- Das GmbH-Recht ist wenig formstreng, d.h. zahlreiche Vorschriften des GmbHG sind unbesetzt, so dass der Gesellschaftsvertrag einer GmbH im Interesse der Gesellschafter eingerichtet werden kann. Auch die Kompetenzzuordnungen zwischen den Organen sind auf die Interessen der Gesellschafter einstellbar (Renger 2014, p. 50; Renger 2015, p. 48, vgl. Wigge, von Leoprechting (Hrsg.) 2011, p. 144).

Unter steuerlichen Gesichtspunkten fällt die unmittelbare Besteuerung des usuellen MVZ / Kapitalgesellschaft (kurz: uMVZ / K) im Sinne eines eigenständigen Steuersubjektes ins Auge (Renger 2014, p. 50; Renger 2015, p. 48, vgl. Pelleter et. al. 2005, p. 88).

Bei diesen körperschaftssteuerpflichtigen Gewinnen handelt es sich gem. § 8 Abs. 2 KStG zwingend um Einkünfte aus Gewerbebetrieb. Sind die beteiligten Ärzte als Angestellte im uMVZ/ K tätig, so erwirken sie durch ihre Tätigkeit Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit gem. § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 EStG. Bewahren sie gleichwohl ihre selbstständige Stellung als Vertragsärzte innerhalb des uMVZs/K, so erzielen sie weiterhin Einkünfte aus selbstständiger Arbeit. Kapitalgesellschaften sind voll und ganz gewerbesteuerpflichtig kraft Rechtsform. Eine Gewerbesteuerbefreiung, wie dies beim usuellen MVZ/ Personengesellschaft möglich sein kann, ist für das usuelle MVZ/ Kapitalgesellschaft eliminiert. Die Vorschrift des § 3 Nr. 20 GewStG findet nur für stationäre Leistungen ihre Verwendung und kann demnach keine Loslösung von einer Infektion durch die Gewerbesteuer für das usuelle MVZ / Kapitalgesellschaft bewirken (Renger 2014, p. 51; Renger 2015, p. 49).

1.4 Gesellschafts-MVZ

Um eine Orientierung am Sachverhalt geben zu können, wird hier zunächst ein Auszug aus der Musterberufsordnung für Ärzte dargestellt.

§ 23 a Ärztegesellschaften

„(1) Ärztinnen und Ärzte können auch in der Form der juristischen Person des Privatrechts ärztlich tätig sein. Gesellschafter einer Ärztegesellschaft können nur Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige der in § 23 b Absatz 1 Satz 1 genannten Berufe sein. Sie müssen in der Gesellschaft beruflich tätig sein. Gewährleistet sein muss zudem, dass

a) die Gesellschaft verantwortlich von einer Ärztin oder einem Arzt geführt wird; Geschäftsführer müssen mehrheitlich Ärztinnen und Ärzte sein,
b) die Mehrheit der Gesellschafteranteile und der Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zustehen,
c) Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind,
d) eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jede/jeden in der Gesellschaft tätige Ärztin / tätigen Arzt besteht“(Renger 2014, p. 51; Renger 2015, p. 49, Gummert 2011: o.O. <online>).

Sind an der MVZ-Trägergesellschaft juristische Personen des Privatrechts als Gesellschafter beteiligt, ist ein Haftungsgleichlauf zur Personengesellschaft genau genommen nicht erlangt, da die selbstschuldnerische Bürgschaft nicht nur durch eine natürliche Person, sondern auch durch eine juristische Person des Privatrechts abgegeben würde, so dass unter Haftungsgesichtspunkten nichts gewonnen ist. Es liegt aus diesem Grund auf der Hand, eine teleologische Auslegung dahin vorzunehmen, dass in derartigen Fällen die Gesellschafter der dahinter stehenden Gesellschaft eine selbstschuldnerische Bürgschaft abgeben. Sind mehrere juristische Personen des Privatrechts „integriert“, müsste dementsprechend auf den „letzten Gesellschafter“, der nicht juristische Person des Privatrechts ist, zurückverwiesen werden (Bäune et. al. 2008, p. 192; Renger 2014, p. 51; Renger 2015, p. 49).

Das „Gesellschafts-MVZ“ unterliegt durch seine Rechtsform der GmbH od. AG (Kapitalgesellschaft) mit seinem Gewinn der Körperschaftssteuer. Alle Einkünfte der GmbH sind solche aus dem Gewerbebetrieb, d.h. die GmbH od. AG unterliegt unabhängig von ihrer Tätigkeit der Gewerbesteuer(Renger 2014, p. 51; Wien 2009, p. 30; Wigge 2011, p. 46).

Der Körperschaftsteuersatz beträgt derzeit 15 %. Der Solidaritätszuschlag von 5,5 % der Körperschaftsteuer muss noch hinzugerechnet werden(Frielingsdorf 2009, p. 69; Renger 2014, p. 51; Renger 2015, p. 49).

2 METHODE ZUR ERKLÄRUNG UND ERFASSUNG REALER PHÄNOMENE

Empirische Wissenschaften können durch verschiedene Methoden erklärt werden. In diesem Zusammenhang spielt die Erfassung von realen Phänomenen eine wesentliche Rolle. Nachfolgend werden die beiden Verfahren Induktion und Deduktion dargestellt.

2.1 Induktion

Die empirischen Wissenschaften können nach Auffassung unterschiedlicher Autoren durch die so genannte induktive Methode charakterisiert werden. Unter Induktion wird der Schluss vom Besonderen, d.h. durch Beobachtungen, Experimente usw. auf das Allgemeine, d.h. auf Hypothesen oder Theorien bezeichnet (Carnap, Stegmüller 1959, p. 14; Popper 1984, p. 7). Die Notwendigkeit eines Induktionsprinzips wird offenkundig, aufgrund der Existenz von induktiven Schlüssen. Dieses Prinzip versucht über die Wahrheit wissenschaftlicher Theorien bestimmte Aussagen zu formulieren. Die Existenz eines solchen Induktionsprinzips löst zwei wissenschaftstheoretische Probleme. Der Erwerb neuen Wissens über die aus der direkten Erfahrung ableitbaren Fakten hinaus kann gesichert (Induktionsproblem) und die Abgrenzung von Wissenschaft und Metaphysik kann gewährleistet (Abgrenzungsproblem) werden.Das Induktionsproblem tritt nach Popper auf, wenn sich die Frage nach der Berechtigung, ob und wann induktive Schlüsse gezogen werden sollen stellt. Unter einem induktiven Schluss wird die Konsequenz aus wiederholt beobachteten Fällen auf einige vorerst noch unbeobachtete Fälle verstanden. Aufgrund dieser Tatsache ist es unbedeutend, ob ein solcher Schluss aus dem Beobachteten auf das Unbeobachtete in zeitlicher Hinsicht prädikativ oder retrodiktiv ist (Popper K 1995, p. 87; Popper K 1984, p. 7ff.; Schlick M 1979, p. 438 ff.).

2.2 Deduktion

Nach Popper existiert, die so genannte „deduktive Methode der Nachprüfung“, welche das Induktionsproblem löst(Popper 1984, p. 10). Auf logisch-deduktivem Weg werden von allgemeinen Hypothesen Folgerungen abgeleitet (Jetzer 1987, p. 14; Popper 1984, p. 10). Die Annahme der endgültigen empirischen Verifikation und Falsifikation wird aufgrund der fehlenden Rechtfertigung eines Induktionsprinzips und der Kritik an einem Induktionsschluss aufgegeben. Somit legt Popper dar, dass „Theorien niemals empirisch verifizierbar sind“ (Popper 1984, p. 10).Sätze, die nicht verifizierbar sind, sollen empirisch anerkannt werden können. Aufgrund dieser Tatsache wird das Abgrenzungskriterium der Falsifizierbarkeit zugrunde gelegt.

Die deduktive Methode versucht nicht, wissenschaftliche Aussagen mittels eines Abgrenzungskriteriums positiv zu identifizieren. Popper dagegen versucht, durch das Abgrenzungskriterium der Falsifizierbarkeit, die logische Form des Systems auf dem Weg der methodischen Nachprüfung negativ auszuzeichnen, d.h. nach Popper: „Ein empirisch-wissenschaftliches System muss an der Erfahrung scheitern können."

Die deduktive Methode ersetzt nicht den induktiven durch einen deduktiven Beweis.

Ziel dieser Methode soll sein, einen hohen Bewährungsgrad durch Prüfung an der Realität zu erlangen oder bei erfolgreicher Falsifikation das Verwerfen der widerlegten Hypothese zu Gunsten einer Besseren zu bewerten (Ruckdäschel 2000).

Der Wissenschaftsprozess lässt sich als ein ständiger Vergleich konkurrierender Hypothesen bezüglich ihrer Bewährung mit dem Ziel einer möglichst guten Approximation an die Wahrheit charakterisieren (Jetzer 1987, p. 15; Popper 1995, p. 144ff.).

Poppers kritischer Rationalismus sollte als „Aufruf zu ständiger kritischer Auseinandersetzung, mit allen Resultaten der wissenschaftlichen Forschung" (Konegen, N., Sondergeld 1985, p. 83ff.) verstanden werden (Kruhl 2007, p. 32).

3 ZUSAMMENFASSUNG

In Deutschland gibt es also drei verschiedene MVZ-Typen; und dies hat Auswirkungen auf die rechtlichen Gegebenheiten, denen die Typen unterworfen sind. Man erkennt deutlich die Unterschiede zwischen den drei Typen. Aus diesem Grund macht die Typisierung Sinn, denn für die Analyse ist schon ein Stück des Weges zurückgelegt.

Es ist aber auch vom politischen System und dessen Rahmenbedingungen abhängig, wie die Bedürfnisse von Patienten umgesetzt werden. Überlegungen zu den MVZs in Deutschland können auch auf deduktivem Wege zu einem Wissensgewinn führen.

4 RESÜMEE

Die Arbeit Die drei Typen von Medizinischen Versorgungszentren aus der Perspektive rechtlicher Aspekte mit besonderem Fokus auf einem deduktiven Weg zum Erkenntnisgewinn ist als ein wissenschaftlicher Beitrag zu sehen, der am Anfang eines zu erschließenden Bereiches der Medizinökonomie steht. Hieraus ergeben sich folglich viele Anstöße für die weitere Forschung auf diesem Gebiet.

5. LITERATUR

1 Bäune S, Meschke A, Rothfuß S (2008). Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte (Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. 192 p. ISBN: 978-3-540-48702-9.

2 Carnap R, Stegmüller W (1959). Induktive Logik und Wahrscheinlichkeit. Wien, ASIN: B001MTEQMG.

3 Distler B (2010). Die Einführung Medizinischer Versorgungszentren und ihre Auswirkungen auf den Arzt als Freiberufler. Schriftenreihe Gesundheitsmanagement und

Medizinökonomie, S. 5, Band 11. Hamburg: Verlag Dr. Kovac. 389p. ISBN: 9783540304357.

4 Florczak S (2011). Neugründung eines Medizinischen Versorgungszentrums aus betriebswirtschaftlicher Sicht. Edition Wirtschaft und Recht, Band 9. Marburg: Tectum Verlag. 124p. ISBN: 978-3-8288-2765-3.

5 Elfes K (2001). Praxis des Klinik-Marketing. S. 389-409. In: Kreyher VJ (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Heidelberg: 390p. ISBN: 978-3768597920.

6 Frielingsdorf O (Hrsg.) (2009). Professionelle Leitung eines MVZ – Komprimiertes Hintergrundwissen zu Management-Aufgaben im MVZ. München: Ecomed Storck Verlag. 360 p. ISBN: 978-3-609-51563-2.

7 Gummert H (2011). Von der Einzelpraxis zum MVZ-Konzern – Fallstricke. <online>, URL: http://arge-medizinrecht.de/downloads/20111104-Gummert.pdf, (Stand: 14.02. 2013) .

8 Jetzer JP (1987). Kritischer Rationalismus und Nationalökonomie. Bern / Frankfurt

9 KBV (2010). <online>, URL: www.kbv.de/html/300.php, (Stand: 12.04.2012).

10 Köbler S (2011). Die Beteiligung Berufsfremder an Arztpraxen, Apotheken und anderen Heilberufsunternehmen. p. 64. In: Schriften zum Gesundheitsrecht, Band 23 (2011). Berlin: Duncker & Humbolt. Vol. 23, 27-343. ISBN: 978-3428134908.

11 Kruhl A (2007). Das Rating eines medizinischen Versorgungszentrums unter den Anforderungen von Basel II. Schriften zur Gesundheitsökonomie. 212p. ISBN: 978-3936299601.

12 Pelleter J, Sohn S, Schöffski O (2005). Medizinische Versorgungszentren – Grundlagen, Chancen und Risiken einer neuen Versorgungsform. Schriften zur Gesundheitsökonomie, Band 7. Burgdorf: HERZ Verlag. 168p. ISBN: 978-3-936863-23-9.

13 Pöschl C, Schatka R (2013). Selbstständigkeit und Gesundheitsressourcen von Pflegegeldbeziehern im österreichischen Gesundheitswesen. Linz: Trauner Verlag, Universität Linz. 46p. ISBN 978-3-99033-178-1.

14 Popper KR (1984). Logik der Forschung. 8. Aufl. Piper Verlag. Tübingen. 280p. ISBN: 978-3161484100.

15 Popper KR (1995).Vermutungswissen. S. 144-153. In: Popper KR, Miller D (Hrsg.) (1997). Lesebuch, 2. Aufl. Tübingen. 300p. ISBN: 978-3825220006.

16 Renger F (2009). Aspekte der Personalauswahl in Medizinischen Versorgungszentren unter besonderer Berücksichtigung des Interventionsmodells von Kieser. Master-Thesis. Aalen, Heidenheim: 102 p.

17 Renger F (2014). Typologische Strukturen der Unternehmensführung im Medizinischen Versorgungszentrum. Ph.Dr.-Arbeit. Bratislava: St. Elisabeth-Universität Bratislava. 84p.

18 Renger F (2015). Medizinische Versorgungszentren in Deutschland: Entwicklung einer Typologie unter Unternehmensführungsaspekten. Dissertationsarbeit. Bratislava: St. Elisabeth-Universität Bratislava. 102p.

19 Ruckdäschel S (2000). S. 45 Wettbewerb und Solidarität im Gesundheitswesen, (Dissertation a.d. Universität Bayreuth), 285 p.

20 Schlick M (1979). Allgemeine Erkenntnislehre, 1. Aufl. Frankfurt a. M.

21 Wien A (2009). Existenzgründung. Diplomarbeit. Universität Oldenburg: 130p.

22 Wigge P, von Leoprechting H (Hrsg.) (2011). Handbuch Medizinische Versorgungszentren – Rechtliche Grundlagen / Unternehmensgründung / wirtschaftliche Rahmenbedingungen.Stuttgart: Kohlhammer. 154p. ISBN: 978-3170191556.

Kontaktadresse:

Dr. Fabian Renger, PhD.
Medizinisches Versorgungszentrum
Schmelzofenvorstadt 33
89520 Heidenheim, Germany
e-mail: <fabian.renger@live.de>
renger@vssvalzbety.sk

Assoc. Prof. Attila Czirfusz, MD, PhD.
Ústav zdravotníckych disciplín,
St. Elizabeth University of Health and Social Sciences,
Nám. 1. mája č. 1,
810 00 Bratislava, Slovakia
e-mail: czirfusza@gmail.com

* * * * * * * * * * * * * * * * * *

VÝZNAM NESPECIFICKÉHO FAKTORU PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE V PRÁCI VŠEOBECNÝCH SESTER

MEANING OF NONSPECIFIC FACTOR PSYCHIC LOAD IN WORK OF GENERAL NURSES

Stuchlíková K., Padyšáková H.

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotnických odborných štúdií,
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Abstrakt

Úvod: Odborné sdělení je zaměřené na zkoumání oblastí nespecifického faktoru psychické zátěže všeobecných sester, které mohou mít negativní dopad na výkon odborné ošetřovatelské praxe. Cílem odborného šetření bylo poukázat na význam nespecifického faktoru pracovní psychické zátěže.
Metoda: Ke zhodnocení jednotlivých oblastí nespecifického faktoru byl použit standardizovaný Meisterův dotazník s jeho referenčními hodnotami. Výzkumné šetření zkoumalo subjektivní odpovědi všeobecných sester na položky nespecifického faktoru pracovní přesycení, nervozitu, únavu a dlouhodobou únosnost. Výzkumného šetření se zúčastnilo (n = 157) respondentů, tedy všeobecných sester, které poskytují ošetřovatelskou péči ve zdravotnických zařízeních v České republice. Kritériemi výběru bylo vykonávat profesi všeobecné sestry, směnnost a minimálně jeden rok klinické praxe.
Výsledky: Podle zjištěných výsledků jednotlivých oblastí nespecifického faktoru bylo prokázáno, že největší psychickou zátěž u všeobecných sester vyvolávají oblasti únavy, které se shodují s referenční hodnotou Meisterova dotazníku a dlouhodobé únosnosti, která je vyšší, než je referenční hodnota. Výsledky výzkumného šetření jsou také zároveň porovnány s výsledky předchozích obdobných studií, které byly realizovány ve Slovenské republice a České republice.
Závěr: Odborné sdělení se věnuje doporučením pro praxi, která mohou eliminovat negativní dopady na práci všeobecných sester na jednotlivých ošetřovacích jednotkách zaměřené na management zdravotnických zařízení a také přímo pro všeobecné sestry na jednotlivých ošetřovacích jednotkách.

Klíčová slova: Meisterův dotazník. Nespecifický faktor. Psychická zátěž. Všeobecná sestra

Abstract

Introduction: The professional communication is focused on exploring of areas of nonspecific psychic load factor of general nurses that can have a negative impact on the performance of professional nursing practice. The aim of the expert survey was to show the importance of nonspecific factor of the psychic load.
Method: To evaluate individual areas of nonspecific factor was used Meisters´ standardized questionnaire with its reference values. The survey examined the subjective responses of general nurses on the items of nonspecific working glut factor, nervousness, fatigue and long-term capacity. There was (n = 157) participated respondents in this research, that means general nurses who provide nursing care in health facilities in the Czech Republic. The selection criterias was the profession of general nurse, shift operation, and at least one year of clinical practice.

Results: According to the findings of individual areas of the nonspecific factor it has been shown that the greatest psychological stress among nurses induce fatigue areas that coincide with the reference value of Meisterś questionnaire and long-term carrying capacity, which is higher than the reference value. The results of the research are also compared with the results of previous similar studies that have been carried out in the Slovak Republic and the Czech Republic.
Conclusion: The professional communication is devoted to recommendations for practice, which can eliminate the negative impact on the work of general nurses on individual nursing units focused on the management of health facilities and also directly for general nurses on individual nursing units.

Keywords: Meisters´questionnaire. Nonspecific factor. Psychic load. General nurse

ÚVOD

„Psychologie práce je aplikovaná psychologická věda, která se zabývá člověkem v pracovním procesu. Psycholog práce studuje pracovní podmínky u různých druhů profesí, psychické nároky práce, stresové faktory na pracovišti. Při práci může docházet k vzniku nadměrné psychické zátěže z různých příčin. Úpravu pracovních podmínek zahrnují řešení otázek ve dvou základních oblastech: otázky pracovního prostředí, otázky pracovního režimu“ (Židková 2014, s. 62).

Zdravotnictví je nadprůměrným stresujícím oborem lidské činnosti (Kozoň, Zacharová 2016). Míra stresu, kterému podléháme, je vysoce individuální. Každý z nás může prožívat stres velmi silně až rušivě, naopak někdo ve stejné situaci nemusí pociťovat žádnou tenzi (Hekelová 2012).

Pracovní výkonnost, zvýšená únavnost a stres všeobecných sester se mohou negativně projevit jako stresové faktory vzhledem na přítomnost mnoha osob na pracovišti, nedostatku soukromí a změně pracovních podmínek. Jednotlivé stresory působí na jedince kumulativně. V případě, že se pohybují kolem hranice stresové odolnosti, pak i malá změna může působit negativně a vést až k celkovému selhání. Stresová odolnost se může projevit konfliktností, nižší výkonností, neschopností adaptace na danou situaci a unavitelností (Wagnerová et al. 2011).

Ve zdravotnictví se obvykle pracuje ve směnném provozu. Přestože se jedná o pevně stanovené postupy, je mnohdy nutné rychle reagovat na měnivé situace. Sestra musí být schopna reagovat nejen na změnu zdravotního stavu pacienta, ale i na aktuální potřeby pracoviště, provozní problémy, nebo dokonce na zastupování jiné role a profese. Dodržováním určitých pravidel je možné předcházet vyhoření, které může vést k dehumanizaci postojů k pacientům (Venglářová et al. 2012).

Pracovní stres vede v počátečních fázích k pocitům nepohody, při dlouhodobém působení až k chronické únavě a vyčerpání psychických rezerv. Zatímco aktuální únava je fyziologickým následkem pracovní činnosti a při správném režimu práce a odpočinku do příští směny odezní, při dlouhodobém přepětí sil dochází k chronické únavě s projevy duševní nerovnováhy, která se může projevit nervozitou, apatií, přecitlivělosti a depresi. Důsledkem nezvládnutí pracovních a emocionálních nároků na uvedenou činnost může být syndrom vyhoření, zvýšena konzumace návykových látek a popřípadě také pocity odcizení (Židková 2014).

V profesi sestry existují ochranné faktory, které pomáhají sestrám posilovat jejich motivaci k práci a celkově se podílí na jejich spokojenosti. Mezi faktory, které zvyšují odolnost vůči zátěžovým životním událostem, patří zaujetí a smysluplnost pro práci ve zdravotnictví, která může přinášet pocit uspokojení z práce, pokud je v souladu s hodnotovou orientací. Sestry by měly ve svém okolí vnímat i ostatní lidi a dozvědět se to, jaký smysl přikládají k životu a co považují za pravé hodnoty. Také porovnání svých starostí s jinými lidmi může vést k přehodnocení vlastních starostí a může přispět k dřívější a plné osobnostní zralosti. Taktéž uspokojení z dobře vykonané práce a zážitky hrdosti či radosti mohou pozitivně ovlivnit sestru. Se všemi uvedenými faktory úzce souvisí poměrně vysoký společenský statut profese všeobecné sestry (Bartošíková 2006; Fialová 2012).

CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Hlavním cílem práce bylo analyzovat nespecifický faktor psychické zátěže u všeobecných sester poskytující komplexní ošetřovatelskou péči.

Dílčí cíle:

1. Posoudit subjektivní psychickou zátěž u všeobecných sester.
2. Zjistit úroveň nespecifického faktoru psychické zátěže u všeobecných sester vykonávající odbornou komplexní ošetřovatelskou péči.
3. Porovnat význam úrovně nespecifického faktoru psychické zátěže sester s referenčními hodnotami Meisterova dotazníku.

MATERIÁL A METODY

Na výzkumném šetření se podílel soubor (n = 157) všeobecných sester, které vykonávají svou funkci a poskytují komplexní ošetřovatelskou péči ve zdravotnických zařízeních v České republice. Výzkumné šetření bylo uskutečněno v období květen 2016 až říjen 2016. Respondenti splňovali nynější kritéria: pracovní pozice všeobecné sestry, doba klinické praxe jeden rok a více, práce ve směnném provozu. Oslovení respondenti nejvíce zastupovali věkové rozmezí 24-30 let (73 %). Délku vykonávané praxe splňoval celý soubor respondentů, jejichž průměrnou délku představují 4 roky praxe.

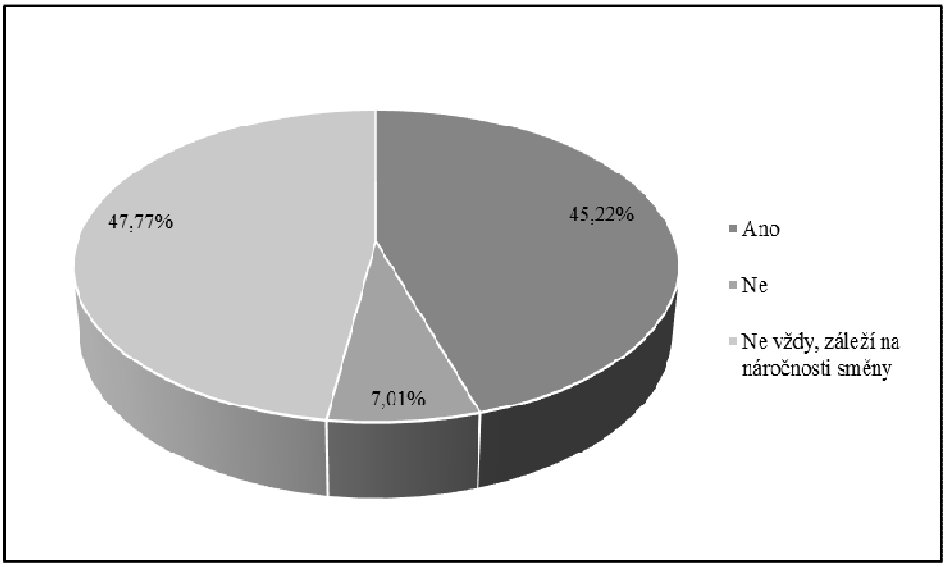
Ke sběru dat jsme použili standardizovaný Meisterův dotazník pracovní psychické zátěže, který jsme využili k hodnocení pomáhající profesní skupiny všeobecných sester. Šetření bylo realizováno ve dvou etapách, z nichž první tvořila pilotáž dotazníku, druhá etapa se týkala samotného šetření, jehož cílem bylo zjistit subjektivní hodnocení nespecifického faktoru psychické zátěže. Uvedený faktor je tvořen čtyřmi otázkami Meisterova dotazníku: 7 (práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost), 8 (po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného), 9 (práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost) a 10 (práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností). Rozpětí nespecifického faktoru bylo v rozsahu 4 - 20. Nespecifický faktor se vyhodnotil pomocí srovnání mediánů jednotlivých položek dotazníku s referenční kritickou hodnotou. Při vyhodnocení hodnot

mediánů jsme dodrželi metodický postup a využili předchozí publikované výsledky referenčních kritických hodnot dle autorky (Židková 2002; Židková 2016).

K Meisterově dotazníku jsme doplnili otázky, které se týkaly demografických ukazatelů a náležitosti týkající se pracovního výkonu všeobecných sester. Pro analýzu dat jsme zpracovali databázi v editoru MS Excell s využitím funkce Countif. K vyhodnocení jednotlivých položek jsme použili deskriptivní statistiku, která byla popsána absolutní četností, relativní četností, aritmetickým průměrem, modusem, mediánem a směrodatnou odchylkou. Data byla zpracována v editoru MS Excell 2015, která se převedla do tabelované a grafické podoby. Následně se získaná data převedla do editoru MS Word 2015.

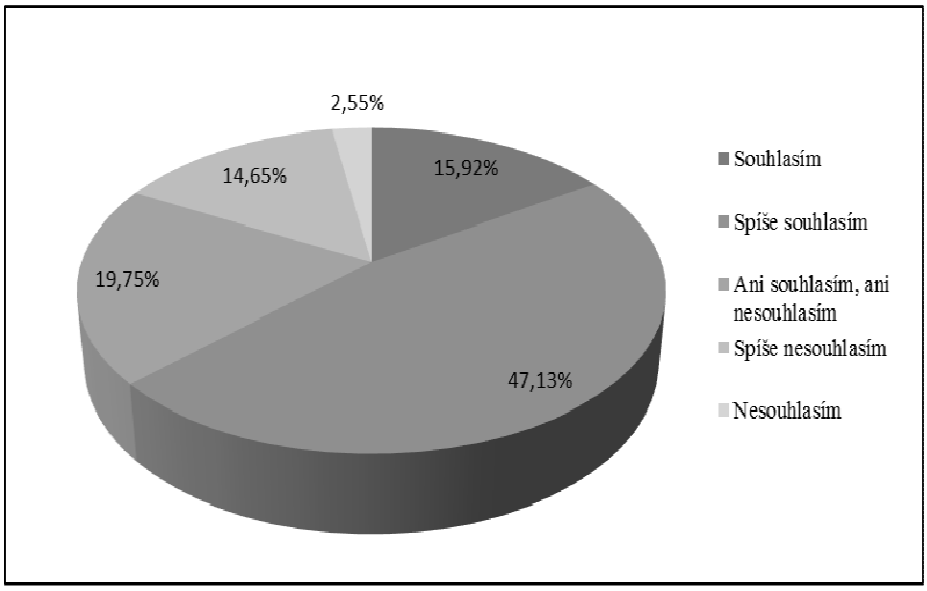
VÝSLEDKY

K hodnocení výzkumného šetření byla použita data z celkového počtu 157 respondentů vykonávajících profesi všeobecné sestry. V uvedených grafech a tabulkách jsou zpracovány údaje doplňujících otázek týkajících se únavy ve směnnosti a hodnocení míry únosností psychické zátěže. Dále jsme analyzovali a interpretovali výsledky jednotlivých položek Meisterova dotazníku, které směřují k nespecifickému faktoru psychické zátěže.



Graf 1 Únava po směně

Únavu respondentů po pracovní směně vykazuje graf 1, který vyjadřuje, jak subjektivně tuto problematiku vnímají respondenti. Nejvíce respondentů 47,77 % udává, že stupeň únavy se odráží v náročnosti odpracované směny. Na druhém místě se objevuje názor, že 45, 22 % respondentů cítí po každé směně únavu, což může předcházet riziku vzniku syndromu vyhoření. Na třetím místě 7,01% respondentů neudává, že jsou po každé směně unavení.



Graf 2 Subjektivní vnímání psychické zátěže

Před hodnocením jednotlivých položek Meisterova dotazníku byla respondentům předložena otázka, týkající se míry únosností psychické zátěže. Graf 1 znázorňuje uvedené odpovědi dotazovaných a to následovně. Nejvíce respondentů 47,13 % spíše souhlasí s únosností psychické zátěže. Druhé místo zastupuje 19,75 % respondentů a to výrokem, že někdy souhlasí s únosností míry psychické zátěže a někdy ne. Tento výrok je zřejmě ovlivněn mnoha faktory, a to zejména náročnosti a individualitou jednotlivých směn. Na třetím místě 15,92 % respondentů vykazuje, že souhlasí s únosnou mírou psychické zátěže. Spíše nesouhlasí 14, 65 % respondentů a zcela nesouhlasí 2,55 % dotazovaných.

Tabulka 1 Nespecifický faktor - četnosti

Nespecifický faktor	Nervozita		Pracovní přesycení		Únava		Dlouhodobá únosnost	
Položky	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano, plně souhlasím	5	3,2	11	7,0	7	4,5	35	22,3
Spíše souhlasím	14	8,9	13	8,3	23	14,7	42	26,8
Nevím, někdy ano, někdy ne	30	19,1	36	22,9	54	34,4	27	17,2
Spíše nesouhlasím	56	35,7	51	32,5	46	29,3	37	23,6
Ne vůbec nesouhlasím	52	33,1	46	29,3	27	17,2	16	10,2
Celkem	**157**	**100,0**	**157**	**100,0**	**157**	**100,0**	**157**	**100,0**

Tabulka 2 Nespecifický faktor

Položky	Ø	SD	Modus	Medián	
				Všeobecné sestry	Meisterův dotazník
Nervozita	2,13	±1,07	2	2	3
Pracovní přesycení	2,31	±1,18	2	2	3
Únava	2,60	±1,07	3	3	3
Dlouhodobá únosnost	3,27	±1,31	4	3	2,5

Legenda: Ø = průměr; SD = směrodatná odchylka

Tabulka 1 interpretuje odpovědi respondentů na otázku dotazníku, zda je práce psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost. Nejvíce respondentů 35,67 % označilo odpověď, že spíše s touto otázkou nesouhlasí. Na druhém místě 33,12 % respondentů odpovědělo, že vůbec se zkoumanou otázkou nesouhlasí. Na třetím místě 19,11 % respondentů označilo odpověď nevím, někdy ano, někdy ne. Spíše souhlasím,odpovědělo 8,92 % respondentů. Plně souhlasilo s touto otázkou 3,18 % respondentů. Tabulka 2 uvádí: průměrnou hodnotu úrovně nervozity a rozechvělosti v práci 2,13; nejčastěji se vyskytující hodnotu modus = 2; střední hodnotu mediánu = 2 a směrodatnou odchylku ±1,07. Zkoumanou otázku pracovního přesycení vyjadřuje tabulka 1. Nejvíce 32,48 % označilo v uvedené položce odpověď, že spíše nesouhlasís danou otázkou. Ne, vůbec nesouhlasím, vyjádřilo v odpovědích 29,30 % respondentů. Třetí místo zastupuje 22,93 % respondentů, kteří uvedli odpověď nevím, někdy ano, někdy ne. Spíše souhlasím, odpovědělo 8,28 % respondentů. Nejméně respondentů 7,01 % označilo, že plně souhlasí s uvedenou položkou. Tabulka 2 uvádí: průměrnou hodnotu pracovního přesycení 2,31; nejčastěji se vyskytující hodnotu modus = 2; střední hodnotu mediánu = 2 a směrodatnou odchylku ±1,18. Tabulka 1 hodnotí odpovědi respondentů na zkoumanou otázku dotazníku, který se zabývá problematikou práce, která je psychicky tak náročná, že po několika hodinách všeobecné sestry cítí únavu a ochablost. Nejvíce respondentů 34,39 % označilo odpověď, že někdy pociťují a někdy nepociťují únavu a ochablost při práci. Spíše nesouhlasné stanovisko v odpovědích uvedlo 29,30 % respondentů. Absolutně zamítavé stanovisko označilo ve svých odpovědích 17,20 % respondentů. Spíše kladný souhlas uvedlo 14,65 % respondentů. Absolutně kladný souhlas uvedlo ve svých odpovědích 4,46 % respondentů. Tabulka 2 uvádí: průměrnou hodnotu únavy 2,60; nejčastěji se vyskytující hodnotu modus = 3; střední hodnotu mediánu = 3 a směrodatnou odchylku 1,07. Tabulka 1 prezentuje otázku pociťování psychické náročnosti práce, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností. Výsledky nám ukazují, že 26,75 % respondentů spíše souhlasí se zkoumanou otázkou. Spíše nesouhlasí se zkoumanou otázkou 23,57 % respondentů. Absolutně souhlasí s otázkou 22,29 % respondentů. Odpověď „nevím, někdy ano, někdy ne“ označilo 17,20 % respondentů. Absolutní nesouhlas s uvedenou otázkou uvedlo 10,19 % respondentů. Tabulka 2 uvádí: průměrnou hodnotu dlouhodobé únosnosti práce 3,27; nejčastěji se vyskytující hodnotu modus = 4; střední hodnotu mediánu = 3 a směrodatnou odchylku ± 1,31. Výsledky odpovědí respondentů, které uvádí tabulky nespecifického faktoru, poukazují na velmi úzkou spojitost mezi nervozitou, pracovním přesycením a únavou respondentů. V těchto oblastech, respondenti v odpovědích deklarují společnou náročnost výkonu povolání všeobecné sestry. Nepřetržitý provoz (nejvíce 12 hodinové směny), časté výměny směny (práceneschopnost, dovolené), přinášejí nedostatek aktivního odpočinku, který se v neposlední řadě projeví neschopností dlouhodobého plného nasazení v práci a rizikem vzniku pochybení. To umocňuje psychickou náročnost povolání všeobecné sestry.

U našeho zkoumaného souboru jsme porovnali a vyhodnotili střední hodnoty mediánu (tabulka 2) jednotlivých položek nespecifického faktoru s kritickými hodnotami mediánu, zjištěnými Meisterem pro německou populaci (tabulka 2), které se stále využívají jako kritérium zátěže i v České a Slovenské republice. Židková (2002; 2016) uvádí prezentované referenční hodnoty Meisterova dotazníku následovně: položka 7 (nervozita a rozechvělost v práci po několika hodinách), položka 8 (pracovní přesycení po několika hodinách v práci) a

položka 9 (únava a ochablost po několika hodinách v práci) zastupují kritickou střední hodnotu mediánu = 3. Položku 10 (práci nelze vykonávat po léta se stejnou výkonnosti) prezentuje kritická střední hodnota mediánu = 2,5. V položce nervozity a pracovního přesycení, náš soubor nedosáhl referenční kritické hodnoty 3. Hodnota zkoumaných respondentů byla až o 1,0 mediánu významně nižší než referenční hodnoty uvedených položek, což hodnotíme pozitivně. Naše naměřené hodnoty taktéž dosáhly kritické hodnoty 3 v položce únava a ochablost po několika hodinách v práci. V položce dlouhodobé únosnosti práce se stejnou výkonností jsme nabyli negativního hodnocení, protože náš zkoumaný soubor přesáhl kritickou hodnotu mediánu 2,5, což představuje překročení o 0,5 mediánu.

DISKUZE

Nespecifický faktor Meisterova dotazníku obsahuje porovnání vypočítaných hodnot mediánů všeobecných sester s kritickými hodnotami mediánů, které uvedený dotazník vykazuje jako standardní kritickou hodnotu mediánu. Z výsledku můžeme konstatovat, že pozitivně hodnotily všeobecné sestry oblast nervozity a rozechvělosti, což je podstatné pro vykonávající funkci a jejich profesionalitu. Sestry se neustálé dostávají do stresových situací, na které musí umět co nejrychleji a adekvátně zareagovat. Pracovní přesycení nabylo taktéž pozitivního hodnocení. Můžeme tedy konstatovat, že sestry mají rády svou práci, ale bohužel jsou někdy ovlivněny mnoha stresujícími faktory, a mohou svůj názor průběžně měnit. Negativního hodnocení dosáhla únava a ochablost po několika hodinách vykonávané práce a dlouhodobá únosnost práce se stejnou výkonností. Na negativním výsledku se zřejmě podílí směnnost sester, náplň práce a její vysoká náročnost. Získané výsledky jsme porovnali se zveřejněnými výsledky referenčních hodnot Meisterova dotazníku a dále jsme využili publikované studie.

Výsledky našeho šetření jsou porovnatelné se studiemi, které byly realizované v rámci České a Slovenské republiky. Výsledky, které byly zjištěny studiemi autorek Zálešákové a Bužgové (2011), jsou plně shodné v souladu s našimi získanými hodnotami: nervozita (2), pracovní přesycení (2), únava (3), dlouhodobá únosnost (3). Podle výsledků studie autorek Gurkové a Macejkové (2012), jsou hodnoty nespecifického faktoru dokonce vyšší, jak uvádí v této oblasti hodnoty mediánů Meisterův dotazník: nervozita (3), přesycení (3), únava (4), dlouhodobá únosnost (4). Závěry studie Obročníkové a kolektivu autorek (2015) uvádějí následující výsledky nespecifického faktoru: nervozita (3), pracovní přesycení (3) u sester pracujících na AIM a (2) u sester pracujících na neurologickém oddělení, únava (3) a dlouhodobá únosnost (3). Ukazuje se, že pracovní přesycení vnímají sestry jako součást práce, která úzce souvisí se zabezpečováním nepřetržitého provozu na ošetřovacích standardních jednotkách. Ovšem na akutních lůžkách intenzivní péče, jak ukázaly jiné studie (Obročníkováa kolektiv autorek 2015) se pracovní přesycení vnímá citlivěji. Vnímání únavy a dlouhodobé únosnosti v porovnatelných studiích jsou minimálně na stanovených kritických hodnotách Meisterova dotazníku. U studie autorek Gurková a Macejková (2012), sledujeme vysoké překročení kritických mediánů až na 4. Z celkového pohledu na vyhodnocení nespecifického faktoru můžeme konstatovat, že výsledky mediánů únavy, ochablosti i dlouhodobé únosnosti práce se stejnou výkonností po léta patří do nejvíce zatěžujících položek psychické zátěže všeobecných sester bez rozdílu, zda pracují na standardních či

akutních ošetřovacích jednotkách.

Z uvedených výsledků výzkumného šetření a z výsledků porovnatelných studií můžeme konstatovat, že nespecifický faktor ve své podstatě odhaluje nejčastější příčiny psychické náročnosti povolání všeobecné sestry.

Vzhledem na relativně krátkou praxi oslovených respondentů je možné, že změna pracoviště po určité době může do jisté míry působit protistresově a zároveň mohou sestry předcházet syndromu vyhoření. Důležitou roli stálé zastává podpora zaměstnavatele, podpora rodiny, sociální zázemí a osobní vyrovnanost (Křivohlavý 2010; Židková 2005).

ZÁVĚR

Stresová odezva v práci všeobecných sester stále patří k aktuální problematice. U našeho výzkumného souboru se potvrdilo, že úroveň nespecifického faktoru psychické zátěže není příliš uspokojivá. Stanovené cíle výzkumného šetření byly splněny. Předmětem zájmu by se měly stát jednotlivé položky nespecifického faktoru a to zejména se zaměřením na únavu a ochablost sester po několika hodinách práce, dále na dlouhodobou únosnost práce se stejnou výkonnosti.

Prevence je důležitou součástí pro zvládání zátěžových situací v profesi sester. Zabezpečení preventivních opatření je nutností jak ze strany pracovníka, který by si měl stále osvojovat zásady duševní hygieny, tak ze strany zaměstnavatele. Duševní hygiena by měla být náplní života každého jedince, který vykonává pracovní činnost se zvýšenou psychickou zátěží. Hlavní zásadou je oddělení profesního života od osobního. K dalším zásadám řadíme pozitivní mechanismy zvládání stresu a udržování dobrých osobních vztahů v rodině i sociálním okolí (Fialová 2012).

Na podkladě dané problematiky a výsledků výzkumného šetření navrhujeme doporučení pro management ošetřovatelského personálu a všeobecné sestry v klinické praxi.

Doporučení pro praxi pro management ošetřovatelského personálu:

- Neustálé zlepšování pracovních podmínek ošetřovatelského personálu.
- Zlepšovat pracovní prostředí zdravotnických pracovníků.
- Dostatečný časový prostor na odpočinek, zejména mezi směnami.
- Pravidelné supervize pod vedením odborníka a dostupnost psychologa na pracovišti.
- Adekvátní finanční ohodnocení za vykonanou práci.
- Vymezení jasných kompetencí všeobecných sester.
- Psychická podpora ze strany nadřízených.
- Motivovat ošetřovatelský personál.
- Ochota naslouchat a vést pohovory s personálem ze strany nadřízených.
- V rámci prevence psychické zátěže uspořádat kurzy komunikace s agresivním pacientem, interpersonální efektivní komunikace, prevence syndromu vyhoření aj.

Doporučení pro praxi pro všeobecné sestry:

- Dodržovat zásady psychohygieny.
- Podílet se na zdravém životním stylu.
- Čerpání řádné dovolené ve větších časových úsecích a několikrát ročně.

- Efektivní kultura na pracovišti.
- Dodržovat pracovní přestávku na stravování a odpočinek nejméně po dobu 30 minut (Kociánová 2010; Tuček et al. 2012; Vévoda et al. 2013).

SEZNAM LITERATURY

1 Bartošíková I (2006). O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 1.vydání. 86 s. ISBN 978-80-7013-439-9.

2 Fialová I (2012). Zvládání zátěže. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta. 63 s. ISBN 978-80-7464-118-3.

3 Gurková E, Macejková S (2012). Psychická záťaž a depresívna symptomatológia u sestier. *Ošetřovatelství a porodní asistence*. **3**(1). 326-334. ISSN 1804-2740.

4 Hekelová Z (2012). Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry. Praha: Grada Publishing, a.s. 1. vydání. 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.

5 Kociánová R (2010). Personální činnosti a metody personální práce. Praha: Grada Publishing ,a.s., 1. vydání. 215 s. ISBN 978-80-247-2497-3.

6 Kozoň V, Zacharová E (2016). Stress factors in the work of nurses. Clinical Social Work and Health Intervention. **7**(2): 105- 115. ISSN 2076-9741/Online ISSN 2222-386X/Print.

7 Křivohlavý J (2010). Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. Praha: GradaPublishing a.s. 1. vydání. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

8 Obročníková A, Magurová D, Majerníková L, Kaščáková M, Harčarikova, M (2015). Psychological strain between nurses. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. **6** (4): 352-539. ISSN 2336-3517.

9 Tuček M a kolektiv (2012). Hygiena a epidemiologie. Praha: Karolinum. 1. vydání. 358 s. ISBN 978-80-246-2025-1.

10 Venglářová M a kolektiv (2011). Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada Publishing, a.s., 1. vydání. 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

11 Vévoda J a kolektiv (2013). Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, a.s., 1. vydání. s. 77-103. ISBN 978-80-247-4732-3.

12 Wagnerová I a kolektiv (2011). Psychologie práce a organizace. Praha: Grada Publishing, a.s., 160 s. ISBN 978-80-247-3701-0.

13 Zalešáková J, Bužgová R (2011). Psychická zátěž sester pečujících o onkologicky nemocné. *Pracovní lékařství*. **63**(3-4): 113-118. ISSN 0032-6291.

14 Židková Z (2002). Využití dotazníků k hodnocení psychické zátěže při práci. *České pracovní lékařství*. **2** (3): 69-72. ISSN 1212-6721.

15 Židková Z (2005). Monotonie v pracovním procesu. *České pracovní lékařství*. **5**(4): 193-197. ISSN 1212-6721.

16 Židková Z (2014). Psychologie práce. s. 62-65. In: Málek B a kolektiv. Hygiena práce. Praha: Sobotáles. 2. vydání. 280s. ISBN 978-80-86817-46-0.

17 Židková Z (2016). Hodnocení psychické zátěže při práci (online). Brno: Zdeňka Židková PSVZ. (citováno 2016.16.08). Dostupné na internetu: http://zdenka-zidkova-psvz. webnode.cz/metody/.

Korespondenční adresa:

PhDr. Karolína Stuchlíková

Motyčkova 722, 724 00 Ostrava 24, Česká republika

E-mail: stuchlikovakarolina@seznam.cz

STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV SO ZÁVISLOSŤAMI ŽIJÚCICH V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

CARE FOR SENIORS WITH ADDICTIONS LIVING IN SOCIAL SERVICES FACILITIES

Pavlová M.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Detašované pracovisko Michalovce - bl. M. D. Trčku, Partizánska 23, 071 01 Michalovce

Abstrakt

Úvod: Problém alkoholizmu je jedným z najčastejších porúch zdravia v súčasnom svete. Dotýka sa chudobných ale aj najbohatších, úspešných i celkom priemerných ľudí, dotýka sa všetkých spoločenských vrstiev. Natalita klesá a vzrastá percento seniorov nielen na Slovensku. Často vybočia zo správnej cesty a prepadnú rozličným formám závislosti. Preto je potrebné sa tejto téme venovať a neodsúvať seniorov na okraj spoločnosti.

Zameranie práce: Hlavným cieľom je zistiť špecifické potreby seniorov so závislosťami žijúcich v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré by slúžili ako podklad pre hľadanie aplikačných metód sociálnej práce s danou skupinou.

Materiál a metodika: Aby sa na základe osobného kontaktu s participantmi docielilo spracovanie záverov postavených na individuálnom prístupe ku klientom, bol zvolený kvalitatívny výskum. Ide o nenumerické skúmanie, postavené na výskumných otázkach. Zber údajov sa realizoval formou štruktúrovaného rozhovoru s otvorenými otázkami.

Výsledky: Závislosť ako aj jeho dôsledky majú vplyv nielen na zhoršenie zdravotného stavu seniora, ale aj na jeho subjektívne hodnotenie užívateľmi. Rovnako sa závislosť negatívne podieľa aj na zhoršení sociálneho statusu seniora.Závislí seniori majú svoje špecifické požiadavky pre naplnenie kvality svojho života.

Záver: Skutočnosti poukazujú,že je naliehavá potreba venovať sa problému závislosti seniorov v zariadeniach sociálnych služieb oveľa intenzívnejšie a neponechávať riešenie problému len v rukách opatrovateľov a sociálnych pracovníkov.Veríme, že predkladané výsledky pomôžu pri ďalšom skúmaní tak zložitej problematiky v začarovanom kruhu závislostí. Zároveň prajeme všetkým závislým jedincom, mladším i starším, ženám i mužom, aby boli presvedčení o nutnosti ich trvalej abstinencie.

Kľúčové slová: Alkoholizmus. Senior. Sociálna práca. Staroba. Starnutie. Závislosť

Abstract

Introduction: The alcohol issue is one of the most frequent health disorders nowadays. It refers to both poor and the richestones, to successful and fauly average people; it concerns all social ranks. Natality decreases and percentage of seniors increases not only in Slovakia. They oftens werve from the right way and become addicted on variol forms of addictions. Therefore it is necessary to deal with the issue and not to put off the seniors to the edge of society.

Thesis Focus: Main goal of the Thesis is to find out specific Leeds of seniors with living addictions in social service facilities, which would serve as a foundation for searching the application methods of social work with the given group.
Material and Methodology: In order to achieve conclusion processing, based upon personal contact with participants, built on an individual approach towards clients, there was chosen a qualitative research. It is in numeric research, built on research questions. Data collection was realized via structured interview with open questions.
Results: Addiction as well as its consequences do have an influence not only on health condition of a senior, but also on the subjective evaluation of its users. The addiction also negatively influences social status of a senior. Addicted seniors have thein specific requirements for fulfilling the life quality.
Conclusion: The facts prove there is an urgent need to deal with the isme of the senior addiction in a social service facilities more intensively and not to leave the isme solution only within the handsof caretakers and social workers. We believe the presented results will help for the further research of such complicated issue in a vicious circle of addictions. At the same time we wish to all addicted individuals, younger and olderones, to both women and men to be convinced on the necessity of thein permanentabstinence.

Keywords: Alcoholism. Seniors. Social Work. Old Age. Aging. Addiction

1 ÚVOD

V súčasnosti sú najmä mladí a dynamickí ľudia v centre pozornosti. Staroba akoby ani nebola zaujímavá. Avšak počet seniorov, ktorých telesný, duševný aj sociálny potenciál ostáva aj na dôchodku je vysoký. Často vybočia zo správnej cesty a prepadnú rozličným formám závislosti, čo predstavuje v súčasnej dobe stále pálčivý problém, ktorý sa dotýka všetkých spoločenských vrstiev. Je všeobecne známe, že v posledných desaťročiach dochádza k veľkému nárastu abúzu alkoholu u seniorov. Je potrebné zvýšiť kvalitu ich života, priniesť im pocit užitočnosti, docenenia, radosti zo života a neodsúvať seniorov na okraj spoločnosti.

Hlavným cieľom bolo zistiť, aké sú špecifické potreby seniorov so závislosťami žijúcich v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré by slúžili ako podklad pre hľadanie aplikačných metód sociálnej práce s danou skupinou. Zároveň upriamiť pozornosť na zhoršovanie kvality života seniorov so závislosťami, poukázať na problém v sociálnej starostlivosti a nájsť potenciál u starších ľudí so závislosťou, ktorý by im umožnil nové impulzy pre aktívnu účasť na spoločenskom živote. Cieľovou skupinou boli starší ľudia závislí od psychoaktívnych látok, ktorí sa liečia, alebo sú v procese poradenstva. Užívanie tabaku, alkoholu, ale aj rôznych druhov farmák predstavuje rizikový faktor vo vzťahu k vzniku a rozvoju ochorení, ktoré s ním súvisia. Z tohto hľadiska veku je práve populácia seniorovnajviac zraniteľnou skupinou, a preto je potrebné prijať a realizovať opatrenia, ktorých cieľom je znižovanie následkov ich užívania.

1.1 Vplyv alkoholovej závislostí na seniorov

„V pokročilom veku vzrastá riziko somatických poškodení a možnosť interakcie alkoholu a iných psychoaktívnych látok s liekmi na chronické ochorenia. Taktiež klesá tolerancia voči alkoholu a iným návykovým látkam a ich užívanie prináša vyššie riziká. Poruchy kognitívnych funkcií dôsledkom škodlivého užívania alkoholu a upokojujúcich liekov sa nezriedka kombinujú s poruchami pamäte inej etiológie“ (Nešpor, 2014, s. 22).

Benkovič (2007), primár II. oddelenia úseku liečebno-preventívnej a psychoterapeutickej starostlivosti, pri liečbe závislosti na Prednej Hore uvádza, že z celkového počtu vyšetrených pacientov tvorí 12% pacientov so závislosťou, z čoho alkoholová závislosť (Dg. F10) je zastúpená v miere 9,8%. Uznávaný odborník ďalej tvrdí, že v psychickej oblasti sú začínajúce alebo progredujúce kognitívne deficity vo forme organických psychosyndrómov alebo až demencií. Aj tento fakt prispieva k tomu, že starší ľudia nemávajú k svojim závislostiam kritický postoj a neracionalizujú ich.

Autor Nešpor (2013) uvádza dve možnosti, ako došlo k závislostiam pri užívaní psychoaktívnych látok u seniorov:

- K zneužívaniu psychoaktívnych látok došlo v priebehu staroby. Seniori bývajú v lepšom stave a môže byť prítomná súvislosť so záťažovou životnou udalosťou.
- Zneužívanie nastalo ešte v mladom veku a pretrváva do staroby. Prejavujú sa telesné i duševné problémy, poruchy pamäti, ochorenia pečene, anémia a množstvo ďalších.

Vo vyššom veku je veľmi prospešná psychoterapia, podporná psychoterapia, dochádzanie do socioterapeutického klubu či stretnutia Anonymných alkoholikov. Takéto stretnutia nielenže napomáhajú triezvosti, ale pomáhajú prekonať pocit osamelosti a súčasne nahrádzajú a dopĺňajú sieť sociálnych vzťahov. Je potrebné pozornosť venovať životnému štýlu a plánovaniu času. Treba zachovať vyváženosť medzi nedostatkom aktivít a nadmerným zaťažením. Seniori patria do kategórie skupín zraniteľnejších, preto by sa im mala venovať veľká pozornosť pri prevencii. Pokiaľ sa závislosť už vyvinula, je potrebné začať s liečbou čo najskôr. Predíde sa telesným aj duševným poškodeniam a zlepší sa prognóza (Nešpor 2011).

Najviac pacientov na Slovensku sa lieči na závislosť od alkoholu.Okrem množstva iných zdravotných ochorení spôsobuje nadmerné užívanie alkoholu vznik alkoholických duševných porúch. Podľa Ondruša (1990) je najznámejšou alkoholickou psychózou delírium tremens, ktorá vzniká po dlhodobom ťažkom abúze alkoholu.

Popri štúdiu odbornej literatúry sme zistili, že v demografii staršej populácie fenomén alkoholizmu prerástol do nadmerných rozmerov. Klasické symboly staroby ako jesene života sa zamieňajú za symboly opitosti, depresie, inkontinencie a v neposlednom rade za stratu záujmu o každodenné aktivity. Veľká časť seniorov vedie izolovaný život pri nie príliš ideálnych podmienkach. Izolácia často prerastá do depresie. Únava, strata chuti do jedla a výrazné zabúdanie sú charakteristické znaky starších alkoholikov. Pre pocit malátnosti strácajú záujem o každodenné činnosti, najmä o osobnú hygienu.

Mistoler (2014) vo svojej štúdii uvádza, že počet hospitalizovaných pacientov nad 65 rokov v pražskom protialkoholickom centre pre problémy s alkoholom bol rovnaký ako počet pacientov s infarktom. Z toho 2/3 seniorov bolo závislých už v strednom veku. U 1/3 seniorov prebiehala liečba priaznivejšie, s menším výskytom pridružených psychických porúch. Počet závislých mužov je väčší v pomere k ženám, a to 6:1. Väčšina seniorov konzumuje alkohol

pre jeho chuťové vlastnosti, len 10-15% mužov a 6-8% žien oceňuje jeho upokojujúce alebo povzbudzujúce účinky. Výskyt rizikového pitia vekom klesá, zlom nastáva po 55 roku života žien a 65 roku života muža. Seniori preferujú mierne popíjanie v malých dávkach, nie sú prítomné excesy typické pre mladosť. Závislosť od alkoholu má pozvoľný kontinuálny priebeh, pričom pokusy o abstinenciu sú menej časté ako u mladších vekových kategórií. Ťažko závislí od alkoholu umierajú podstatne skôr a nedožívajú sa seniorského veku, ich život je kratší v priemere o 16 rokov.

S názorom Mistolera na starších alkoholikov sa stotožňuje Bartošovič (2006), ktorý tvrdí, že u starších ľudí je spôsob konzumácie alkoholu rozdielny ako u mladších konzumentov. Požívanie alkoholu má viac-menej pomalý, ale plynulý, permanentný priebeh, pričom absentujú excesy so stratou kontroly. Muži požívajú alkohol častejšie ako ženy, ktorých konzumácia je často latentná a dochádza k neskoršej diagnostike. Seniori častejšie uprednostňujú „ľahší alkohol“ ako napríklad víno a pivo, z čoho vyplýva, že konzumácia alkoholu úzko súvisí aj so sociálnym statusom.

Alkoholizmus má okrem psychických následkov aj následky somatické. S vekom klesá hmotnosť, množstvo telesných tekutín, stúpa množstvo tuku v krvi. Alkohol je pri tom rozpustný vo vode a nie v tuku, čo spôsobuje jeho vyššiu koncentráciu v krvi. Platí všeobecné pravidlo, že pri konzumácii rovnakého množstva alkoholu majú 60-roční o 20% a 90-roční až o 50% vyššiu hladinu alkoholu v krvi ako 20-roční. S vekom sa zvyšuje citlivosť CNS na alkohol, pričom aj nižšie dávky spôsobujú intoxikáciu (Purchartová, Pavlů 2016). Dlhodobá konzumácia alkoholu urýchľuje proces starnutia, najmä CNS. Úmrtnosť na abstinenčné delírium tremens je 5-15% pri mladších vekových kategóriách a u seniorov nad 65 rokov stúpa na 35%. Zomierajú pritom najčastejšie na respiračné zlyhanie a arytmiu. Samovraždou končí svoj život 7-30% závislých seniorov (Mistoler, 2014).

Z vyššie uvedených skutočností vyplýva, že muži užívajú alkohol viac ako ženy, pričom seniori preferujú skôr ľahší alkohol, pričom požívanie má plynulý charakter. Nakoľko u seniorov dochádza k somatickým zmenám v organizme, alkohol sa štiepi a rozkladá omnoho pomalšie ako v mladom organizme, preto musí byť prevencia a liečba špecifická. Nie je predsa možné, aby metódy prevencie a samotnej liečby boli rovnaké u dospievajúcej mládeže ako u seniorov. Je množstvo publikácií určených liečbe závislostí dospievajúcim a dospelým, no tieto metódy sú neaplikovateľné vekovej skupine seniorov, absentujú odborné publikácie orientované práve na túto vekovú kategóriu.

Pozornosť na fakt, že abúzus a závislosť od alkoholu u seniorov je menej častá ako u mladšej generácie upriamuje Bartošovič (2006). Zároveň zdôrazňuje, že táto problematika býva často podhodnocovaná a maskovaná multimorbiditou a ani príbuzní si neradi pripúšťajú tento sociálne stigmatizujúci problém.

1.2 Tabakizmus u seniorov

V rebríčku látkových závislostí na druhom mieste vedie tabakizmus alebo nikotinizmus, ktorý patrí do kategórie najrozšírenejšej toxikománie. Môžeme konštatovať, že je to jav, ktorý si každoročne vyžiada nespočetné množstvo ľudských obetí, pričom fajčiarov ustavične pribúda a vek závislých od tabaku je stále nižší. Fajčenie je nielen nežiaducim sociálnym javom, ale aj vážnou hrozbou v zdravotníctve.

Za vznik závislosti je zodpovedný nikotín. Ten je účinkom tepla z cigarety vyplavený do mozgu v priebehu 10 sekúnd, pričom sa vyplavuje dopamín, ktorý úzko súvisí s náladou. Čím viac je obsiahnutý v mozgu, tým lepšie sa fajčiar cíti. Postupne sa z mozgu dopamín vyplaví a fajčiar opäť pociťuje nutkavú túžbu zapáliť si cigaretu. V podstate je to začarovaný kruh. Ak telo nikotín nedostane, človek sa začne cítiť zle, je nervózny, nesústredený, má abstinenčné príznaky (Chovanec, Billá, 2013).

Ochaba (2007) vo svojej štúdii opisuje súvis medzi fajčením a socioekonomickými nerovnosťami. Uvádza, že ľudia pochádzajúci zo slabšieho socioekonomického prostredia, bývajú dva- až trikrát častejšie postihnutí chorobami súvisiacimi s fajčením, na ktoré predčasne zomierajú. Taktiež ľudia s nižšou úrovňou vzdelania majú vyššiu tendenciu experimentovať s tabakom. Nízke socioekonomické podmienky ovplyvňujú ľudí odolávať pokušeniu prestať fajčiť najmä z dôvodu zvýšeného psychosociálneho stresu.

Bartošovič (2006) poukazuje na fakt, že medzi začiatkom fajčenia a prepuknutím niektorej z rizikových chorôb môže byť interval aj 20 - 30 rokov. Z toho vyplýva, že u každého jedinca je orgánová vnímavosť rozdielna, a preto sa môže negatívny výsledok fajčenia objaviť až v seniorskom veku.

V USA bolo v roku 2000 výskumom potvrdené, že okolo 10 % obyvateľov fajčí vo veku 65 rokov a viac, pričom fajčenie zapríčinilo 287 000 úmrtí u ľudí nad 65 rokov. Viac prestávajú fajčiť muži vo vekovej skupine nad 65 rokov ako veková kategória 18-65 rokov, kde je výskyt fajčenia na nižšej úrovni (Ochaba, Bartošovič, 2010).

Hegyi (2012) uvádza, že vznik a rozvoj ochorení úzko súvisí s užívaním tabaku. Najviac zraniteľnú skupinu z hľadiska veku tvoria práve seniori. Závislosť zohráva veľkú bariéru pri kvalite života, nakoľko zhoršuje zdravotný stav. Najdôležitejšou intervenciou ktorá predlžuje vek dožitia u seniorov, je práve liečba závislosti. Množstvo zdravotných problémov a komplikácií spôsobuje práve fajčenie a 7 z celkového počtu 14 hlavných dôvodov zapríčiňuje smrť ľudí starších ako 60 rokov v súvislosti s fajčením. Pravdepodobnosť na ochorenie rakoviny pľúc je u fajčiarov vyššia ako u nefajčiarov o 10%. Riziko úmrtia fajčiarov prichádza v priemer o 15 rokov skôr ako u nefajčiarov. U starších ľudí závislých od tabaku sa osvedčil ako najúčinnejší nástroj najmä edukácia.

S podobným názorom na intervenciu, samotnú liečbu, ako má vyššie spomínaný autor Hegyi (2012), sa stotožňuje Ochaba a Bartošovič (2010), ktorí zdôrazňujú, že lekár by mal pri návšteve klienta motivovať seniorov k zanechaniu fajčenia. Výskumy dokázali, že práve takáto intervencia dopomohla 30% fajčiarov abstinovať. Fajčiari vo veku 60-64 rokov, ktorí fajčili 20 cigariet denne a prestanú fajčiť, si znížia riziko úmrtia v nasledujúcich 15 rokoch o 10%, čo nie je zanedbateľné. Z uvedeného vyplýva, že zanechanie fajčenia v akomkoľvek veku znižuje riziko ochorenia, ale aj smrti.

Môžeme smutne skonštatovať, že tabakový priemysel má silný marketing, ktorý vie zasiahnuť a ovládnuť psychiku človeka. Na základe vyššie uvedeného vieme, že cigarety spôsobujú rakovinu pľúc a množstvo iných závažných ochorení. Ktorá z vyfajčených cigariet to zapríčinila, sa však nevie. Preto majme na pamäti, že 20. november je Medzinárodným dňom bez fajčenia.

1.3 Závislosť od liekov a doplnkov výživy u seniorov

Ďalším obávaným fenoménom v boji proti závislosti je závislosť od liekov a doplnkov výživy, ktorá sa v seniorskom veku spája s bolesťou v dôsledku viacnásobných ochorení.

Bolesti sa u seniorov vyskytujú 3-krát častejšie ako u ostatnej populácie. Trpia nimi 20-50% seniorov v domácom prostredí a 45-80% seniorov v pobytových zariadeniach. Zneužívanie utlmujúcimi liekmi sa vyskytuje skôr u žien okolo 50. roku života, ktoré trpia neurotickými stavmi sprevádzanými najrôznejšími bolesťami, najčastejšie bolesťami hlavy. Ženy užívajú viac liekov a častejšie ako muži. Medzi najčastejšie zneužívané lieky patria relatívne lacné a ľahko dostupné lieky (Mistoler, 2014).

Mühlpachr (2008) uvádza, že vzhľadom na viacnásobné ochorenia seniorov je typická polymorbidita a potreba súčasne užívať viacero liekov. Involučné a degeneračné procesy môžu pozmeniť reakciu liečivej látky v tele seniora. Funkcia podieľajúca sa na interakcii liečivej látky a organizmu môže byť ovplyvnená, z čoho vyplýva, že požadovaný výsledok môže byť pozmenený ako kvalitatívne, tak aj kvantitatívne.

Lekári a farmaceutické koncerny neradi hovoria na tému zneužívania voľnopredajných liekov, ako aj o liekoch s neregulovateľnou preskripciou, nakoľko je ich predpisovanie len minimálne kontrolované a obmedzované. Aký je rozdiel medzi pacientom, ktorý denne užíva lieky zo skupiny benzodiazepínov alebo barbiturátov bez toho, aby bolo u neho ich užívanie indikované a užívateľom heroínu? Pacient si svoju „drogu“ kupuje v lekárni, alebo mu ju ochotne a vo vysokých dávkach predpisuje lekár. Ten druhý si ju kupuje nelegálne na čiernom trhu. Kým v prvom prípade máme pre pacienta pochopenie, možno nás aj chytí za srdce a podáme mu pohár vody pri potrebe užiť liek. No pri pohľade na užívateľa heroínu sa v lepšom prípade pohoršíme a navrhneme ho potrestať alebo izolovať od spoločnosti. Obaja však potrebujú odbornú pomoc zodpovedajúcu ich stavu (Miovský, 2008).

Sme toho názoru, že závislosť od liekov a doplnkov výživy je často latentná závislosť. Je ťažšie ju odhaliť, ale je liečiteľná. Jej prevencia aj samotná liečba stojí menej finančných prostriedkov ako ďalekosiahle dôsledky.

1.4 Sociálna práca so zameraním na seniorov so závislosťami

Jednou zo základných úloh pri starostlivosti o seniorov je snaha, aby mohli čo najdlhšie bývať vo svojom domácom, rodinnom prostredí. Práve toto prostredie je pre nich to najoptimálnejšie. Nie vždy je to však možné, a to z rôznych dôvodov, ako napr. bezdetnosť seniora, strata partnera, ovdovenie.

Kabátová et al. (2016) uvádza vo svojej štúdii zistenia, že ovdovenie u starších ľudí je najväčším rizikovým faktorom pre vznik depresie. Výsledky potvrdzujú, že z celkového počtu 168 starších ľudí, z ktorých bolo 142 respondentov ovdovených, 12 respondentov slobodných a 14 respondentov v manželskom zväzku trpia depresiou 60,7 % respondentov. Z toho 32,1 % trpia depresiou stredne ťažkého stupňa a 28,6 % trpia depresiou ťažkého stupňa. Bez príznakov depresie bolo 39,3 % respondentov.

V niektorých prípadoch práve samota participuje s depresiou, ktorá je impulzom, pre vznik závislosti. Tu treba rozlišovať samotu ako stav, keď sa človek cíti osamelo a nemá svojich blízkych. Na rozdiel od človeka, ktorý žije sám ale necíti sa osamelo, pretože má

dobrých susedov, kamarátov a príbuzných. Už rodinní príslušníci, sociálny pracovníci, či sám senior by mal zvážiť odchod do inštitucionálneho zariadenia a predchádzať tak možným ohrozeniam (Fertaľová, Boroňová 2010).

Autorky Lachytová a Karkošková (2012) uvádzajú ako najčastejšie determinanty ovplyvňujúce odchod seniorov do inštitucionálnych zariadení nasledovné:

- zdravotné dôvody – neschopnosť vykonávať základné životné úkony a potreby, odkázanosť na pomoc druhej osoby, upútanie sa na posteľ, zlý zdravotný stav,
- rodinné pomery – neprítomnosť detí, prípadne sú veľmi vzdialené a zamestnané, zlé kontakty s okolím, nesebestačný partner, osamelosť, nevyhovujúce bytové podmienky svojich detí,
- psychologické činitele – záleží na type osobnosti, dobré referencie na pobytové zariadenia, zachovaná aspoň čiastočná adaptabilita, zmierenie sa so stratou súkromia, uvedomelosť, že senior nechce obťažovať svoje deti,
- bytové podmienky – nespokojnosť s bytom, jeho zlá vybavenosť, nemožnosť signalizácie akútnej potreby,
- ďalšie sociálne činitele – nezabezpečenie pomoci inou osobou, nefungujúca opatrovateľská služba,
- iné faktory – umiestnenie môžu urýchliť i náhle udalosti, ako je náhla strata partnera, ktorý zaisťoval starostlivosť a iné.

Pobytovú službu by bolo vhodné využiť vtedy, keď sú všetky možnosti vyčerpané, seniori sú už natoľko nesebestační, že už nedokážu žiť vo svojom domácom prirodzenom prostredí a starostlivosť rodinných príslušníkov je nepostačujúca alebo úplne absentuje.

Pri senioroch sa stretávame s problémami, keď sa často kumulujú problémy zdravotné so sociálnymi. Preto zdieľame názor, že nie je možné oddeliť zdravotnú starostlivosť od sociálnej starostlivosti. Participácia týchto dvoch starostlivostí je nespochybniteľná.

Sociálna starostlivosť seniorom sa na Slovensku poskytuje podľa zákona č. 448/2008 Z. z., ktorý upravuje právne vzťahy pri poskytovaní, financovaní, sociálnych služieb a upravuje dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb. Taktiež zákonom 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a zákonom 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení (Hrozenská, Dvořáčková 2013).

Matoušek et al. (2010) uvádza, že prijatie nového obyvateľa do zariadenia sociálnych služieb je náročný a rizikový proces. Pre klienta by táto zmena mala byť plánovaná, ale najmä dobrovoľná. Je vhodné informovať ho o konkrétnom zariadení, oboznámiť ho s prostredím, prípadne mu dať možnosť voľby zariadenia. Treba prihliadať na to, aby boli zachované sociálne väzby, záujmy, aby sa spôsob života výrazne nediferencoval od pôvodného.

Nasleduje proces adaptácie, ktorému je potrebné venovať maximálnu pozornosť. Je to práca pre celý tím pracovníkov, ktorí prichádzajú do styku s klientom. Klient už na začiatku procesu adaptácie by mal byť zverený svojmu kľúčovému pracovníkovi, ktorý bude jeho dôverník, kontaktná osoba a bude mu venovať maximálnu pozornosť. Súčasťou adaptácie je adaptačný plán starostlivosti, ktorý vychádza zo zhodnotenia zdravotného a duševného stavu klienta, posúdenia jeho potrieb pri prihliadaní na jeho sebestačnosť. Plán je možné pravidelne vyhodnocovať a meniť podľa potrieb klienta, podľa druhu ochorenia (Matoušek et. al., 2010).

Starostlivosť o klienta a jeho pohoda je v každom zariadení prvoradá. Ako sme už spomínali, sociálna starostlivosť so zdravotnou starostlivosťou je vo vzájomnej interakcii a nemožno ju oddeliť. No starostlivosť sa stáva obtiažnou, ak je diagnostikovaná akákoľvek forma závislosti. Je potrebná včasná diagnostika a odborná pomoc. Motivácia zohráva v liečbe významnú úlohu. Aj tie najmodernejšie medicínske postupy sú zbytočné, ak klient nespolupracuje, alebo spoluprácu len predstiera.

Lúčna (2008) uvádza, že pre klientov so zložitým priebehom ochorenia a s pretrvávajúcimi problémami sú adekvátne pobyty v resocializačných zariadeniach. Kladie dôraz na rehabilitačné a psychoterapeutické aktivity, ktoré majú klientovi pomôcť prispôsobiť sa na zmenu životných podmienok a začleniť sa do normálneho spoločenského života.

Medikamentózna liečba sa najviac indikuje na začiatku liečby, pri detoxikácii, čím dochádza ku zmierneniu telesných a duševných ťažkostí súvisiacich s odňatím drogy, tzv. abstinenčný syndróm.

Skupinová psychoterapia sa využíva najčastejšie, keď pod vedením psychoterapeuta pracuje menšia skupina klientov. Vytvárajú si dôveru a terapeutické vzťahy, koncentrujú sa na prijatie zodpovednosti za seba, učia sa vytvárať si nový hodnotový systém, podporujú rozvoj asertívneho správania a pod.

Terapeutická komunita funguje na princípe, že klienti s podobným problémom si navzájom pomáhajú a poskytujú vzájomnú podporu, vzájomne sa ohodnocujú, či už kladne, alebo záporne. Každá kritika ich obohacuje o skúsenosť a posúva ďalej.

Režimová terapia je založená na princípe dodržiavania a rešpektovania zákazov a príkazov. Jej cieľom je navrátiť klienta do normálneho života.

Muzikoterapia a artterapia využíva liečivé účinky hudby a umenia na psychiku.

Ergoterapia je pracovná terapia, ktorá lieči prácou v záhrade, prácu s drevom, keramikou, textilom, papierom a pod. Podporuje pracovné návyky a rozvoj motoriky. Ide o činnosti pracovné, herné a rekreačné.

Rodinná terapia a rodinné vzťahy motivujú klienta na liečbu a pozitívnu zmenu. Dôležitá je spolupráca s partnermi a rodinnými príslušníkmi.

Sociálna práca v pobytových zariadeniach je prepojená so spoluprácou rodiny a ako uvádza Matoušeket al. (2010), začína v deň prijatia jej člena do zariadenia. Nemožno pripustiť, aby návštevy príbuzných boli nezaujímavé, bez náplne a mali iba formálny charakter. Zariadenie sociálnych služieb nezbavuje rodinu zodpovednosti za starostlivosť o svojho príbuzného.

Sociologické výskumy dokazujú, že ideálnym riešením pre majoritnú časť populácie sa zdá byť „intimita na diaľku“, čo znamená v blízkej vzdialenosti, ale oddelenom bývaní mať svojich rodičov po blízku. Vyhovuje to obom stranám, je zachovaná autonómia, ale pritom sa poskytuje pomoc a opatera (Hanobik In: Vansač a kol. 2014).

2 MATERIÁL A METÓDY

Ako výskumnú techniku zaisťovania empirických dát sme si zvolili štruktúrovaný rozhovor s otvorenými otázkami, ktoré boli obsiahnuté v záznamovom hárku. Ten pozostáva zo starostlivo sformulovaných otázok, na ktoré majú participanti odpovedať.

Pravdepodobnosť, že získané informácie sa budú výrazne štruktúrovo líšiť, sa tým minimalizuje.

Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť špecifické potreby seniorov so závislosťami, žijúcich v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré by slúžili ako podklad pre hľadanie aplikačných metód sociálnej práce s danou skupinou.

Čiastkové ciele:

- Upozorniť na zhoršovanie kvality života seniorov so závislosťami, problém v sociálnej starostlivosti.
- Nájsť potenciál u starších ľudí so závislosťou, ktorý by im umožnil nové impulzy pre aktívnu účasť na spoločenskom živote.

Výskumné otázky:

1. Má závislosť seniora vplyv na subjektívne hodnotenie jeho zdravia?
2. Majú dôsledky závislosti seniora významný podiel na zhoršení jeho zdravotného stavu?
3. Majú dôsledky závislosti seniora významný podiel na zhoršení jeho sociálneho statusu?
4. Sú respondenti dostatočne informovaní o možnostiach opatrovateľských služieb?
5. Aké sú špecifické potreby závislých seniorov z pohľadu sociálnej integrácie a zlepšenia kvality života?

Kvalitatívny výskum je postavený na rozbore a výklade dát, medzi ktorými sa hľadá vzťah a vytvárajú sa druhy, ktoré sa skladajú do logických celkov. Je to metóda usudzovania alebo indukcie a je založená na zásade opakovania. Motívom pre výber tejto metódy bolo najmä hlbšie porozumieť danej problematike, získať potrebné informácie pre kvalitné spracovanie, aby údaje mali čo najvyššiu výpovednú hodnotu. Výskum sa vykonával v štyroch zariadeniach sociálnych služieb na Slovensku. Skúmaní participanti boli vybraní na základe odporúčania odborného personálu, ktorí mali vedomosť o závislostiach svojich klientov, v opačnom prípade by výsledky výskumu boli nerelevantné. Z uvedeného vyplýva, že výber participantov bol na základe diagnostiky klienta zámerný. Výskumu sa zúčastnilo 20 participantov, z toho bolo 14 mužov a 6 žien vo veku od 58 – 70 rokov.Môžeme potvrdiť, že rozhovoru sa zúčastnili participanti dobrovoľne a z nášho pohľadu veľmi radi spolupracovali. Nakoľko bola zachovaná anonymita, participanti sa otvorili a odpovedali ochotne. Pri rozhovore bola rešpektovaná ich spontánnosť. Preto bol rozhovor obohatený o ich vyjadrenia individuálnych potrieb. Rozhovor priniesol množstvo získaných dát, z ktorých sme mohli čerpať a následne vyhodnocovať výsledky. Počas celého výskumu boli dodržané etické zásady a dôvernosť získaných informácií. Každý, kto sa podieľal na realizácii výskumu, bol o dôvode realizácie informovaný. Rovnako aj o spôsobe zverejnenia informácií a dodržiavania zásad mlčanlivosti.

3 VÝSLEDKY

Vyhodnotenie 1. výskumnej otázky: Má závislosť seniora vplyv na subjektívne hodnotenie jeho zdravia?

Na základe odpovedí zo štruktúrovaného rozhovoru vyplýva, že závislosť má vplyv na subjektívne hodnotenie zdravia seniora.

Participanti si často neuvedomujú závažnosť situácie, v ktorej sa nachádzajú. Aj napriek vážnym zdravotným diagnózam ako je cirhóza pečene v dôsledku alkoholovej závislosti alebo amputácia predkolenia pri zhoršujúcej sa cukrovke, uvádzajú svoj zdravotný stav ako dobrý. Z celkového počtu 20 opýtaných participantov 12 uviedlo, že sa cítia dobre a 8 participanti uviedli, že ich zdravotný stav nie je dobrý. Participant, ktorý len pred krátkym časom bol 7 dní v kóme, v dôsledku kombinácie liekov a alkoholu uviedol, že sa cíti dobre.

Nesporným faktom je, že pri alkoholovej závislosti dochádza k odumieraniu mozgových buniek, k nezvratným zmenám na mozgu a k poruchám psychiky. Aj v tejto súvislosti participanti niekedy nevedia posúdiť, či v ich prípade ide o ošetrovateľský, opatrovateľský alebo poradenský proces. Participanti v nemalej miere nadľahčujú problémy. Len 11 z celkového počtu 20 opýtaných participantov uviedlo, že sa cítia aktuálne na svoj vek. Aj napriek zdravotným problémom sa mladšie cíti 6 participantov a uvedomujúc si svoje zdravotné problémy, priznali len 3 participanti, že sa cítia staršie.

Vyhodnotenie 2. výskumnej otázky: Majú dôsledky závislosti seniora významný podiel na zhoršení jeho zdravotného stavu?

Na základe teoretických poznatkov a odpovedí zo štruktúrovaného rozhovoru vyplýva, že dôsledky závislosti seniora majú významný podiel na zhoršení zdravotného stavu seniorov.

Z teoretických skutočností jasne vyplýva, že v dôsledku závislosti dochádza ku vzniku rôznych ochorení či poškodeniu orgánov, ktoré v značnej zmiere zhoršujú zdravotný stav. V nemalej miere môže dôjsť k dlhodobo nepriaznivému zdravotnému stavu – invalidite. Tá sa vyznačuje práve dlhodobo nepriaznivým zdravotným stavom a poklesom schopností vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40% v porovnaní so zdravou osobou.

Z celkového skúmaného súboru 20 participantov len 4 participanti poberali starobný dôchodok, 15 participantov poberalo invalidný dôchodok, 1 participant poberal polovičný invalidný dôchodok. Aj tento fakt potvrdzuje vyhodnotenie vyššie položenej výskumnej otázky.

Vyhodnotenie 3. výskumnej otázky: Majú dôsledky závislosti seniora významný podiel na zhoršení jeho sociálneho statusu?

Na základe odpovedí zo štruktúrovaného rozhovoru vyplýva, že dôsledky závislosti majú významný podiel na zhoršení sociálneho statusu seniora.

Participanti uvádzajú, že v dôsledku svojich zdravotných ochorení, ktoré často súviseli so závislosťou, nemohli naďalej vykonávať svoje pôvodné povolania. Pre ich dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav boli uznaní za invalidných. Zhoršila sa im finančná situácia a aj keď sa chceli zamestnať, buď im to zdravotný stav nedovoľoval, alebo sa v ich regióne vhodná práca nenašla. Dá sa predpokladať, že ak by k závislosti u týchto participantov nedošlo, nepridružili by sa zdravotné problémy. Participanti mohli mať doposiaľ platené zamestnanie, pracovať v kolektíve a cítiť sa užitoční.

Len 1 z celkového počtu 20 opýtaných uvádza, že má vlastný účet s nasporenou menšou finančnou sumou. 1 participant uvádza, že vlastní rodinný dom, 1 participant vlastní malý vinohrad a 1 participant vlastní starý rodičovský dom. 17 participantov nevlastní žiadny

hnuteľný či nehnuteľný majetok. Participanti uvádzajú, že ak by mali viac finančných prostriedkov, mohli by si dovoliť či už kúpeľnú liečbu, welness pobyt, alebo iný fakultatívny výlet. U mnohých participantov došlo kvôli závislosti k rozpadu manželstva a ten v nemalej miere prispieva k zhoršeniu sociálneho statusu, v dôsledku čoho sa participanti často nevedeli o seba postarať. Odchádzali bývať či už na ubytovňu, čím sa im znížil komfort, alebo k známym, či kamarátom. Aj tento fakt prispieva k vyhodnoteniu 3. výskumnej otázky.

Vyhodnotenie 4. výskumnej otázky: Sú seniori dostatočne informovaní o možnostiach poskytovaných služieb?

Na základe odpovedí zo štruktúrovaného rozhovoru vyplýva, že seniori nie sú dostatočne informovaní o možnostiach poskytovaných služieb.

Z celkového skúmaného súboru všetkých 20 participantov odpovedalo, že nevedia o vekovo špecifických ponukách. Z uvedeného počtu si 3 participanti myslia, že ich nepotrebujú. Túto výskumnú otázku môžeme potvrdiť aj na základe vlastnej skúsenosti, keď pri viacerých otázkach z dotazníka bola participantom na požiadanie vysvetlená, aká je to napr. opatrovateľská služba, aká je ošetrovateľská či poradenská služba. Už pri vysvetlenej otázke dosť často nevedeli jasne odpovedať a radšej konštatovali, že im je dobre a sú spokojní.

Vyhodnotenie 5. výskumnej otázky: Aké sú špecifické potreby závislých seniorov z pohľadu sociálnej integrácie a zlepšenia kvality života?

Na základe odpovedí zo štruktúrovaného rozhovoru vyplýva, že participantii sú v podstate spokojní, ale majú svoje špecifické požiadavky pre naplnenie kvality svojho života.

Z celkového počtu 20 opýtaných participantov je 19 participantov so svojím súčasným či už ošetrovateľským, poradenským, opatrovateľským procesom spokojných, 1 participant je nespokojný a svoju nespokojnosť odôvodňuje tým, že lieky sú mu indikované, až keď sa sťažuje na bolesti, pričom on im chce predchádzať. Z 20 opýtaných si 6 participantov želá socializáciu alebo sociálnu integráciu, rôznou formou. Participanti uvádzajú, že potrebujú sociálny kontakt s ľuďmi, potrebujú nadväzovať nové známosti, stretávať sa mimo zariadenia. Uvádzajú, že vhodnou formou socializácie pre nich by bolo opäť sa zamestnať, ale vzhľadom na vek a zdravotné problémy, je ťažké nájsť si zamestnanie. V oblasti zlepšenia finančnej situácie a zároveň socializácie by pomoc uvítalo 5 participantov. Samotne finančnú situáciu si želajú zlepšiť 2 participanti, 2 participanti si želajú zlepšiť svoj zdravotný stav. Viac súkromia si praje 1 participant (70 rokov) a 4 participanti uvádzajú, že nepotrebujú pomoc v žiadnej oblasti. Participanti ako najčastejší dôvod zlepšenia finančnej situácie uvádzajú dlhy, exekúcie, chcú zlepšiť kvalitu svojho života, prípadne finančne pomôcť vnúčatám. Pre nízke príjmy sa nemôžu zúčastňovať spoločenských a kultúrnych podujatí.

4 DISKUSIA A ODPORÚČANIA PRE PRAX

V našom výskume sme sa zamerali na seniorov závislých od psychoaktívnych látok. Dobrovoľnými odpoveďami sme získali subjektívne názory klientov – seniorov, ktorí sú umiestnení v inštitucionálnej starostlivosti, ktoré sme následne prostredníctvom metód kvalitatívneho výskumu vyhodnotili.

Na základe našich výsledkov môžeme konštatovať, že starší občania, ktorí vďaka svojej závislosti najskôr stratili prácu a neskôr aj bývanie, sa stávajú často bezdomovcami. Práve títo občania, obzvlášť, keď sú starší, v dôsledku zhoršujúceho sa zdravotného stavu dostávajú sa do sociálne nepriaznivej situácie.

Na základe vlastných výsledkov, ale aj teoretických poznatkov môžeme konštatovať, že dôsledky závislosti majú významný podiel na zhoršení zdravotného stavu seniorov. V důsledku závislosti dochádza ku vzniku rôznych ochorení či poškodeniu orgánov, ktoré v značnej zmiere zhoršujú zdravotný stav. V nemalej miere môže dôjsť k dlhodobo nepriaznivému zdravotnému stavu – invalidite. Tá sa vyznačuje práve dlhodobo nepriaznivým zdravotným stavom a poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40% v porovnaní so zdravou osobou. V našom výskume z celkového skúmaného súboru 20 participantov len 4 participanti poberali starobný dôchodok, 15 participantov poberalo invalidný dôchodok, 1 participant poberal polovičný invalidný dôchodok.

Rovnako sa nám potvrdilo, že dôsledky závislosti seniorov majú významný podiel na zhoršení ich sociálneho statusu. Už spomínaná depresia či únava, strata chuti do jedla a výrazne zabúdanie sú charakteristické znaky starších alkoholikov. Pre pocit malátnosti strácajú záujem o každodenné činnosti, najmä o osobnú hygienu. A nielen to, u mnohých došlo práve kvôli závislosti k rozpadu manželstva, či už v strednom alebo aj seniorskom veku. Nezriedka aj v čase, keď ešte nebol problém s bývaním, ako je dnes. Zväčša muži odchádzali dobrovoľne bývať k rodičom, ku kamarátom, na podnikovú ubytovňu a pod. Po zmene režimu sa z nich stali bezdomovci.

Príbehy týchto participantov sú rôzne, mnohí by chceli byť zamestnaní aspoň na polovičný úväzok, pretože chcú byť v kolektíve a cítiť sa užitoční, ale aj preto, že im chýbajú finančné prostriedky, či už na lepšie lieky, kúpeľné pobyty alebo čokoľvek iné. No na základe dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu stratili schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť a stali sa invalidnými. Všetci títo participanti majú svoje osobité, špecifické potreby pri napĺňaní svojich cieľov a preto navrhujeme nasledovné opatrenia.

Pre sociálnych pracovníkov odporúčame: prepojiť terénnu sociálnu prácu s vybranou skupinou klientov so sociálnou službou v pobytových zariadeniach a nájsť metódy sociálnej práce, ktoré pomôžu znížiť dopady závislostí zabezpečením zdravotnej či sociálnej starostlivosti. Pretože klienti, ktorí sa dostali do zariadenia sociálnych služieb napríklad až po amputácii nôh, lebo spávali pod vplyvom alkoholu vonku aj v zime, alebo vďaka drogám či liekom si spôsobili poruchy správania, už nezískajú späť kvalitu života, ale naopak, majú často depresijné stavy až suicidálne sklony.

Pre poskytovateľov sociálnych služieb odporúčame, aby ich zariadenia sociálnych služieb alebo terénni sociálni pracovníci spolupracovali so psychoterapeutmi, a/alebo sa využívali niektoré psychoterapeutické metódy práce s klientom.

Pre sociálnych pracovníkov odporúčame vytvárať podmienky pre tvorbu nových sociálnych väzieb u seniorov, aby nepodľahli látkovým závislostiam, alebo aby sa vďaka novým sociálnym väzbám znížila závislosť. Toto odporúčanie platí nielen v rámci sociálnej práce v pobytových zariadeniach sociálnych služieb, ale aj v terénnej sociálnej práci, kde zohráva veľmi významnú úlohu komunita a samotný terénny sociálny pracovník. Sociálny pracovník by mal byť spôsobilý pripravovať pre týchto klientov rôzne formy budovania sociálnych väzieb. Formy musia by nastavené na ich zdravotný stav.

Potreba multidisciplinárnosti sa nám potvrdila pri výskume, v ktorom nám samotní participanti vymenovali ochorenia, ktoré im znižujú kvalitu života. Nahliadnutím do spisov a z rozhovorov so sociálnymi pracovníkmi sme však zistili, že participanti trpia aj ďalšími ochoreniami, ktoré nevymenovali. Polymorbidita u seniorov preto ovplyvňuje nielen samotnú závislosť, ale aj priebeh liečby či denného prežívania. Z tejto diskusie preto odporúčame vytvoriť v pobytových zariadeniach sociálnych služieb multidisciplinárne tímy, ktoré by sa venovali komplexnej starostlivosti o klientov seniorov so závislosťami, aby vypracovávali prípadové štúdie a navrhovali nové odborné postupy.

V nadväznosti na to odporúčame, aby sa k týmto multidisciplinárnym tímom pridali aj *akademickí pracovníci*, ktorí budú danú problematiku spracovávať pre akademickú a ďalšiu vedeckú prácu.

Nezanedbateľné sú prístupy k cieľovej skupine vyučovaných starších závislých.Ich špecifické potreby z pohľadu staroby a závislosti nesmú byť ponímané a prevzaté zvonku, mimo nich, ale z pohľadu samotných postihnutých, a to z výskumov v rámci rozhovorov s nimi. Vďaka bezprostrednému a osobnému kontaktu medzi vyučujúcim a vyučovaným sa očakáva, že vyučovaný sa v dôvernom rámci/kontexte skôr otvorí a vyjde zo svojich starých štruktúr myslenia. Vhodnejší je rozhovor koncentrovaný na klienta, ako aj priamy rozhovor, ktorý posilní vlastnú motiváciu k osobnej reflexii a zmene.

ZÁVER

Závislosť spôsobuje viditeľné zmeny u človeka, ktoré sa každý kalendárny rok zvyšujú a keď klient nie je liečený, alebo sa mu nedostáva dobrej sociálnej starostlivosti, stáva sa z neho žijúca troska. V rámci osobných návštev v štyroch zariadeniach sociálnych služieb sme si uvedomili už na prvý pohľad skutočne viditeľný rozdiel medzi bezdomovcom seniorom a seniorom v zariadení. Ak sa podarí komunite prostredníctvom terénneho sociálneho pracovníka dostať seniora so závislosťou do zariadenia sociálnych služieb, je veľmi vysoká pravdepodobnosť nielen zlepšenia sociálnej starostlivosti, ale aj samotnej úrovne kvality života seniora, ako aj postupného znižovania závislosti alebo aspoň kontroly nad závislosťou.

ZOZNAM POUŽITEJ LIERATÚRY:

1 Bartošovič I (2006). Seniori v domove dôchodcov. Bratislava: Charis. ISBN 80-88743-63-X. 156 s.
2 Benkovič J (2007). Pacient – alkoholik, zdravotné riziká, možnosti liečby v ambulantnej starostlivosti praktického lekára. Via practica. Bratislava: SOLEN, s.r.o., **4**(4): 197-201. ISSN 1336-4790.
3 Fertaľová T, Boroňová J (2010). Starecká depresia u seniorov žijúcich doma a u seniorov v inštitucionalizovanej spoločnosti. In Molisa 7. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. ISBN 978-80-555-0233. s. 22-26.
4 Hanobik F (2014). Senior v rodine. In: Vansač a kol. *Rodina ako spoločenstvo v službách človeka.* Prešov: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-106-1. s. 111-137.
5 Hegyi L, Krajčík Š (2010). *Geriatria.* Bratislava: Herba. ISBN 978-80-89171-73-6. 608 s.

6 Hegyi L (2012). *Sociálna gerontológia*. Bratislava: Vydavateľstvo zdravotníckej literatúry Herba, spol. s r.o. ISBN 978-80-89171-99-6. 176 s.
7 Hrozenská M, Dvořáčková D (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4139-0. 192 s.
8 Chovanec J, Billá T (2013). *Drogy, závislosti a úloha sociálnej práce*. Bratislava:VŠZaSP sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-073-6. 98 s.
9 Kabátová O. – Puteková S. – Martinková J (2016). Lonelinessas a Risk Factor for Depression in the Elderly. *Clinical Soacial Work and Health Intervention.* ISSN 2076-9741. **7**(1): 48-53.
10 Lachytová L, Karkošková S (2012). *Sociálne poradenstvo supervízia ako jedna z metód zisťovania progresu v kvalite sociálnych služieb*. Vysoká škola medzinárodného podnikania ISM Slovakia. Prešov. ISBN 978-80-89372-42-3. 107 s.
11 Lúčna S (2008). Liečba závislosti od psychoaktívnych látok. *Sociálna prevencia: Informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry*. Bratislava: Národné osvetové centrum. ISSN 1336-9679. **3**(2): 19-20.
12 Matoušek O et al. (2010). Sociální práce v praxi. 2. vydanie. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-818-0. 352 s.
13 Miovský M (2008). Závislosť ako falošný strašiak, alebo stačí viac zdravého rozumu? *Bedeker zdravia.* Bratislava: RE-PUBLIC s.r.o., ISSN 1337-2734. **4**(5): 72-73.
14 Mistoler P (2014). *Závislost na alkoholu vestáří.* [online]. [citované 20-11-2014]. Dostupné na internete: http://www.psychiatr.org/files/zavislost-ve-stari.pdf.
15 Mühlpachr P (2008). *Základy gerontológie.* Brno: MSD s.r.o. ISBN 978-80-7392-072-2. 203 s.
16 Nešpor K (2011). *Návykové chováni a závislost.* 4. vydanie. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8. 176 s.
17 Nešpor K (2013). Špecifiká zneužívania psychoaktívnych látok a vznik závislosti u detí, žien a ľudí vyššieho veku. Sociálna prevencia. ISSN 1336-9679. **8**(2): 12-14.
18 Nešpor K (2014). drnespor@gmail.com. seniori [e-mail]. Správa pre M. Pavlovú (martinapavlova12@gmail.com). Odoslané 23.11.2014, 08:26. [citované 2012-29-11]. Dostupné na internete: https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/149db8b5a1e7f27f.
19 Ochaba R (2007). Tabak – história jeho užívania, fajčenie a socio-ekonomické nerovnosti. *Sociálna prevencia: Informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry*. Bratislava: Národné osvetové centrum. ISSN 1336-9679. **2**(3): 20-21.
20 Ondruš D (1990). *Toxikománia strašiak, či hrozba?* 2. vydanie. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0141-2. 88 s.
21 Purchartová D, Pavlů D (2016). Ovlivnění jemné a hrubé motoriky po požití alkoholu. Rehabilitácia ISSN 0375-0922. **53**(4): 259-273.
22 Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

Kontakt na autora
PhDr. Martina Pavlová,
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety,
Detašované pracovisko Michalovce - bl. M. D. Trčku,
Partizánska 23,
071 01 Michalovce,
e-mail: martinapavlova12@gmail.com

❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋

Zdravotnictví a sociální práce ISSN 1336-9326
Health and Social Work Vol. 12, 2017, No 2

ŽIVOTNÍ STYL MATEK NA RODIČOVSKÉ DOVOLENÉ ŽIJÍCÍCH V MÍSTNÍCH ČÁSTECH VYBRANÉ KOMUNITĚ

THE LIFESTYLE OF MOTHERS OF PARENTAL LEAVE LIVING IN LOCALS PARTS OF THE COMMUNITY

Brožová A, Velemínský M. Sr., Stejskalová J.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Studies, the University of South Bohemia in ČeskéBudějovice

Abstrakt

Úvod: Narozením dítěte se změní život celé rodině, především však matkám, které zůstávají s malým dítětem doma na rodičovské dovolené (jen ojediněle totiž čerpají tento institut otcové). Přerušují zaměstnánívětšinu svého času a pakvěnují dítěti a domácnosti. S tím může být spojena ztráta osobních koníčků, omezení sociálních kontaktů či možnosti seberealizace.
Cíl: Cílem sdělení je upozornit na omezené možnosti trávení volného času matek na RD žijících v malých obcích vybrané komunitě a navrhnout řešení tohoto jevu.
Metoda: Byly zmapovány aspekty života matek na rodičovské dovolené, které se týkaly volného času osobních koníčků, aktivit s dětmi, společenských kontaktů, možnosti využívání společenských zařízení v místě bydliště, osobního rozvoje, sociální opory a spokojenosti v současném životním období. Ke sběru dat byla použita strategie kvalitativního výzkumu a zvolena technika polostrukturovaného dotazování. Základní soubor tvořily matky na rodičovské dovolené žijící v 6 malých obcích – místních částech komunity. Výzkumný soubor byl vybrán metodou „sněhové koule“, kdy výzkumník zvolil jednu respondentku a ta pak doporučila další. Celkem se výzkumu zúčastnilo 15 žen.
Výsledky: Z provedeného výzkumu lze obecně sestavit obraz toho, jak žijí maminky na rodičovské dovolené v malých obcích v dané komunitě, jakým způsobem tráví tyto ženy svůj volný čas i dny s rodinou, jaké mají potřeby, přání, možnosti i vztahy s okolím. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že rodičovství zásadně ovlivňuje životní styl matek především v aspektech volného času, osobních koníčků, seberealizace a osobního rozvoje.
Diskuse: Dle literárních údajů situace matek se zlepšuje v rozšířených činnostech mateřských a rodičovských center. Obec by měla tyto aktivity buď finančně podporovat (když realizátorem je např. nezisková organizace), nebo sama realizovat**.**

Klíčová slova: rodičovská dovolená; životní styl matek; vybraná komunita

Abstract

Introduction: The child birth brings changes in the life of the whole family, particularly of the mother taking the maternity leave to be at home with her child (the possibility of taking the leave is actually only exceptionally used by fathers). The mothers discontinue their labour activities to devote their time to their children and households. This can also be associated with a loss of personal hobbies, restriction to social contacts or possibilities of self-fulfilment.

Aim: The purpose of the present communication is to point out limited possibilities of spending the free time of mothers on the maternity leave, who live in small villages within a certain community, and to propose a solution to this phenomenon.
Methods: Aspects of the life of mothers on the maternity leave, concerning the free time, personal hobbies, activities with children, social contacts, possibility of taking advantage of social facilities in the site of dwelling, personal development, social support, and satisfaction with the life in that period of life, were mapped. The strategy of the qualitative research was employed for the data accumulation and the semi-structured inquiring technique was chosen. The basic sample group included mothers on the maternity leave living in six small villages – in local parts of the community. The research group was obtained by the "snowball" method, in which the investigator choose a respondent, who subsequently recommended some other one. Total of 15 women participated in the research.
Results: Based on the research implemented, it is possible to obtain a general representation of answering questions about the life of mothers on the maternity leave in small villages within a small community, about the way of spending their free time and days with the family, and about their needs, desires, possibilities as well as relationships with surrounding people. The research results suggest that the parenthood considerably affects the life style of mothers, particularly in the field of their free time, personal hobbies, self-fulfilment and personal development.
Conclusion: Based on data from the literature, the improvements of the situation are experienced due to extending activities of centres for mothers and parents. The municipality should either financially support these activities (when the implementer is for example a non-profit organization) or implement them by itself.

Key words: parental leave; life style of mothers; selected community

ÚVOD

Problematikou volnočasových aktivit matek narodičovské dovolenése zabývácelá řada prací např. Havlíčková 2015, Junášová 2007 a internetové zdroje autorů Herrmannová, Kolínská, a Slauková, 2003 http//sitprorodinu.cz/assets/media/files/Publikační%20činost/MC_sbornik_cely.pdf)

V době rodičovské dovolené jevyplácen rodiněrodičovský příspěvek**.** Rodičovským příspěvkem rozumíme státní příspěvek vyplácený rodiči, který pocelý kalendářní měsíc osobně celodenně a řádně pečuje o dítě, které je nejmladšív rodině. Rodičovský příspěvek je vyplácen nejdéle do 4 let věku dítěte, nebo dovyčerpání částky 220 000 Kč. Rodičovský příspěvek navazuje na vyplácení dávkypeněžitá pomoc v mateřství nebo nemocenského pojištění v souvislosti s porodem. Paragraf 158 zákoníku prácev souladu se směrnicí č. 96/34/EC, o rodičovském volnu, novela zákoníku práce č. 155/2000 Sb. zavedla od 1. ledna 2001 rodičovskou dovolenou. Důvodem bylo vytvořit rovnost mužů a žen v pracovněprávních vztazích a zajistit, aby nárok na pracovní volno z důvodu péče o dítě do 4 let věku mohl vzniknout jak matce, tak i otci dítěte.

Volný čas je definován velkým množstvím odborníků, jejichž názory se určitým způsobem prolínají a překrývají, ale do jisté míry se i odlišují. Významný francouzský sociolog volného času JoffreDumazedierříká, že „volný čas představuje jen určitou část mimopracovní doby, do které dále patří osobní potřeby a povinnosti – biologické potřeby tj

strava ,hygiena ,spánek a povinnosti rodinné (vaření ,úklid,nákup,“V. Spousta (1996) „chápe volný čas jako zbytkový, který zbývá po splnění všech povinností – pracovních, studijních ,rodinných, uspokojení všech fyziologických potřeb.“ M. Pásková a J. Zelenka (2002 „považují za volný čas ten, kde lidé nevykonávají činnosti pod tlakem pracovních závazků či rodinného systému. “Soubor se skládá z 500 respondentů ve věku 20–36 let. Volný čas lze v souhrnu definovat jako dobu, časový prostor, v němž jedinec nemá žádné povinnosti vůči sobě a ni druhým lidem a v němž se pouze na základě svého vlastního svobodného rozhodnutí věnuje vybraným činnostem. Tyto činnosti ho baví, přinášejí mu radost a upokojení a nejsou zdrojem trvalých obav či pocitů úzkosti.Obecně je potom volný čas definován jako „čas, v němž člověk nevykonává činnost pod tlakem závazků plynoucích ze společenské dělby práce, nebo z nutnosti zachování biofyziologického či rodinného systému“ (Velký sociologický slovník, Volný čas definuje také Velký sociologický slovník (1996). Praha: Karo1inum).Volný čas lze v souhrnu definovat jako dobu, časový prostor, v němž jedinec nemá žádné povinnosti vůči sobě a ni druhým lidem a v němž se pouze na základě svého vlastního svobodného rozhodnutí věnuje vybraným činnostem. Tyto činnosti ho baví, přinášejí mu radost a upokojení a nejsou zdrojem trvalých obav či pocitů úzkosti. **Z uvedených přehledů tedy vyplývá, že „volný čas“ není nikým z autorů časově definován.**

Cílem sdělení je bylo zjistit, jak rodičovství ovlivňuje životní styl současných matek na rodičovské dovolené žijících v místních částech komunity a jaké faktory ovlivňují životní styl matek na rodičovské dovolené .Každý člověk má svůj individuální systém hodnot, který se utváří vlivem životních podmínek (Pávková et al. 2002). Životní styl je prostě způsob, jakým lidé žijí, v současnosti dokonce souvisí s prezentací vlastní identity (Petrusek a Balon 2011). Nositeli životního stylu jsou jedinci, skupiny i celé společnosti. Každý životní styl se odehrává v různých časových dimenzích a určitém prostředí, fyzickém a sociálním. V naší studii se problematika životníhostylutýká matek na rodičovské dovolené.

Sociologové se shodují, že o životním stylu jedince rozhoduje celá řadafaktorůa to vedle materiální životní úrovně i jeho kulturní vkus a kulturní úroveň Tyto faktorymůže získávat avyužívat veškoleale ivevolnočasových aktivitách, které uplatňuje v prostředí rodiny,okruhupřátel (Špaček a Šafr 2008). Každý člověk má svůj individuální systém hodnot, který se utváří vlivem životních podmínek (Pávková et al. 2002). Člověk nikdy nežije úplně tak, jak by si přál, jeho životní styl je regulován kulturou dané společnosti, sociálními normami, morálkou, hodnotami, potřebami, idejemi (Dufková et al. 2007). Životní styl je prostě způsob, jakým lidé žijí, v současnosti dokonce souvisí s prezentací vlastní identity (Petrusek a Balon 2011). Životní styl jedince může být ovlivňován také velikostí jeho příjmů a majetku.

Vybraná komunita je město ležící ve středu Chráněné krajinné oblasti. Město má statut lázeňského města. Městský úřad je pověřeným obecním úřadem s rozšířenou působností. V roce 2011 zde žilo přes 8,5 tisíce trvale hlášených obyvatel. Do vybrané komunity patří také 6 místních části. Celkový počet obyvatel v místních částí je tč. 1707 s počtem obyvatel od 125do 815. Jejich vzdálenost od centra se pohybuje od 3 do 5 km (Město Třeboň 2014). Významná část obyvatelstva ´místních částí vyjíždí také do zaměstnání (Hajduch 2010).

Cílem sdělení je bylo zjistit, jak rodičovství ovlivňuje životní styl současných matek na rodičovské dovolené žijících v místních částech komunity a jaké faktory ovlivňují životní styl matek na rodičovské dovolené

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Ke sběru dat byla použita strategie kvalitativního výzkumu (Hendl 2005) a zvolena technika polostrukturovaného dotazování. Základní soubor tvořily matky na rodičovské dovolené žijící v 6 místních částech komunity Pro získání souboru byla využita metoda „sněhové koule“, kdy výzkumník oslovil první respondentku a ta pak doporučila další (Hendl 2005). Využitím této metody bylo osloveno 15 žen. Autoři pokládali respondentkám otázky, které podle názoru autorů, vyjadřují kvalitu životního stylu. Otázky se týkaly: jak využívají matky volný čas, jak se změnil obsah „koníčků“ před narozením a po narození dítěte. Otázky dále byly zaměřeny na kvalitu a frekvenci společenských kontaktů, na aktivity s dětmi, na možnosti trávení volného času v místní části komunity. Zajímalo je jaké jsou možnosti využívání aktivit, které probíhají vobci ve vztahu k rodinám, na osobní rozvoj žen, a na sociální oporu ana spokojenost matek. Vybraná komunita je město ležící ve středu Chráněné krajinné oblasti. Město má statut lázeňského města. Městský úřad je pověřeným obecním úřadem s rozšířenou působností. V roce 2011 zde žilo přes 8,5 tisíce trvale hlášených obyvatel. Do vybrané komunity patří také 6 místních části. Celkový počet obyvatel v místních částí je tč. 1707 s počtem obyvatel od 125do 815. Počet dětí ve věku do čtyř let v místních částí se pohyboval kolem dvanácti dětí . Vzdálenost od centra se pohybuje od 3 do 5 km (Město Třeboň 2014). Významná část obyvatelstva ´místních částí vyjíždí také do zaměstnání (Hajduch 2010).

VÝSLEDKY

Tabulka 1. – identifikační údaje, počty respondentek v jednotlivých kategoriích

Sledovaná kategorie		**Počet resp.**
Distribuce respondentek dle počtu dětí		
	1 dítě	3
	2 děti	10
	3 děti	2
	Celkem	*15*
Distribuce respondentek dle rodinného stavu		
	Manželství	14
	nesezdané soužití	1
	Celkem	*15*
Distribuce respondentek dle vzdělání		
	učební obor	2
	Středoškolské	6
	Vysokoškolské	7
	celkem	*15*

- Žádné dítě nebylo duševně ani tělesně postižené

Věková struktura respondentek se pohybovala v rozmezí od 26 do 38 let. Dotazované mají jedno až tři děti, přičemž dvě třetiny dotazovaných žen mají dvě děti, tři z žen mají jedno dítě a dvě mají tři děti. Děti respondentek jsou ve věku od 7 měsíců do 4 let. Žádné z dětí není postižené. Čtrnáct dotazovaných žen je vdaných, pouze jedna svobodná, žijící s otcem svého dítěte v nesezdaném soužití. Sedm matek uvedlo vysokoškolské vzdělání, šest středoškolské s maturitou a dvě jsou vyučené. Z profesí, které ženy vykonávaly před rodičovskou dovolenou, převládají ve více než polovině případů pomáhající profese, jako jsou sociální pracovnice, pečovatelka, zdravotní sestra, dále účetní, pokojská, pracovnice sázkové kanceláře, prodavačka, kuchařka, lesní dělnice.

Otázka: Jaká je denní frekvence využívání volného času?

Odpověď: Jednu hodinu denně volného času uvádí pět žen, dvě hodiny šest žen a čtyři ženy nemají žádný volný čas. Všechny dotazované respondentky se shodly na tom, že volného času je na rodičovské dovolené opravdu málo. Volný čas se často soustředí hlavě na dobu spánku dítěte. Zároveň ale připouštějí, že se obvykle najde nějaká práce v domácnosti, kterou je nutné udělat, nebo jdou také spát. Tři matky zmiňují více volného času o víkendech, kdy se na péči o děti také podílí partner či prarodiče. Naopak jedna z žen uvádí, že o víkendu má volného času ještě méně, jelikož je doma manžel a stará se i o něj. Z výsledků výzkumu vyplývá, že doba možnosti využít volný čas matek na rodičovské dovolené závisí především na míře podpory nejbližšího okolí, zejména partnera a prarodičů, dále na věku dítěte a v neposlední řadě i na schopnosti maminky umět si říci o pomoc.

Jaké jste měla koníčky před narozením dítěte?

Odpověď: Sportu se věnovalo dvanáct žen, vyšívání čtyři, návštěvě divadel čtyři, kynologii tři, literatuře tři, ručním pracím tři a práci na zahradě také tři ženy. Ze sportovních zájmů byla nejvíce zmiňována jízda na kole, kterou uvedlo jako svou zálibu deset žen. Dalšími sportovními aktivitami byly aerobik, plavání, lyžování, bruslení, turistika, fitness cvičení, tenis a účast na sportovních hrách dobrovolných hasičů.

Jaké máte koníčky nyní po narození dítěte?

Odpověď: Čtení se věnuje šest žen, návštěvě kulturních podniků čtyři, zahradě dvě, sportu dvě a kynologii také dvě ženy. Po narození dítěte došlo ve většině případů ke značné redukci osobních koníčků, popř. ke změně na činnosti, které se dají podnikat i při dětech**. *Dvě matky uvádějí jako svůj koníček svoje děti.***

S kým trávíte nejčastěji dny (kromě dětí), jaké máte společenské kontakty?

Odpověď: Kontakts kamarádkamia známými uvádí čtrnáct matek, s manželem dvanáct, se širší rodinou sedm. Polovina, tj. osm respondentek, má výhrady k četnosti nebo přílišné jednotvárnosti svých společenských kontaktů. Hovoří o nedostatku témat, kdy hovory se točí stále kolem dětí, o pocitech otupělosti, intelektuální vyprahlosti. Pět respondentek pociťuje osamění či jakousi izolaci od společnosti. Tyto pocity mohou mít více příčin, jednou z nich je např. místo bydliště, jelikož v malých obcích mohou být možnosti společenského vyžití omezeny. Další je velké pracovní vytížení partnera, kdy se muž v domácnosti příliš

nevyskytuje. Problémem je také větší vzdálenost od původní rodiny, eventuálně nedobré vztahy s jejími členy. Svou roli hraje i vzdělání a dále samozřejmě věk a zdravotní stav dítěte.

Jaké podporujete aktivity s dětmi?

Odpověď: Koupání, především v bazénu, podporuje deset matek. Tato aktivita je opět daná místem bydliště dotazovaných a možnostem v dané obci (viz níže). Jízdu na kole podporuje osm matek. U starších dětí volí samostatnou jízdu, u malých dětí využívají sedačky. Procházky, jako alternativa kola, pokud dítě ještě není schopno sedět v sedačce, podporuje deset matek. Na dětském hřišti tráví čas osm žen. Bruslení podporuje pět matek. Návštěvu zoo a hopsária uvádějí dvě ženy. Absenci mateřského centra kritizuje deset matek.

Jaké jsou možnosti trávení volného času v obci?

Odpověď: Všech patnáct matek se shodlo, že jediným zařízením pro trávení volného času s dětmi v jejich obci je dětské hřiště, a i přesto, že dotazované žijí v šesti místních částech komunity, je situace všude velmi podobná. Všechny respondentky se shodují, že za aktivitami pro své děti musejí většinou dojíždět do města, přičemž deset matek upozorňuje na špatné spojení a závislost na vlastní dopravě. Relativně nejlépe jsou na tom matky z obcí, ze kterých vede do centra cyklostezka (pět). Malou možnost využívání a špatnou dostupnost mateřského centra kritizuje deset matek. Aktivně se účastní dvanáct žen jednorázových akcí, jako jsou maškarní, lampionový průvod, pouť, pálení čarodějnic nebo den dětí.

Tabulka 2. – Volný čas a koníčky, počty respondentek v jednotlivých kategoriích

Sledovaná kategorie		**Počet resp.**
Distribuce respondentek dle počtu hodin volného času		
	0 hodin denně	4
	1 hodina denně	5
	2 hodiny denně	6
	Celkem	*15*
Koníčky respondentek před narozením dítěte		
	Sport	12
	Vyšívání	4
	Návštěva kulturních zařízení	4
	Kynologie	3
	Četba	3
	Ruční práce	3
	Práce na zahradě	3
Koníčky respondentek po narození dítěte		
	Sport	2
	Návštěva kulturních zařízení	4
	Kynologie	2
	Četba	2
	Práce na zahradě	2
	Vlastní děti	**!!2**

Co schází v obci ve vztahu k aktivitám pro rodiny s dětmi?

Odpověď: Absenci knihovny a klubovny, kde by se mohly scházet maminky s dětmi, ev. by se promítaly dětské filmy či jiná přestavení, kritizuje pět žen. Za zlepšení kvality dětských hřišť se přimlouvá pět žen. Zde chybí často vhodné vybavení pro nejmenší a také by byla vhodná lepší údržba. Dvě respondentky zmiňují potřebnost cyklostezky nebo alespoň lepší autobusové spojení do města.

Jak je ovlivněn osobní rozvoj?

Odpověď: Nejčastěji uváděnou činností, jejímž prostřednictvím se respondentky rozvíjejí, je četba a internet (sedm). Jedna z matek uvedla, že studuje dálkově vysokou školu, jedna se účastní prožitkových seminářů a kurzů, např. Silvovy metody kontroly mysli, školy přírodní medicíny, tradingových seminářů. Některé matky (šest) nepečují o svůj osobní vývoj vůbec. Nejčastěji uváděnou příčinou je nedostatek času a energie, z nichž tři mají pocit, že to nepotřebují. Jiné si naopak uvědomují, že návrat do zaměstnání nemusí být jednoduchý. Z výzkumu vyplývá, že dosažené vzdělání nemá příliš vliv na to, zda se ženy na rodičovské dovolené věnují svému osobnímu rozvoji, či nikoliv. Rozhodujícími faktory pro rozšíření času „pro sebe“ je pomoc nejbližších při péči o dítě a domácnost. Důležitá je i motivace, pokud má žena pocit, že se již rozvíjet nepotřebuje, může se dostavit rezignace k jakékoliv práci na sobě a osobním růstu.

Jakou máte sociální oporu?

Odpověď: Všechny dotazované se shodují, že na péči o dítě se s nimi podílí především manžel (třináct). Všechny kromě jedné mají nějakým způsobem oporu také v prarodičích, většinou babičkách (čtrnáct), ve dvou případech pomáhají prababičky. Čtyři matky se také zmiňují, že v menší míře zapojují do péče i starší sourozence. Rozsah podpory je ovšem u jednotlivých respondentek značně odlišný. Pravidelné, předem plánované hlídání dětí uvádějí tři ženy. Ostatní se shodují, že pomoc nejbližší rodiny využívají spíše nárazově dle momentální potřeby a situace. Z výzkumu vyplynulo, že míra podpory od nejbližší rodiny záleží nejen na dobrých vztazích, ale také na vzdálenosti od ní (např. rodina na Slovensku) Partneři dotazovaných se na péči o děti podílejí v závislosti na svých časových možnostech, podle toho, jak jsou pracovně vytíženi.

Jaký máte pocit spokojenosti?

Odpověď: Ke spokojenosti chybí u osmi žen především volný čas pro sebe, nedostatek společnosti uvádějí čtyři ženy, stejný počet žen uvádí nedostatek odpočinku a peněz. O pocitech osamělosti mluví čtyři ženy. Vlastní bydlení a „klid na duši“ by si přála jedna žena. Dvě matky mají obavu, zda najdou práci. Pouze jedna z oslovených žen uvádí, že jí nechybí nic, mateřství ji naplňuje.

Současné maminky na rodičovské dovolené se svým dětem hodně věnují, snaží se s nimi aktivně trávit společný čas. Bohužel, některé potřeby matek zůstávají tak trochu stranou. Ve většině případů kapacita na své zájmy, koníčky a osobní rozvoj ženám při péči o domácnost a děti (někdy i manžela) už prostě nezbývá.

Tabulka 3. – sociální prostředí a komunita, počty respondentek v jednotlivých kategoriích

Sledovaná kategorie		**Počet resp.**
Přehled osob, se kterými tráví respondentky volný čas		
	Manžel	14
	Širší rodina	7
	Kamarádky, známí	12
Podpora aktivit s dětmi		
	Koupání v bazénu	10
	Jízda na kole	8
	Procházky	10
	Dětské hřiště	8
	Bruslení	5
	Návštěva zoo a hopsária	2
	Práce na zahradě	3
Co schází v obci ve vztahu k aktivitám pro rodiny s dětmi		
	Mateřské centrum	**10**
	Zlepšení kvality dětských hřišť	8
	Cyklostezka	2
Činnosti osobního rozvoje respondentek		
	Četba a internet	7
	Dálkové studium VŠ	1
	Prožitkový seminář	1
	Žádná aktivita	6
Sociální opora při péči o dítě		
	Pomoc partnera	13
	Rodiče	14
	Prarodiče	2
	Starší sourozenec	4
	Externí hlídání dětí	3

DISKUSE

Důležitá je skutečnost, že žádné dítě nebylo postižené. Jistě by pak volnočasové aktivity v rodinách s postiženým dítětem měly zcela jiný program**.** Identifikační údaje o ženách odpovídají populačním vzorkům, Bartáková a Kulhavý (2007) se zabývají vztahem mezi institucí rodiny a zaměstnáním. Soubor se skládá z 500 respondentů ve věku 20–36 let. Upozorňují na pásma „pnutí“ na dopady pro životní situace související s narozením dítěte. Obě pohlaví se začnou např. bát o ztrátu zaměstnání (více ženy) a tím snížení životní úrovně.

V našem souboru však se ženy o tomto problému nezmiňují. Naopak se však obávají důsledků z omezených kontaktů s okolím. Tyto obavy souvisejí nepřímo se stupněm vzdělanosti. Doležalová (2004) ve své publikaci uvádí řadu praktických činností a rad, jak vytvářet rodinné tradice, co udělat pro zdraví rodiny a přináší řadu dalších podnětů pro obohacení mateřské dovolené. Publikace je zpracována jako kalendář plný nápadů a provází čtenářky jednotlivými měsíci roku. Na každý z nich nabízí řadu praktických činností a podnětů pro obohacení mateřské dovolené a pomáhá maminkám tuto dobu s dětmi prožít

tvořivě a v pohodě. Lze konstatovat ,že některé činnosti ženyz našem souboru tyto aktivity realizují .Publikace Fryjaufové z roku 2007 je určena rodičům, kteří se potřebují orientovat v dokumentaci související s narozením dítěte (např. žádost o porodné, rodičovský příspěvek a o další sociální dávky). Marksová-Tominová (2009) se zabývá problematikou skloubení rodinného a profesního života, především žen. Snaží se poradit a povzbudit rodiče dětí předškolního věku ke způsobům kombinace rodinného a pracovního života. Publikace je určena především matkám na rodičovské dovolené a ženám, které se na mateřství připravují. Rydvalová a Jůnová (2011) se zabývají slaďováním profesního a soukromého života s péčí o rodinu. Publikace přináší tipy a rady, jak tento problém vnímá zaměstnavatel, a hlavně – „co na to vaše děti“. Šmolka (2011) připomíná, aby např. žena na mateřské dovolené uměla požádat o pomoc partnera, rodiče i prarodiče. Nesmí zapomínat na sebe a „udělat si občas radost“, např. si koupit nebo přečíst knížku a zbavit se pocitu nenahraditelnosti v péči o dítě. Z jeho publikace dále vyplývá, že ženy na mateřské dovolené nejvíce vyčerpává spěch, nedostatek spánku, stereotyp, srovnávání s druhými maminkami a dětmi, množství práce a když děti zlobí. Nejvíce jim však schází pohlídání dětí, ať už ve chvílích, kdy je to nutné, tak i v době, kdy by se chtěly věnovat svým vlastním aktivitám. Co se týká času stráveného na mateřské dovolené, je velmi individuální, jak ho matky prožívají. Některé vnímají intenzivněji začátek tohoto období, pro jiného je rozhodující pozdější období na mateřské dovolené. Ženy na mateřské dovolené se shodují na tom, že druzí lidé, kteří si nevyzkoušeli celodenní péči o malé dítě, netuší, jak to může být obtížné. V této souvislosti ženám obvykle chybí uznání náročnosti jejich práce. Odborníci se shodují na tom, že pro tyto matky je velmi důležitá sociální opora. Může jim ji poskytovat partner, širší rodina i přátelé. Typickým příkladem sociální opory jsou mateřská centra. Děti v nich přicházejí do kontaktu nejen s vrstevníky, ale i s dosud neznámými dospělými. Učí se tak lepší komunikaci a pohybu v cizím prostředí a jejich matkám umožňují setkávání, výměnu informací a zkušeností, ale i rozšiřování vědomostí a znalostí v různých oborech. Lepší sociální kontakty žen na mateřské dovolené působí preventivně před vznikem různých osobních problémů kvůli izolaci. (Například plná pětina alkoholiček udává, že začala pít právě v tomto životním období.) Jako důvod uvádějí osamělost a nedostatek širšího naplnění v průběhu mateřské dovolené. Abbott a Langston (2005) ve své studii upozorňují na význam a způsoby edukace dětí do tří let, tj. období rodičovské dovolené. Höhne et al. (2010) se ve své publikaci zabývají partnerstvím a rodičovstvím. Věnují pozornost rodinnému životu a zaměstnání. Uvádějí, že je nutné oddělit tyto dvě složky především v rodinách s menšími dětmi. Pouze dvě matky uvádějí jako své koníčky péči o dítě (tba.2) .Z výsledků vyplývá, že ženy velmi často upozorňuji na omezenou dostupnost mateřských center (tab. 3). Někteří autoři zdůrazňují, že až v souvislosti s existencí mateřských či rodičovských center se životní styl žen na rodičovské dovolené v oblasti volnočasových aktivit zlepší (Wágnerová, 2009; Nováková, Kolínská, 2012). Mateřské centrum je subjekt, který sdružuje zpravidla osoby na rodičovské dovolené, zejména matky a jejich děti, případně další rodinné příslušníky, za účelem společného trávení volného času (www.olivy-os.cz).Mateřské centrum plní hlavně sociální a výchovně-vzdělávací funkci. Programy mateřského centra se zaměřují nejen na volnočasové aktivity pro děti (výlety, hry, dětská odpoledne apod.), ale i na svépomocné vzdělávací aktivity rodinných příslušníků, především žen na mateřské dovolené, které při pobytu s dítětem doma ztrácejí kontakt s veřejným životem. V podstatě pomáhají především ženám na mateřské a rodičovské dovolené

zapojit se do veřejného života, snížit pocity deprivace, které vznikají na základě omezeného kontaktu s veřejností Pro činnost mateřských center je částečně výhodné, že nejsou dotčena ani zákonem o školských ani nespadají do systému sociálních služeb dle zákona o sociálních službách. Tím je dána značná programová rozmanitost jednotlivých mateřských center. Z druhé strany je omezený přístup finanční podpory.V České republice je těchto mateřských center celá škála, tvoří síť. Centra mají sice různá obsahová zaměření, ale spolupracují. Společné pro ně je, že sdružují matky na mateřské dovolené. Jejich činnost je většinou zachycena a probírána na internetu. K dispozici jsou časté závěrečné studentské práce, které mají velmi dobrou úroveň. Odborná, souhrnná, kvalifikovaná publikace týkající se mateřských center však na trhu chybí.

Organizační a obsahová náplň těchto center může být v různých státech rozdílná. Na Slovensku problematika mateřských center je zhruba stejná jako v České republice. Od roku 2003 zde funguje Unie mateřských center. V Polsku síť právě vzniká. V Bulharsku síť neexistuje, fungují pouze dvě centra, která poskytují aktivity ve smyslu sociálních služeb, pracují s romskými ženami. V Maďarsku síť neexistuje, ale centra spolu komunikují. Ve Spojených státech centra (tzv. Family Centre) existují hlavně pro účely pomoci rodinám a jedincům jako například dětem v nesnadných finančních a sociálních situacích. Většina programů je řízena americkým Ministerstvem zdravotnictví a sociálních věcí (HHS DCD, 2014). Pokud bychom hledali mateřská centra, kde se budou setkávat matky po porodu svých dětí s jinými matkami a dětmi, našli bychom je spíše pod různými názvy v místní komunitě, a to dle státu v USA, kde jsou velmi populární laktační konzultantky z La LecheLeague, které spolupracují s nemocnicí již při porodu dítěte a nadále vedou setkávání kojících matek a jejich dětí přímo v prostorách nemocnic, tzv. mother-to-mother support groups (Moss, 2013). Dalším velmi populárním prostorem bývají knihovny, které vedou jednou týdně setkávání matek s dětmi rozdělené dle věku na novorozence a batolata. Hodinu vedou pracovnice knihovny a obsahuje čtení dětem, hudbu a hru s dětmi. V druhé polovině setkání si děti volně hrají a matky si vyměňují zkušenosti a názory (Lack, 2016). Města mívají i svá kulturní a umělecká centra, kde matky učí své děti od půlroku jejich života hudbě (Lack, 2016). Populární jsou i kurzy jógy a taneční a pohybové kurzy, kde již není čas pro rodiče k výměně názorů (Moss, 2013).

Zde je vhodné připomenout, že volnočasovými aktivitami žen na mateřské dovolené v českých podmínkách se zabývá Kolínská (2007) a velmi podrobně studentské práce z roku 2007, respektive z roku 2015 Junáškové a Havlíčkové z Univerzity Tomáše Bati ze Zlína.

Je nutné upozornit na skutečnost, že v době studie nebyla v dané komunitě činnost mateřského centra plně rozvinuta. Náplň a obsah jeho činnosti se však v centru nyní postupně rozvíjí. Jistě by se některé odpovědi částečně změnily, ale zásadní rozdíl by v odpovědích zřejmě nebyl. Autoři se domnívají, že hlavním problémem je nedostatečná dopravní infrastruktura. Rodiče do center musí pochopitelně dojíždět, a tím je využití center omezené.

ZÁVĚR

Studie upozorňuje na omezené možnosti trávení volného času matek na rodičovské dovolené žijících v malých obcích. Upozorňuje organizace veřejné správy obcí, ve kterých matky žijí, na problematiku těchto žen a jejich rodin. Přímo v obcích je nedostatek příležitostí

pro aktivní trávení volného času matek s dětmi. Nedostatečná dopravní dostupnost omezuje účast v zařízeních v centru komunity, jako jsou bazén, mateřské centrum, divadlo atd. Důsledkem toho může být nedostatek sociálních kontaktů, sociální izolace, nedostatek seberealizace matek. Autoři upozorňují členy veřejné správy, aby věnovali větší pozornost rodinám s dětmi, vymezili finance z rozpočtu na aktivity s tím spojené, včetně dopravní infrastruktury.*Diskuse*Dle literárních údajůsituacematek se zlepšuje v rozšířených činnostechmateřských a rodičovských center.Obec by měla tyto aktivity buď finančně podporovat (když realizátorem je např. nezisková organizace), nebo sama realizovat**.**

Z provedeného výzkumu lze obecně sestavit obraz toho, jak žijí maminky na rodičovské dovolené v malých obcích ve vybrané komunitě.

LITERATURA

1. Abbott L, Langston A (2005). Birth to free matters: supporting the framework of effective practice. Maidenhead: McGraw-Hill International, ISBN 13: 978-0335215409. 178 p.
2. Bartáková H, Kulhavý V (2007). Rodina a zaměstnání II. Mladé rodiny. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, ISBN 978-80-87007-62-4. 82 p.
3. Doležalová H (2004). Nápady pro maminky na mateřské dovolené. Praha: Portál. ISBN 80-7367-119-0.
4. Duffková J, Urban L, Dubský J (2007). Sociologie životního stylu. Praha: Policejní akademie České republiky, ISBN 978-80-7251-266-9. 125 p.
5. Fryjaufová E (2007). Mateřská a rodičovská dovolená v otázkách a odpovědích (nejen pro maminky). Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-1454-4.
6. Hajduch O (2010). Sídla ČR. [online] [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: http://geo.hajduch.net/cesko/sidla
7. Havlíčková M (2015). Volnočasové aktivity žen na rodičovské dovolené – mateřská centra. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 55 p. Dostupné také z: http://hdl.handle.net/10563/36979. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií. Vedoucí práce Monika Tannenbergerová.
8. Hendl J (2005). Kvalitativní výzkum. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-485-4. 408 p.
9. Herrmannová J, Kolínská R, Slauková L (2003). Síť mateřských center v České republice. [online] [cit. 2017-05-10]. Dostupné z: http://sitprorodinu.cz/assets/media/files/Publika%C4%8Dn%C3%AD%20%C4%8Dinost/MC_sbornik_cely.pdf
10. HHS DCD (2014). Where can I find information on programs for children. U.S. Department of Health and Human Services. [online] [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: https://www.hhs.gov/answers/programs-for-families-and-children/where-can-i-find-information-on-programs-for-children/index.html
11. Höhne S, Kuchařová V, Svobodová K, Šťastná A, Žáčková L (2010). Rodina a zaměstnání s ohledem na rodinný cyklus. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, ISBN 978-80-7416-059-2. 108 p.

12. Junášková M (2007). Volný čas žen na mateřské dovolené a způsob jeho trávení. Zlín. [online] [cit. 2017-03-27]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Jarmila Celá.
13. Lack E (2016). Findingfriends: How to meet other new parents. Baby Center. [online] [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: https://www.babycenter.com/0_finding-friends-how-to-meet-other-new-parents_10302004.bc
14. Marksová-Tominová M (2009). Rodina a práce – jak je sladit a nezbláznit se. Praha: Portál, ISBN 9788026201205. 160 p.
15. Město Třeboň (2014). Místní části Třeboně. [online][cit. 2014-02-20]. Dostupné z: http://www.mesto-trebon.cz/cz/mestsky-urad-trebon/mistni-casti-trebone.html
16. Moss W (2013). How to meet other new moms. Rookie Moms. [online] [cit. 2016-08-16]. Dostupné z: http://www.rookiemoms.com/how-to-meet-other-new-moms/
17. Nováková M, Kolínská R (2012). Co přineslo první mateřské centrum. Máma a já. ORBIS IN, s. r. o., pp. 110–111.
18. Pásková M, Zelenka J (2012) Výkladový slovník cestovního ruchu – kompletně přepracované a doplněné 2. vydání.Praha: Linde. ISBN 978-80-7201-880-2.
19. Pávková J, Hájek B, Hofbauer B, Hrdličková V, Pavlíková A (2002). Pedagogika volného času. 3. vyd. Praha: Portál, ISBN-10: 80-7178-711-6. 231 p.
20. Petrusek M, Balon J (2011). Společnost naší doby. Praha: Academia, ISBN 978-80-200-1965-3. 155 p.
21. Rydvalová R, Junová B (2011). Jak sladit práci a rodinu… a nezapomenout na sebe. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3578-8. 152 p.
22. Spousta V (1996). Metody a formy výchovy ve volném čase. Brno: Pedagogická fakulta. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, ISBN 80-210-1274-9. 40 p.
23. Šmolka P (2011). Jak přežít mateřskou. Praha: Grada, 106 p. ISBN 978-80-247-3083-7.
24. Špaček O, Šafr J (2008). Odlišnosti kulturního vkusu společenských vrstev – co nás baví ve volném čase? [online] [cit. 2013-12-01]. Dostupné z: http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/153_socioweb_6_08
25. Velký sociologický slovník (1996). Praha: Karolinum.
26. Wágnerová A (2009). Mateřská centra pro celou rodinu. Máma a já. ORBIS IN, s. r. o., pp. 94–95.

Adresa korespondenčního autora:
Prof.MUDr. Miloš Velemínský,CSc, dr.h.c.,
Dukelská 160,
37901,Třeboň
Email: mveleminsky@tbn.cz
telefon 602118683

❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o., v Bratislave
Slovenská republika
Združenie sestier Vojvodiny, Republika Srbsko
Komora sociálných pracovníkov Srbska, Republika Srbsko

z príležitosti 10. výročia pôsobenia Ústavu Martina Luthera v Báčskom Petrovci
Vojvodina, Republika Srbsko

usporiada a zároveň si dovoľuje Vás pozvať na

13. medzinárodnú vedecko-odbornú konferenciu

„Zdravotnícke a sociálne problémy 21. storočia“

v dňoch 20. – 21. októbra 2017 v Báčskom Petrovci,
Vojvodina, Republika Srbsko

Cieľom konferencie je akcentovať spoluprácu z oblasti zdravotníctva, ošetrovateľstva, sociálnej práce a v pomáhajúcich profesiách pri zabezpečení zdravia a zdravotno-sociálnej starostlivosti v 21.storočí. Aktívna účasť je možná v pléne alebo v posterovej sekcii. Príspevky a postery budú publikované v recenzovanom zborníku.

Tématické zameranie konferencie:

Povolanie sestry v zdravotníckom systéme v EÚ a v Srbsku
Možnosti ošetrovania, diagnostiky a liečby v 21. storočí
Civilizačné choroby 21. storočia
Profesia sociálneho pracovníka v EÚ a v Srbsku
Pozícia sociálneho pracovníka v zdravotníckych zariadeniach
Perspektívy v sociálnej starostlivosti v 21. storočí
Varia

Začiatok konferencie je plánovaný na 20. 10. 2017 o 13.00 hod

Podrobnejšie informácie budú zasielané záujemcom v I. informácii.
Vašu predbežnú účasť s názvom príspevku a štruktúrovaným abstraktom
v domácom aj anglickom jazyku prosíme nahlásiť na:
e-mail: **konferenciabc.petrovec2017@gmail.com**

do 15. septembra 2017

TEŠÍME SA NA VAŠU ÚČASŤ!

Záväzná prihláška

na 13.medzinárodnú vedecko-odbornú konferenciu

„Zdravotnícke a sociálne problémy 21.storočia“

13. Međunarodna naučno – stručna konferencija

“ZDRAVSTVENI I SOCIJALNI PROBLEMI 21 VEKA”

v dňoch 20. – 21. októbra 2017 v Báčskom Petrovci, Vojvodina,

20 – 22. Oktobar 2017, Bački Petrovac, Vojvodina, Republika Srbija

Miesto konania: Ústav sociálnej práce Martina Luthera v Báčskom Petrovci

JNA 45, 1470 B a c s k y P e t r o v a c, Republika Srbsko

20 – 22. Oktobar 2017, Bački Petrovac, Vojvodina, Republika Srbija

Meno, priezvisko, titul účastníka: .....

Organizácia, zamestnanie: .....

Kontaktná adresa: .....

Tel. kontakt: ..... E-mail: .....

Účasť: aktívna ☐ pasívna ☐

Forma prezentácie: prednáška ☐ poster ☐

Spoločenský večer: áno (15 Eur) ☐ nie ☐

21.10.2017 o 19.00h Slávnostná večera / Svečana večera Restoran Alexandrija Bački Petrovac

Názov príspevku:

.....

.....

.....

.....

Autori a ich pracovisko:

.....

.....

.....

.....

Poplatky za registráciu:

Zjazdový poplatok - 45,- € / (za učesnike iz Srbije u dinarskoj protivvrednosti)
(poplatok je bez rozdielu počtu dní, ktorých sa zúčastníte)
Študenti (predloženie indexu) - 15,- €
Každý účastník zasiela prihlášku samostatne.
Kotizácia zahrňuje: označenie, mteriál, koktejl na začiatku konferencie, kávu a pečivá, počas prestávok, obed 21.10.

ÚSPEŠNÁ LIEČBA POPÁLENIN PRÍPRAVKOM JODERMAL A® KAZUISTIKA

SUCCESFUL TREATMENT OF BURNS WITH DRUG PRODUCT JODERMAL A® : A CASE REPORT

Beňo P.
Trnavská Univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Abstrakt: popisujeme prípad úspešnej liečby popáleniny u študentky vysokej školy vo veku 24 rokov. Úraz: popálenina krku, zápästia, hrude, poprsia a časti brucha dosahujúcej na najkritickejších miestach stupeň 2B bola spôsobená obliatím dvomi veľkými pohármi naplnenými čerstvo zaliatou kávou, pričom sa do otvorenej ranydostala kávová usadenina.
Liečba: prípravkom Jodermal A®, podnetom k jeho vytvoreniu bol uvedený úraz.
Záver: rýchly priebeh liečby umožnil pacientke cestu do zahraničia na piaty deň po prvej aplikácii prípravku.
Kľúčové slová: liečba popáleniny, prípravok s organickým jódom, Jodermal A®

Abstract: We describe a case of successful treatment of burns in the student of high school at the age of 24 years. **Injury:** burn of the skin of the neck, wrist, chest, breasts and abdomen with the most critical points of the graded 2B caused by two large glasses of freshly prepared coffee, Patient got coffee grounds into her open wound.
Treatment: by drug product Jodermal A®, an impulse to its creation has been this case.
Conclusion: a quick course of treatment allowed the patient to travel abroad on the fifth day after the first application of the product.
Keywords: burn treatment, drug product with organic jodine, Jodermal A®

Pacient: mladé dievča vo veku 24 rokov. Študentka vysokej školy.
Anamnéza: Výskyt akné na tvári. Ako iné mladé dievčatá v tomto vekovom období sa snažila venovať dostatok starostlivosti pleti, ako aj pokožke tela. Počiatkom novembra 2015 nešťastnou náhodou (v situácii, aké sa v živote vyskytnú a ktorým sa nedá alebo je ťažko zabrániť) obliata dvomi veľkými pohármi naplnenými kávou čerstvo zaliatou predtým zovretou vodou. Nešlo pritom o žiadne malé šáločky s kávou, ako sa bežne servíruje v cukrárni, ale skôr o „statné“ vysoké poháre. Káva v nich nebola prekvapávaná, ale zalievaná. Táto udalosť sa podpísala na pokožke pacientky okrem iného aj tým, že sa jej do otvorených rán dostala aj kávová usadenina.
Diagnóza: Podľa lekárskeho nálezu išlo o popáleninu 2. stupňa kategórie B. Popálený bol krk pacientky a zápästie jednej ruky, no najviac si to odniesla hruď, poprsie a časť brucha pod nimi. Na najkritickejších miestach dosahovali popáleniny stupeň 2 B (Obr. 1). Mimoriadne silná bolesť a predstava, že telo bude natrvalo poškodené, a to zvlášť v miestach, ktoré sú pre ženu veľmi citlivé - hruď, boli najvýraznejšími pocitmi, ktoré pacientka prežívala počas prvých dní, kedy indisponovaná ležala v obväzoch. Po približne dvoch týždňoch lekár odporúčal pacientke dať si obväzy dole, aby vzdušný kyslík mal prístup k ranám, čím by sa lepšie zotavili. Okrem zhrozeného pohľadu na „surovú“ červenú, miestami hnisajúcu kožu

pacientku sprevádzala aj obrovská bolesť, ktorá sa vyskytovala i pri najmenšom dotyku. Na popálených miestach nedokázala zniesť žiadny iný prípravok okrem odvaru z repíka lekárskeho (Agrimonia eupatoria).

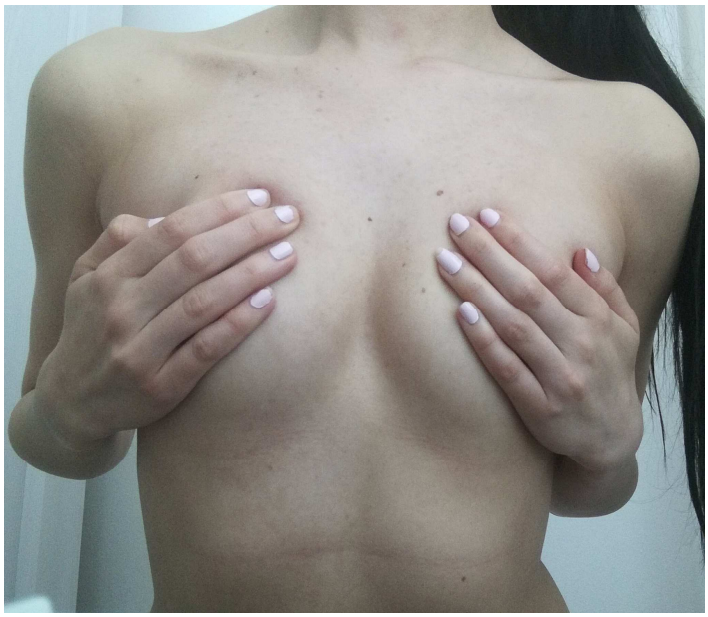
Obr. 1. Obväzy dole, po 10. dni po obliatí kávou

Liečba: Obrat v priebehu liečby nastal po použití maste JODERMAL A®. Prípravok obsahuje organický jód naviazaný na masťový základ Ambidermanu, ktorý svojím zložením umožňuje dobrú roztierateľnosť a vstrebateľnosť v mieste aplikácie. Masť má lokálny antiseptický, antiflogistický, hyperemizujúci účinok. Zlepšuje cirkuláciu krvi, čím znižuje zápal a opuch v mieste podania. Prekrvením miesta aplikácie podporuje v tkanivách procesy vstrebávania a hojenia, čím prispieva k rýchlejšej regenerácii postihnutého miesta. Prípravok Jodermal A stimuluje hojenie veľkých i menších rán, znižuje riziko infekcie v rane, zmierňuje podráždenie pokožky a pomáha redukovať svrbenie. Podľa údajov pacientky, všetky popálené miesta si dôkladne ponatierala. Bolesť cítila najmä pri dotyku rúk, ale keď s natieraním skončila, masť ostávala na ranách bez toho, aby pociťovala pálenie či bolesť. Účinok maste poskytol úľavu od bolesti, čo bolo pre pacientku nesmierne povzbudivé. Masť si natierala podľa pokynov poskytnutých farmaceutickou zástupkyňou kolektívu fy Joda Organika niekoľkokrát do dňa, pre lepšie hojenie každý deň. Rany sa rýchlo hojili a koža na hrudníku sa zocelila. Ostali po nej len začervenané miesta (Obr. 2).

Obr. 2. 4. Deň liečby

Okrem masti počas liečby užívala aj výživový doplnok JODA ORGANIKA s organickou formou jódu v tekvicovom oleji. Tento prípravok bol v r. 2010 certifikovaný ako výživový doplnok OLEJOVITA®, schválený Úradom verejného zdravotníctva certifikátom č. 060/2010/N. V roku 2016 bol produkt premenovaný a certifikovaný (č. 006/2016/N) pod novým názvom JODA ORGANIKA®.

Záver: Vzhľadom k bolestivosti pri každom dotyku po prvom sňatí obväzov sa nedalo predpokladať rýchle zlepšenie, čo sa pacientke napokon po používaní prípravku JODERMAL, vďaka priaznivému stavu kože, podarilo. Po krátkom čase (piaty deň od začiatku liečby) mohla cestovať do zahraničia. Pri kontrolnej prehliadke po roku lekár konštatoval, že po popáleninách neostali jazvy a takmer žiadne pamiatky (Obr. 3).



Obr. 3. Rok po úraze.

Poďakovanie: Poďakovanie pacientky patrí kolektívu a pracovníčke fy Joda Organika za masť, ktorej spúšťačom vytvorenia boli jej popáleniny. Zároveň na základe vlastných skúseností môže jej užívanie odporúčať všetkým s rôznymi poraneniami alebo infekciami kože.

Fotografie poskytnuté pacientkou a uverejnené so súhlasom pacientky.

Text kazuistiky spracovaný na základe údajov poskytnutých pacientkou a autorizovaný schválením a súhlasom firmy Joda Organika

Kontakt na výrobcu:
tel: +421905662466
email: candova@jodaorganika.sk; web: http://www.jodaorganika.sk/
Kontakt na autora:
Doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave, Katedra LVMvZ,
918 43 Trnava; e-mail: pavol.beno@truni.sk

⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕⁕

NEPRIHOJENÁ PLASTIKA PO EXTIRPÁCII MELANÓMOV NA PREDKOLENÍ PRAVEJ DOLNEJ KONČATINY KAZUISTIKA

UNHEALED PLASTY AFTER MELLANOMA EXTIRPATION IN BELLOW -KNEE ON THE RIGHT LOWER LIMB: A CASE REPORT

Jung M.
ADOS Malacky

Abstrakt
Popisujeme kazuistiku u onkologickej pacientky s neprihojenou plastikou po extirpácii melanómov na predkolení pravej dolnej končatiny. Rany onkologického charakteru boli po celý čas terapie ošetrované roztokom a hydrogelom Microdacyn® hydrogel – produkty na báze superoxidovaného roztoku. Ošetrovanie bolo atraumatické, pre pacientku komfortné, keďže roztok v rane neštípe a nedráždi. Proces hojenia bol plynulý, v exsudačnej fáze prebehlo čistenie rany podľa očakávanie.

Kľúčové slová: extirpácia melanómu, Microdacyn® hydrogel

Abstract
We describe a case analysis in cancer patients with neprihojenou after extirpation on the right lower limb melanoma sculpted legs. The wounds were treated with the therapy of cancer nature all the time and hydrogelom Microdacyn hydrogel - products based on superoxide solution. Treatment was atraumatic comfortable for the patient, because the solution in wound is not burny and it is non-irritant. The healing process was smooth, in the exsudation phase of the operation was wound by cleaning according the expectation.

Keywords: mellanoma extirpation, Microdacyn® hydrogel

Pacient: s onkologickým ochorením. Národný onkologický ústav (NOÚ) Klenová, Bratislava. Hospitalizácia 4.2.2017 – 19.2.2017.
Liečba: klientke boli odstraňované melanómy (Obr. 1). Plastika sa neprihojila.

Po plastike viditeľné nekrotické ložiská, zápal (Obr. 2, Obr. 3). Pacientka bola v takom stave prepustená z onkológie.
Diagnóza: neprihojená plastika po extirpácii melanómov na predkolení pravej dolnej končatiny (PDK)
Stav rán po prepustení: mierny zápal a bolestivosť. Po dvoch dňoch urobený ster K+C z dôvodu zhoršenia zápalu. Na základe výsledkov mikrobiologickej kultivácie nasadené antibiotikum ciprofloxacin (prípravok Ciphin 500 mg) a lokálne na aplikáciu do rany prípravok Pamycon. Po preliečení zápal ustúpil, rana prestala bolieť.

Obr. 1. Melanómy 2/2017 pred zákrokom

Obr. 2 Rany 19.2.2017

Obr. 3. Rany 21.2.2017

Ošetrenie rán: denne.

Spôsob ošetrenia: Vyčistenie/ dezinfekcia rán Microdacyn® roztok, lokálne Microdacyn® hydrogel, na začiatku terapie pridané alginátové vlákna so striebrom

Dve rany na predkolení PDK veľkosti cca 4 x 3,5 cm a 3,5 x 2,8 cm. Okolie rán v tomto období momentálne bez známok zápalu, mierna sekrécia. Nekrotické povlaky zhrubnuté, odstraňované 4.4.2017 (iba jemne sterilne skalpelom a pinzetou) nakoľko citlivosť umožnila. Inak sa rana dočisťovala gélom (Obr. 4).

Obr. 4. Rany 07.04.2017

Spôsob ošetrenia:
Vyčistenie/ dezinfekcia rán Microdacyn® roztok, lokálne Microdacyn® hydrogel. Malá ranka v boku vyhojená (Obr. 5, Obr. 6).

Obr. 5. 6/2017, rany vyhojené.

Obr. 6. Rany po plastike vyhojené

Záver

Rany onkologického charakteru boli po celý čas terapie ošetrované roztokom a hydrogelom Microdacyn® – produkty na báze superoxidovaného roztoku. Ošetrovanie bolo atraumatické, pre pacientku komfortné, keďže roztok v rane neštípe a nedráždi.

Proces hojenia bol plynulý, v exsudačnej fáze prebehlo čistenie rany podľa očakávanie.

Fibrínové povlaky boli odstraňované mechanickým debridementom gázovými štvorcami a roztokom Microdacyn®.

Roztok ranu nevysušoval, bez obáv je použiteľný aj na zdravé tkanivo taktiež na okraje rany bez toho, aby pokožku maceroval. Hydrogel preukázal veľmi dobré čistiace vlastnosti.

Kontakt e-mail: andrej.filo@acare.sk