

Vol. 15 No. 2 2020
ISSN 1336-9326 print
e-ISSN 2644-5433

ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PRÁCE

HEALTH AND SOCIAL WORK

Medzinárodný vedecký časopis zdravotníctva,
ošetrovateľstva, laboratórnych a vyšetrovacích
metód, pedagogiky a sociálnej práce

*International scientific journal of Health, Nursing,
Laboratory Medicine, Education and Social Work*

Editor: prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc.



www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk
www.zdravotnictviasocialniprace.cz



Vydavateľstvo Slovenská republika
SAMOSATO, s.r.o., Bratislava
Vydavateľstvo Česká republika
Maurea, s.r.o., Plzeň



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 konferenčné miestnosti v budove

celkovo 10 000 m² kancelárskych priestorov

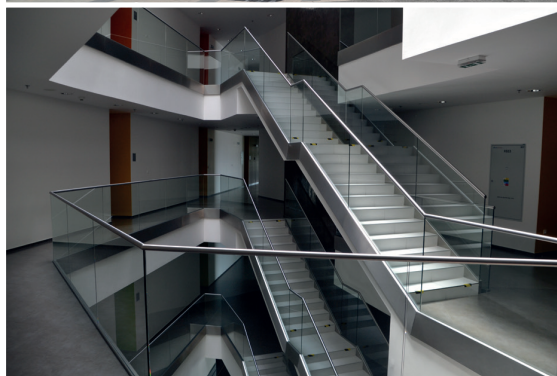
AIRCRAFT DIAGOSTIK COMPANY s.r.o.

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 fitness centrum, ktoré sa nachádza na ploche 3000 m². Jednou z najväčších výhod fitness centra je jeho rozloha. Keď raz prídete k nám, všetky ostatné fitness centrá sa Vám budú zdať malé. K fitness centru patrí aj bar, kde si môžete dať kávu alebo pred-tréningový shake. Medzi iné vybavenie v našom fitness centre patria spinningové bicykle, hrubé Watson tyče, kettlebells, strongman zóna so štedrým strongman vybavením, vzpieračské pódia a silové kliečky.

Bojové športy
Rehabilitácie
Strongman
Craft camp
Wellness

Box club
Riddim Dance
Dance Station
Aerobik
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:



ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA
ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PRÁCE

**Časopis zdravotníctva, ošetrovateľstva,
laboratórnych vyšetrovacích metód,
pedagogiky a sociálnej práce**

Medzinárodný vedecký časopis Vysokkej školy
zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o.,
v Bratislave

HEALTH AND SOCIAL WORK

**Journal of Health, Nursing, Laboratory
Medicine, Education and Social Work**

International Scientific Journal St. Elizabeth
University of Health and Social Work Bratislava

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

Editor: prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc.
Co-editor: doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc.
Redakcia: prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. (šéfredaktor)
doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc. (tajomník redakcie)
PhDr. Ing. Martin Samohýl, PhD. (výkonný redaktor)
Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD. (odborný redaktor)
PhDr. Zoja Csoková, PhD. (technický redaktor)

Redakčná rada / Editorial Board:

doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc. (Trnava, Slovakia)
doc. PhDr. Anna Bérešová, PhD. (Košice, Slovakia)
doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD. (Trnava, Slovakia)
prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD. (Prešov, Slovakia)
doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD. (Košice, Slovakia)
prof. MUDr. Štefan Durdík, PhD. (Bratislava, Slovakia)
prof. MUDr. Peter Fedor-Freybergh, DrSc. (Bratislava)
prof. MUDr. et PhDr. et Mgr. Alena Furdová, PhD., MPH,
MSc. (Bratislava, Slovakia)
prof. MUDr. Štefan Galbavý, DrSc., Dr.h.c. (Bratislava,
Slovakia)
prof. MUDr. Anton Gúth, CSc. (Bratislava, Slovakia)
MUDr. Mikuláš A. Haľko (New York, USA)
prof. MUDr. Štefan Hrušovský, CSc., Dr SVS (Bratislava)
prof. MUDr. Peter Juriš, CSc. (Košice, Slovakia)
doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD, m.prof. (Příbram,
Czech republic)
prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD. (Rožňava, Slovakia)
doc. Dr. Andrzej Knapik, PhD. (Katowice, Poland)
doc. PhDr. Nadežda Kovalčíková, PhD. (Trnava, Slovakia)

Univ.prof. PhDr. Vlastimil Kozon, PhD. (Wien, Austria)
prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc, Dr.h.c.mult.
(Bratislava, Slovakia)
doc. Mgr. Elena Lisá, PhD. (Bratislava, Slovakia)
doc. PaedDr. Ilona Mauritzová, PhD. (Plzeň, Czech rep.)
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. (Praha, Czech republic)
prof. PhDr. Michal Oláh, PhD. (Bratislava, Slovakia)
doc. RNDr. Eugen Ružický, CSc. (Bratislava, Slovakia)
prof. MUDr. Anna Sabová, PhD. (Novi Sad, Serbia)
prof. PhDr. Milan Schavel, PhD. (Bratislava, Slovakia)
prof. MUDr. Jaroslav Slaný, PhD. (Trnava, Slovakia)
doc. MUDr. Jana Slobodníková, CSc., m.prof. (Trenčín,
Slovenská republika)
prof. MUDr. Peter Šimko, PhD. (Bratislava, Slovakia)
prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. (Bratislava, Slovakia)
prof. MUDr. Igor Šulla, DrSc. (Košice, Slovakia)
prof. MUDr. Zdenko Tomić, PhD. (Novi Sad, Serbia)
prof. PhDr. Valerie Tóthová, PhD. (České Budejovice, Czech
republic)

Časopis je indexovaný v databázach / Journal is indexed in:

CEEOL, Bibliographia Medica Slovaca (BMS) a zaradený do citačnej databázy CiBaMed

Časopis je recenzovaný. Za obsahovú a formálnu stránku zodpovedajú autori. Texty neprešli jazykovou korektúrou.

Pretlač je dovolená s písomným súhlasom redakcie. Nevyžiadané rukopisy sa nevracajú.

EV 4111/10, Zaregistrované MK SR pod číslom 3575/2006 • Zaregistrované MK ČR pod číslom E 19259 •

ISSN 1336-9326 print • e-ISSN 2644-5433 • 4 vydania ročne • Nepredajné

Zdravotníctvo a sociálna práca • Volume / Ročník 15, Number / Číslo 2, 2020. Vyšlo dňa 17.04.2020.

Link na online verziu časopisu: www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk; www.zdravotnictviasocialniprace.cz

Adresa redakcie

Časopis Zdravotníctvo a sociálna práca,
Klinika stereotaktickej rádio-chirurgie,
OUSA, SZU a VŠZaSP sv. Alžbety,
Heydukova 10, 812 50 Bratislava,
Slovenská republika. číslo účtu:
2925860335/1100. SR. Adresa
redakcie pre zaslanie rukopisov:
e-mail: msramka@ousa.sk

Vydavateľstvo SR

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

**Vydavatelství
ČR**

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

Objednávky pre SR a ČR

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

Recenzenti / Reviewers

doc. PharmDr. **Pavol Beňo**, CSc.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Trnavská univerzita v Trnave, Trnava,
Slovenská republika

prof. PhDr. **Anna Bérešová**, PhD.
Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa
Šafárika v Košiciach, Košice, Slovenská
republika

doc. PhDr. **Jana Boroňová**, PhD.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Trnavská univerzita v Trnave, Trnava,
Slovenská republika

doc. PhDr. **Lucia Ludvigh Cintulová**, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce
sv. Alžbety, Bratislava, Nové Zámky,
Slovenská republika

prof. PhDr. **Pavol Dancák**, PhD.
Gréckokatolícka teologická fakulta,
Prešovská univerzita v Prešove, Prešov,
Slovenská republika

doc. PhDr. **Lucia Dimunová**, PhD.
Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa
Šafárika v Košiciach, Košice, Slovenská
republika

prof. MUDr. **Štefan Durdík**, PhD.
Klinika onkologickej chirurgie LFUK
a OÚSA, Lekárska fakulta, Univerzita
Komenského, Bratislava, Slovenská
republika

prof. MUDr. **Peter Fedor-Freybergh**,
DrSc.
Ústav prenatalnej a perinatálnej
psychológie, medicíny a sociálnych vied,
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce
sv. Alžbety, Bratislava, Slovenská republika

prof. MUDr. et PhDr. et Mgr. **Alena
Furdová**, PhD., MPH, MSc.
Klinika oftalmológie LF UK a Univerzitná
nemocnica Bratislava, Lekárska fakulta,
Univerzita Komenského, Bratislava,
Slovenská republika

prof. MUDr. **Štefan Galbavý**, DrSc., Dr.h.c.
Ústav súdneho lekárstva LF UK, Lekárska
fakulta, Univerzita Komenského, Bratislava,
Slovenská republika

Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave,
Trnava, Slovenská republika

prof. MUDr. **Anton Gúth**, CSc.
Klinika fyziatrie, balneológie a liečebnej
rehabilitácie SZU a UNB, Slovenská
zdravotnícka univerzita, Bratislava,
Slovenská republika

MUDr. **Mikuláš A. Haľko**
(New York, USA)

prof. MUDr. **Štefan Hrušovský**, CSc., Dr
SVS
Ústav zdravotníckych disciplín, Vysoká
škola zdravotníctva a sociálnej práce sv.
Alžbety, Bratislava, Slovenská republika

prof. MVDr. **Peter Juriš**, CSc.
Lekárska fakulta, Pavla Jozefa Šafárika v
Košiciach, Košice, Slovenská republika

prof. PhDr. **Dagmar Kalátová**, PhD,
Ústav sv. Jana N. Neumanna, Vysoká škola
zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety,
Příbram, Česká republika

prof. PhDr. **Mária Kilíková**, PhD.
Detašované pracovisko bl. Sary
Salkaháziovej Kósu Schoppera, Vysoká
škola zdravotníctva a sociálnej práce sv.
Alžbety, Rožňava, Slovenská republika

doc. PhDr. **Nadežda Kovalčíková**, PhD.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Trnavská univerzita v Trnave, Trnava,
Slovenská republika

Univ.prof. PhDr. **Vlastimil Kozoň**, PhD.
(Wien)
Allgemeines Krankenhaus – Medizinischer
Universitätscampus Direktion des Pflege-
dienstes POE Bereich klinische Pflege-
wissenschaft, Währinger Gurtel, Austria

prof. MUDr. **Vladimír Krčmery**, DrSc,
Dr.h.c.mult.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce
sv. Alžbety, Bratislava, Slovenská republika

doc. Mgr. **Elena Lisá**, PhD.
Ústav školskej a pracovnej psychológie,
Paneurópska vysoká škola, Bratislava,
Slovenská republika

doc. PaedDr. **Iлона Mauritzová**, PhD.
Fakulta zdravotníckych štúdií, Západočeská
univerzita v Plzni, Plzeň,
Česká republika

prof. PhDr. **Michal Oláh**, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce
sv. Alžbety, Bratislava, Slovenská republika

doc. RNDr. **Eugen Ružický**, CSc.
Fakulta informatiky, Paneurópska vysoká
škola, Bratislava, Slovenská republika

prof. MUDr. **Anna Sabová**, PhD.,
Inštitút Martina Luthera, Vysoká škola
zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety,
Bc. Petrovec, Nový Sad, Srbsko

PhDr. Ing. **Martin Samohýl**, PhD.
Lekárska fakulta Univerzity Komenského,
Bratislava, Slovenská republika

prof. PhDr. **Milan Schavel**, PhD.,
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce
sv. Alžbety, Bratislava, Slovenská republika

prof. MUDr. **Jaroslav Slaný**, PhD.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Trnavská univerzita v Trnave, Trnava,
Slovenská republika

doc. MUDr. **Jana Slobodníková**, CSc.,
m.prof.
Fakulta zdravotníctva, Trenčianska
univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne,
Trenčín, Slovenská republika

prof. MUDr. **Peter Šimko**, PhD.
Lekárska fakulta, Slovenská zdravotnícka
univerzita v Bratislave, Bratislava,
Slovenská republika

prof. MUDr. **Miron Šramka**, DrSc.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce
sv. Alžbety, Bratislava, Slovenská republika

prof. MUDr. **Igor Šulla**, DrSc.
Univerzita veterinárskeho lekárstva a
farmácie v Košiciach, Košice, Slovenská
republika

prof. PhDr. **Valerie Tóthová**, PhD.
Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská
univerzita v Českých Budějovicích, České
Budějovice, Česká republika

OBSAH / CONTENT

Editoriál

Miron Šramka	iv
--------------	----

Sociálna práca / Social Work

Social Services in the Slovak republic and their Significance for the Roma People	
Sociálne služby v Slovenskej republike a ich význam pre Rómov	53
Andrea Gallová, Michal Valach	

Sexuálne rizikové správanie - prostitúcia	
Sexual Risk Behavior - Prostitution	64
Zuzana Kotlárová	

Zdravotníctvo / Health

Trampolína: Nadšenie alebo skepsa? Trampolínové úrazy u detí	
Trampoline: Passion or Scepticism? Children Trampoline Injuries	70
Jozef Kubašovský, Ján Slávik, Peter Polan, Ján Perduk, Július Evelley	

Ošetrovateľstvo / Nursing

Motivačné faktory celoživotného vzdelávania sestier	
Motivation Factors of Nurses Lifelong Learning	80
Gabriela Štefková, Erika Rosiarová	

Poruchy sluchu u detí a možnosti ich rehabilitácie	
Hearing disorders in children and possibilities of their rehabilitation	86
Jana Boroňová, Jaroslav Stančiak, Pavol Beňo	

EDITORIÁL

Milí čitatelia,

časopis Zdravotníctvo a sociálna práca (Health and Social Work) začal vychádzať v roku 2006 na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce blaho-slaveného P. P. Gojdiča v Prešove Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave. V roku 2019 vychádzal v poradí 14. ročník časopisu.

Z odborného časopisu sa na základe kvality príspevkov čitateľov postupne vypracoval na vedecký časopis. Od roku 2009 sa stal nielen vedeckým časopisom ale aj medzinárodným časopisom. Vychádza v Slovenskej aj Českej republike. Od roku 2011 vychádza časopis, na Slovensku aj v Čechách, nielen v printovej forme 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 na internetovej adrese 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 tematické zameranie časopisu tak, že pokrýva jednak zdravotnícke odbory, ako sú Verejné zdravotníctvo, Ošetrovatel'stvo, 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.

Časopis vydáva Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave. Časopis vydáva aj Supplementum, do ktorého sa zaraďujú štruktúrované abstrakty z medzinárodnej konferencie organizovanej Vysokou školou zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave. V roku 2019 sa konferencia konala v Poľsku v meste Ustroń. Aj v roku 2020 sa konanie konferencie plánuje v Poľsku.

V záujme zvyšovania kvality časopisu, v súčasnosti už musia mať rukopisy príspevkov zaslané redakcii štruktúrovaný abstrakt. To znamená, že s výnimkou prehľadových článkov (review) už redakcia nebude akceptovať pôvodné (originálne) práce, ktoré autori pošlú s neštruktúrovanými abstraktmi a tieto budú autorom vracané na prepracovanie. Tomu predchádzala zmena inštrukcií pre spracovanie rukopisov príspevkov autormi a prechod na harvardský systém citovania literatúry zavedený v roku 2016 s cieľom priblížiť sa štandardu obvyklému v medzinárodných časopisoch vydávaných v anglickom jazyku z oblasti zdravotníctva a pomáhajúcich profesií. Pokračujeme v zaraďovaní príspevkov v anglickom jazyku. Našou dlhodobou snahou je, aby sa z časopisu stal postupne časopis stredoeurópskeho významu a bol zaradený do medzinárodných databáz.

V roku 2018 sa nám podarilo dosiahnuť zaradenie časopisu do databázy Central and Eastern European Online Library – CEEOL. V súčasnosti je časopis indexovaný v medzinárodnej databáze CEEOL a v slovenskej národnej databáze Bibliographia Medica Slovaca (BMS) a tiež indexovaný v slovenskej citačnej databáze CiBaMed. Od decembra 2019 je časopis v evaluácii databázy SCOPUS.

Prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc.
Šéfredaktor

SOCIAL SERVICES IN THE SLOVAK REPUBLIC AND THEIR SIGNIFICANCE FOR THE ROMA PEOPLE

SOCIÁLNE SLUŽBY V SLOVENSKEJ REPUBLIKE A ICH VÝZNAM PRE RÓMOV

Andrea GÁLLOVÁ, Michal VALACH

St. Elizabeth University of Health Care and Social Work, Bratislava, Slovakia

Corresponding author: Assoc. prof. Dr. Andrea Gálová, PhD., St. Elizabeth University of Health Care and Social Work, Nam. 1 Maja č. 1 Bratislava, 810 00 Slovakia, e-mail: gallova.andrea16@gmail.com

ABSTRACT **Introduction:** At present, social services are an important part of activities of public and non-public providers of social services in Slovakia. The current state of providing social services in Slovakia is based on the legislative framework, social policy of the state, the development of the European Union countries and the social development of our country. The currently valid law no. 448/2008 Coll. on social services regulates legal relations in the provision of social services, financing of social services and supervision of the provision of social services with public and non-public providers of social services.

Objective: The aims to find out why there is a low number of beneficiaries of the Roma ethnicity in facilities for seniors, as well as anchoring the general population theory with emphasis on Roma ethnicity in demand and supply at all levels of social services.

Core: Based on a look into the history of the life of the Roma ethnic group, their historical development, we will also focus on the perception of their life through the eyes of history. Social services are part of public services, which in modern European Union terminology are one of the corner stones of the European model of society. The research part identified the research problem. The research problem is the low number of beneficiaries of the Roma ethnicity in the facility for seniors, their low interest in placement in social services facilities. We have identified the stages of research and their implementation, research methods and finally we will collect and process all the research results. The research has two stages: the qualitative stage (interview) and the quantitative stage (questionnaire).

Conclusion: The aim of our contribution is to positively change the attitude, perception and importance of social services facilities for the citizens of the Roma ethnic group and to build and nurture in them confidence in these institutions.

Keywords: facilities for seniors; roma ethnic group; social factors; socio-economic factors

ABSTRAKT **Úvod:** V súčasnosti sú sociálne služby významnou časťou aktivít a činností verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb na Slovensku. Súčasný stav poskytovania sociálnych služieb na Slovensku vychádza z legislatívneho rámca, sociálnej politiky štátu, vývoja krajín Európskej Únie a od spoločenského vývoja našej krajiny. Súčasný platný zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, financovaní sociálnych služieb a dohľade nad poskytovaním sociálnych služieb u verejných i neverejných poskytovateľov sociálnych služieb.

Cieľ príspevku: Cieľom je zistiť dôvod, prečo je nízky počet prijímateľov rómskeho etnika v zariadeniach pre seniorov, ako aj zakotvenie teórie zovšeobecniteľnej na celú populáciu s akcentom na rómske etnikum v oblasti dopytu a ponuky na všetkých úrovniach poskytovania sociálnych služieb v zariadeniach verejných i neverejných poskytovateľov.

Jadro: Na základe pohľadu do dejín života rómskeho etnika, ich historického vývoja budeme sa venovať aj ponímaniu ich života očami histórie. Sociálne služby sú súčasťou verejných služieb, ktoré v modernej terminológii Európskej Únie tvoria jeden zo základných pilierov európskeho modelu spoločnosti. Vo výskumnej časti sa určil výskumný problém. Výskumným problémom je nízky počet prijímateľov rómskeho etnika v zariadení pre seniorov, ich nízky záujem o umiestnenie do Zariadení sociálnych služieb. Určili sme etapy výskumu a ich realizáciu, výskumné metódy a záverom budeme zbierať a spracovávať všetky výsledky výskumu. Výskum má dve etapy: etapa kvalitatívna (interview) a etapa kvantitatívna (dotazník).

Záver: Cieľom nášho príspevku je pozitívne zmeniť postoj, vnímanie a význam zariadení sociálnych služieb pre občanov rómskeho etnika a vybudovať a pestovať v nich dôveru k týmto inštitúciám, ktorých cieľom je zabezpečiť a poskytnúť kvalitné sociálne služby pre všetkých občanov, ktorí daný druh sociálnej služby potrebujú.

Kľúčové slová: zariadenie pre seniorov; rómske etnikum; sociálne factory; spoločensko-ekonomické faktory

INTRODUCTION

During the historical development of social services in the Slovak Republic the situation and level of social services were characterised by minimal participation of the receivers in dealing with the social situation, central decision-making performed by the state, and segregation of citizens with specific problems. Nowadays, social services are significant part of activities and actions performed by public as well as non-public providers of social services in Slovakia.

Quality of social services derive from important rules and principles, which provide adequate quality of living standards and provision of social services along with acceptance of individual and group needs of the receivers without any differences.

The aim is to point out an early and effective influence on man with the goal to motivate individuals to their own activity and ability to fully integrate themselves into the society throughout the historical development of social services in the Slovak Republic up to now.

At the same time, help of family is emphasised, because being an irreplaceable social institution it is the basis of human and democratic society.

Current state of social services provision in Slovakia is based on the legislation frame, social policy of the state, development of the countries in the European Union and societal development of our country. Social services are a significant activity since

they help the citizens to deal with an extraordinary life situation, in which they have found themselves.

Present legislation is based on the Council of Europe Action Plan to promote rights and full participation of people with disabilities in society in order to improve the quality of life of people with disabilities in Europe during the years 2014 – 2020. Starting concept is the concept of antidiscrimination and human rights, and in harmony with it the main goal is accepting the values and principles of independence, freedom of choice and the quality of life of people with disabilities and increase in awareness of disabilities as part of human diversity.

Currently applicable Law, Act No. 448/2008 Coll. on Social Services governs legal relationships within providing social services, as amended, financing social services, and supervising provision of social services by public and non-public social services providers. Performance of social service activities is guaranteed by specialized, operating and other activities. The framework policy of the development of social services provisions in the Slovak Republic is based on and takes into account respect for basic human rights, also stated in the Universal Declaration of Human and Civil Rights, and the European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, and developing a common approach to the contents of the European Social Charter, pursuant to which disabled people have the right to independence, social integrity and participation in social life and also all other people reliant to help of another natural person, or retired

people, as well as individuals, groups or communities being in unfavourable social-economic situation.

There are several standards for improving the quality of social services valid in the Slovak Republic that reflect their current status and care for its recipients (Ludvigh Cintulova 2018).

Analysis of current social-economic situation, legal situation in the Slovak Republic, and other key areas of public life seek closer approach to social consensus in order to reach progressive social development.

The aim is to point out the historical development of social services provision in Slovakia, its legislative framework, as well as a lower interest or disinterest in social services provision, shown by the Romani minority living in Slovakia, conditioned by historical development, observing human rights and non-discrimination when placing Romani recipients of social services into social service facilities of public and non-public type.

There is a number of key documents at worldwide, European, national level, which directly determine the contents of public policies in the area of social protection of elderly people and disabled people.

Organized social service is aimed to ensure and protect social welfare, i.e. a certain level of life quality of all social services receivers with no differences. A unifying aspect is the goal itself to provide social services, which technically means meeting the receiver's needs, which originates as a consequence of antagonistic relationship between client's needs and client's opportunities in a particular social reality.

Evaluation of life quality becomes an inseparable part of planning, realization, as well as evaluation of effectiveness of health and social interventions.

Quality social services relating to the receiver are those solving the citizen's social situation, where at the same time the recipient takes position of being satisfied with them. A quality service then means a social service enabling the recipient to live a normal life (complexity of services), it takes into consideration the needs of an individual and protects their rights and interests. Social policy in facilities providing social services, within management activities at all levels of social services provision, should respect and provide an opportunity to implement basic principles of subsidiarity and solidarity for receivers in unfavourable social situations, who are reliant on other natural person's help in accordance with the legislation.

Facilities providing social services should follow maximum possible integration of recipients into social life using appropriate tools of social help, social policy, and methods of social work, especially in the form of intervention, prevention, social counselling.

A long-term goal in facilities providing social services should be a gradual forming of inclusive social environment emphasising change of behaviour, but also effective solving social problems and recipient's difficulties showing active participation of the recipients when solving their unfavourable social situation, which may be influenced by health, social and economic condition of the individual.

The three following key requirements related to the development of social services provided by mentioned facilities should be accepted: quality, availability and protection of recipients. Social services are part of public services, which within modern terminology of the European Union create one of the basic pillars of the European social model.

Social services are based on the matter of social services, which is a personal relationship arising between providers of social services and their recipients.

It is important to motivate citizens in modern and postmodern society to personal involvement in social services.

Social services constitute a mechanism, which can improve individual's social skills and widen every single individual's sources of social environment.

In the sphere of social service it is necessary to direct individual, family or group towards the most important social values. Currently, recipients of social services are expected not to be objects receiving social services, but they are expected to be subjects participating in organization activities, i.e. to be active recipients of social services. Article 36 of the Charter of Fundamental Human Rights of the European Union grants the right of having access to these services for all citizens with the aim to support social and territorial cohesion in the EU. Social services, just like all short-term and long-term services provided by authorized provider, aim to increase receiver's quality of life, or protection of interests of the society.

Uncovered request for the capacity of facilities providing social services is an objective consequence resulting from demographic development in the Slovak Republic (increased number of retired citizens) and unfavourable health condition of inhabitants in the

Slovak Republic, especially older age categories and existence of combined handicaps in younger generations.

The role of social work in facilities providing social care is to improve life of all recipients by means of activities, actions, therapies, interests, education, prevention, supporting awareness on the basis of well organized performance of social work, solving already developed or existing social event, citizen's unfavourable social situation, which should enhance self-esteem, self-development, mutual tolerance and active social communication with the goal to improve recipient's life and reach welfare of individual and also entire group.

Nowadays it is important to reflect new trends in social care provided by social service facilities, which should lead to fulfilment of social requirements.

Social service is a collection of activities focused on meeting individual or collective needs, and within this collection there are activities focused on the following:

- ensuring adequate living conditions for people who are unable to handle their situation on their own
- creating appropriate conditions preventing origin or increase in negative social phenomena
- creating supportive activities to prevent unfavourable social development of individual, family, group and society.

Current situation of the Romani minority living in Slovakia is an all-society problem which fundamentally affects each citizen of the Slovak Republic.

Current needs connected to the inclusion of the Romani people into civil life of our society and effort to apply their equivalent position in practice require some abilities of these people to take part in economic, civil, political, spiritual, cultural context, as a fully-valued ethnicity able to coexist with other inhabitants. The government of the Slovak Republic has the goal to integrate the Romani people into the society at all its levels.

In Slovak context there is a high extent of social distance in connection to the Roma people and their low extent of emancipation connected with poverty and negative economic impact on overall quality of their life, which are two factors preventing creation of functional multicultural society.

Nowadays, the European Union Member States are still primarily responsible for integration of the Roma population, since the most outstanding challenges,

which the Romani people face, fall within their competence. It is especially the area of having access to quality education, labour market, housing and basic services, or health care. In majority of cases, these policies fall under responsibility of local or regional authorities. It means that authorities at national and regional level are responsible for inclusion of the Roma people and therefore their narrow cooperation is required. EU Framework for National Roma Integration Strategies.

The document is part of the strategy Europe 2020 and its aim is to remove or at least minimise economic and social marginalization of the Romani people by the year 2020. Therefore, prevention of discrimination at national level is one of the conditions.

The goal of the research is to enshrine the theory which could be generalized in terms of the entire population with the emphasis on the Roma ethnicity in the area of demand and supply at all levels of social services provided in public and non-public providers' facilities.

This phenomenon is studied in relation to scientific theories and approaches, especially from the point of view of the dissertation work concentration in two key fields: social work and law. The aim of the dissertation work is to positively change the attitude, perception and importance of facilities providing social services for the Roma ethnicity citizens and build up and develop their confidence in these institutions, whose aim is to grant and provide quality social services for all citizens who need a certain kind of social service.

RESEARCH METHODS

The research plan is based on two-factor theory concerning interest shown in social services provision, according to which interest and disinterest are generated by two different factor categories. We studied Maslow, Herzberg and Adelfer's ERG theory to verify or falsify the statement that basic social indicators lead or do not lead to an interest in being placed in a facility for seniors, and so called socio-economic factors constellation bears responsibility for disinterest in being placed in a facility for seniors.

The research is carried out at the level of qualitative and quantitative research. Interest in social services is influenced by basic social and socio-economic factors related to Roma ethnicity seniors (measurable variable) and it is manifested in selected characteristics

amount of work experience, family socio-economic standard.

On the grounds of the basic research problem, we formulated two research problem types by means of structured genesis: (categorical variables), such as gender, age, education, Descriptive (depicting) research problem seeking the reality, phenomenon related to the situation description (Gavora 2000, p. 26):

What are the socio-economic indicators relating to Roma ethnicity?

What are the basic social indicators in regard to Roma families?

Relational research problem questions the relationship between certain phenomena, factors, elements, features and within the research we asked whether there was a relationship between the studied phenomena (Gavora 2000, p. 27):

What is the relationship between the following factors: gender and age, amount of work experience, education and level of interest or lacking interest in being placed in a facility for seniors? What is the relationship between socio-economic factors and level of interest or lack of interest concerning the placement of Roma ethnicity in a facility for seniors?

On the ground of the stated research problems we set several research objectives, research questions and hypotheses.

The research is based on five basic research questions:

First research question: Are there connections between gender, age and level of interest in being placed in a facility for seniors?

Second research question: Is the interest in social services provision influenced by integrity level and educational attainment in Roma minority?

Third research question: Are there connections between employment, amount of work experience and level of interest concerning the placement in a facility for seniors?

Fourth research question: Is it a truthful theory suggesting that the interest in the placement is caused by basic social indicators concerning the Roma minority and their lack of interest is provoked by family socio-economic standard and family type?

Fifth research question: Is it a truthful theory suggesting that lack of interest in the placement is caused by basic social indicators concerning the Roma

minority and their interest is provoked by family socio-economic standard and family type?

The main objective is divided into partial work objectives:

Sub – target 1: To detect the level of interest in being placed in a facility for seniors through indicators depending on gender and age.

Sub - target 2: To detect the level of interest in social services provision in relation to Roma minority depending on educational attainment indicators.

Sub – target 3: To detect the level of interest in being placed in a facility for seniors depending on indicators related to employment and amount of work experience.

Sub – target 4: To detect the factor importance sequence relating to the development of interest in being placed in a facility for seniors.

Sub – target 5: To detect the factor importance sequence relating to the development of disinterest in being placed in a facility for seniors.

Sub – target 6: To evaluate mutual divergences between the sequence of individual factors importance (subjective wish) and detected level of interests with the factors observed (actual saturation).

Sub - target 7: Pursuant to points C4., C5., C8, to verify whether dis/interest in placement is really caused by good basic social indicators relating to Roma minority and dis/interest is provoked by bad family socio-economic standard and family type.

Sub – target 8: To evaluate the existence of the relationship between individual characteristics, such as gender, age, educational level, employment and level of dis/interest in being placed in a facility for seniors.

Sub - target 9: To collect professionals' opinions and perceptions in relation to social services availability and usefulness for Roma minority from a historical perspective, based on their professional practical experience, and what measures they consider to be most effective in terms of increasing the Roma minority interest in social services provision.

After having detected and processed the data we tested the allegations:

Contention 1: The lowest level of interest in being placed in a facility for seniors in reference to the factor group of basic social indicators within Roma minority is conditioned by basic social indicators related to education and educational attainment.

Contention 2: The highest level of interest in being placed in a facility for seniors in reference to the factor group of socio-economic family standard and family type is conditioned by indicators related to the awareness.

Contention 3: The factors of basic social indicators related to Roma minority, as the sources of interest in being placed in a facility for seniors, shall reach higher importance than socio-economic factors.

Contention 4: Socio-economic factors, as sources of lacking interest in being placed in a facility for seniors, shall reach higher importance than the factors of basic social indicators related to Roma minority.

Contention 5: There are significant differences between women and men in relation to their interest in social services provision.

Contention 6: The Roma minority senior interest in being placed in a facility for seniors grows along with their advancing age.

Contention 7: There is no relationship between amount of work experience and interest in being placed in a facility for seniors.

The studied sample consists of facilities for seniors, whose providers are public and non-public providers, legal entities established by municipalities, facilities for seniors established by municipalities.

The studied population and basic studied sample consisted of directors and social workers in facilities for seniors and Roma ethnicity citizens, who live in 13 districts within the Banská Bystrica Region.

We distributed the questionnaires to the facilities for seniors through addressing them to the directors and social workers in electronic form and through personal visit.

We measured and evaluated the following interest indicators within the social factors group: social benefits, pensions, finances, housing, living conditions, poverty, access to communal equipment, employment, long-term unemployment, education, educational attainment, health condition, health care. Research method: questionnaire (quantitative) and interview (qualitative) research.

In the questionnaire, within the social-economic factors group, the indicators measured and evaluated are the following: competency in society, way of life, integration and segregation, awareness, labour migration, mobility, discrimination, human rights, relationships between Roma and non-Roma people,

success, participation and political representation, acknowledgment.

Individual indicators related to interest in social services provision included in the socio-economic factor group and at the same time dependent variables are stated in Table 1.

Table 1: Indicators of interest in the provision of social services

Social factors	Socio-economic factors
Social benefits - pensions, finance	Social application
Form of housing, housing conditions	Way of life, integration, segregation
Poverty	Awareness, labor migration, mobility
Employment, long-term unemployment	Discrimination, human rights, relations between Roma people and majority
Education	Success, participation and political representation
Health condition, Healthcare	Recognition

Source: The authors. Custom processing

The tool to collect data was a questionnaire consisting of three sections. The questionnaire consisted of 8 questions and 7 tables. Through the reliability analysis performance we ensured more accurate reliability of the research tool and we used Cronbach's Alpha method to measure internal tool consistency.

Accepted value related to consistency was 0.70. Respondents – social workers, directors responded through six-point Likert-type scale, whose grades are as following: 1 – strongly disagree, 2 – disagree, 3 – rather disagree, 4 – rather agree, 5- agree, 6 – strongly agree.

We applied the Spector's questionnaire scale concerning Job Satisfaction Survey, in which we used our own questions created by the author, formulated in both positive and negative direction, which means that negatively asked questions must be scored conversely.

The interview plan was divided into three areas based on the objectives set. Each area consisted of several questions. After the interviews took place, we transformed individual recordings into written form, arranged them, analysed, classified, and compared.

For evaluating the research results and conclusions, we applied qualitative methods, such as: analysis, synthesis, deduction, induction, comparison and generalization.

The aim of the research method was to enter the Roma community and Roma family environment and by means of semi-standardized interview with Roma ethnicity to acquire needed data leading to the phenomenon related to the situation and reality description, and mediation of adult Romani population attitudes based on the research evidence in relation to the basic research questions, which were formulated as followings:

Whether:

- a) the level of interest in social services provision shown by Roma minority depends on their integrity level and educational attainment.
- b) there are any connections between employment, amount of work experience and level of interest in being placed in a facility for seniors.
- c) the interest in being placed in a facility for seniors is caused by good basic social indicators within the Roma minority and disinterest is promoted by non-favourable socio-economic family standard and family type.
- d) the disinterest is caused by good basic social indicators within the Roma minority and interest is promoted by non-favourable socio-economic family standard and family type.

In reference to the research method, the scope included adult Roma ethnicity attitudes in the Banská Bystrica Region towards family or other close people's duty to participate in co-financing of residential social service and in the event that close Roma people do not have sufficient income to pay for the social services provided.

We performed the research using the method of personal interviews. Cronbach's Alpha method was implemented to measure the dependence between individual items, to measure the research tool internal consistency.

The alpha values higher than 0.7 confirm very good compliance – accepted consistency level, values between 0.4 and 0.7 confirm sufficient compliance, lower values show insufficient compliance. The research tool content validity was evaluated through

detection of consistency between relevant social factors and socio-economic factors.

THE RESEARCH RESULTS

On the basis of the analysis related to the data in social services provision area we wanted to confirm or disprove Adelfer's ERG theory that the interest or disinterest in social services provision among Roma ethnicity citizens is conditioned by two different factor groups, so called social factors and socio-economic factors.

For processing and interpreting the results, we applied various one-dimensional descriptive statistics methods, such as graphs, tables, descriptive characteristics, and in terms of multi-dimensional descriptive statistics it was reliability analysis Cronbach's Alpha.

The statistical hypotheses were tested applying inductive statistics procedures. We carried out the research in sequential phases intending to acquire information of qualitative and quantitative nature.

Through reliability analysis we verified the reliability connected to the relevant questions relation to specific factor by means of measuring Cronbach's Alpha coefficient.

The respondents expressed the level of their interest through six-point Likert-type scale, whose grades are as follows: 1 – strongly disagree, 2 – disagree, 3 – rather disagree, 4 – rather agree, 5 – agree, 6 – strongly agree. The level of interest was understood as its intensity ranging between maximum interest to total disinterest in being placed in a facility for seniors. The questions were formulated both positively and negatively, therefore negatively formulated questions were evaluated conversely. Approving answer to the positive questions and disapproving answer to negative questions in the questionnaire manifested that they were interested in being placed in a facility for seniors, however, on the other side, disapproving answer to the positive questions and approving answer to negative questions in the questionnaire manifested that they were not interested in it.

The values in points corresponding to the answers given by all respondents to three questions, related to the relevant factor, were averaged. Based on the data distribution character, in order to compare two dependent choices we used statistical method of non-parametric Wilcoxon Signed Ranks Test concerning

the sum of the sequences related to , allegations 1,2,3,4, chi-square test for two independent choices related to contention 5, Spearman's correlation coefficient contention 8, Pearson's correlation coefficient contention 7. Allegations 1 – 7 were confirmed.

As demonstrated by our research, interest in being placed in a facility for seniors is influenced by social factors, which are dynamic, and disinterest in being placed in a facility for seniors is influenced by socio-economic factors. The two-factor concerning theory social and socio-economic factors significantly contributed to knowing and understanding the nature of Roma ethnicity interest in being placed in a facility for seniors.

DISCUSSION

By means of the research we emphasized that interest in being placed in a facility for seniors as part of Roma ethnicity senior's overall life satisfaction is significant not only in terms of their subjective experiencing life in their twilight years, but it undoubtedly also influences their contemporary mental condition, emotional state, self-confidence, or ability to resist stress and support active participation in problem solving, whereby it consequently influences the quality of life in a facility for seniors.

Through the analysis applied to senior Roma ethnicity interest in being placed in a facility for seniors, we introduced a point of view to social workers from different perspective than being representatives of the profession, whose primary commitment is help and support.

It has been the first research performed in the field of social services and their significance for Roma people within the Banská Bystrica Region, which was carried out in the manner enabling the results to be compared: statistical view, so that the further changes and development could be seen.

It can also be seen from the example of the mentioned facts that even today "a social group of people with disadvantages does not have the strength to prevent social exclusion" (Ludvigh Cintulova, Bakova 2018). On the other hand, Ludvigh Cintulová and Beňo (2018) highlight the impact of the ethical dilemmas to analyse relation between the vulnerable and professionals in order to understand its dimensions.

Dávidová, Hardy and Hamarová (2017) presents in their study perception of meaningfulness and a safe

type of relationship focusing on the importance of assistance for helping professions that are different from other fields.

CONCLUSION

In the conclusion we achieved the result regarding the factors given the highest importance by the respondents, which creates a platform for launching the provisions possibly helping to reduce or remove their disinterest in being placed in a facility for seniors.

Firstly, the research results are useful for employees in managerial positions in state and public institutions, directors in facilities providing social services, and, secondly, for supervisors in various fields of their work, as well as for Roma ethnicity themselves. They may serve as a basis for creating the conditions at work, which could enable social workers to be primarily devoted to their commitment, to have enough time to listen to clients, to perform field social work, to plan and implement the most suitable solutions for social clients placed in facility for seniors.

The main benefits related to this scientific and research activity were examination and documentation in the field of social services and their significance for Roma population, its preservation and presentation. This scientific research in the field of social services and their significance for Roma population pushes the boundaries of knowledge related to Roma inhabitants in each area and its outcomes will indisputably contribute to solve the stated problem on scientific basis, at both the theoretical and practical level. The material acquired and analysed in the course of the research shall be a rich source of knowledge on social services provision and their significance for Roma people in general and also for all aspects of life and society development.

REFERENCES

1. Banks S (2006). *Ethics and Values in Social Work*. 3rd Ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 218 s. ISBN 978-1-4039-9420-2.
2. Balková D *et al.* (2006). *Gerontologické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Prešovská univerzita v Prešove: Fakulta zdravotníctva, 2006. 91 s. ISBN 80-8086-525-8
3. Balvín J, Šlosár D, Vavreková L (2010). *Romové ve spektru mezinárodných vedeckých štúdií*.

- Wroclaw: Foundation of Social Integration Prom, 413 p. ISBN 978-83-928354-3-1.
4. Banks S, Nohr K (eds.). 2012. Practising Social work Ethics around the World. Cases and commentaries. London: Routledge, 2012. 264 p. ISBN 978-0-415-56033-7.
 5. Bartlett HM (1970). The common base of social work practice. Washington: NASW 1970. 224 p.
 6. Bergsma J, Engel GL (1988). Quality of life: does measurement help? Health Policy 1988. 267-279 p. ISBN 0-47072-588-6
 7. Berki J, Gállová A, Szolnoky Š (2014). Ekonomika a manažment – Prechod od funkčného usporiadania na procesné v zariadeniach sociálnych služieb. Bratislava: IRIS 2014. 129 s. ISBN 978-80-89726-03-5
 8. Brichtová L, Repková K (2014). Sociálne služby zacielené na kvalitu. Bratislava: GRIFIS s.r.o., 2014. 283p. ISBN 978-80-7138-138-9.
 9. Brichtová L, Repková K (2012). Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím – vývoj od roku 2012. Bratislava: EPOS 2012. 112s. ISBN 978-80-8057-960-9.
 10. Dávidová, M., Hardy, M., Hamarová, M. (2017). Perception of meaningfulness and a safe type of relationship bond as an important means of assistance for helping professions”. Acta Missiologica;. 2017: 11(1). Pp. 60-80
 11. Gabryšová M (2006). Komplexné manažérstvo kvality. In A. Mateides *et al.* 2006. Manažérstvo kvality. História, koncepty, metódy. EPOS: Bratislava 2012. 84 p. ISBN 80-8057-656-4
 12. Gavora P (2007). Sprievodca metodológiou kvalitatívneho výskumu. 2. vyd. Bratislava: UK 2007. 239 s. ISBN 80-88904-46-3.
 13. Gavora P (2008). Úvod do pedagogického výskumu. 4.vyd. Bratislava: UK, 2008. 236 s. ISBN 978-80-223-2391-8
 14. Gitterman A, Germain CB (2008). The Life Model of Social Work Practice: Advances in Theory and Practice. 3rdEd. New York: Columbia University Press 2008. 632 p. ISBN 978-0-231-13998-4.
 15. Hegyi L (2010). Geriatria. Bratislava: Herba, 2010. – 601 p. ISBN 978-80-89171-73-6
 16. Hetteš M (2013). Sociálna súdržnosť a istota v sociálnej práci. Nitra: UKF, 2013. 201 s. ISBN 978-80-558-0256
 17. Hetteš M (2015). Ľudské práva a sociálna ochrana v sociálnej práci. Bratislava: VŠ Z a SP sv. Alžbety. 2015. 242 s. ISBN: 978-80-8132-128-3
 18. Hnilicová H (2005). Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. Praha: TRITON, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
 19. Howe D (2009). A Brief Introduction to Social Work Theory. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2009. 224 s. ISBN 978-0-230-23312-6
 20. Ján Pavol II. 1995. Evangelium vitae. Trnava: Spolok sv. Vojtecha 1995. 195p. ISBN 80-7162-097-1
 21. Krajčík Š (2006). Geriatria pre sociálnych pracovníkov. 1. vyd. Trnava: Slovak Academic Press 2006. 82 p. ISBN 80-88908-68-X
 22. Legeois JP (1995). Rómovia, Cigáni, Kočovníci. Bratislava: Informačné a dokumentačné stredisko, 1995. 194 s. ISBN 80-967380-4-6
 23. Lehoczka L (2005). *Identita Rómov a multikulturalita*. In Vychovávateľ 2005, Vol. 0, No 1, p. 26-27. ISSN 0139-6919.
 24. Ludvigh Cintulová, L (2018). Hodnotenie kvality sociálnych služieb v slovenských regiónoch. Zborník príspevkov z konferencie Die wirtschaftliche entwicklung Europäischer regionen in der ausbildungs – und arbeitsmarktpolitik – übergänge und strategien III. Uniwersytet pedagogiczny, Krakow, polska, 2018. 273 s. ISBN 978-83-947579-2-2.
 25. Ludvigh Cintulová L, Baková D (2018). Dimenzie kvality života ľudí s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb a v prirodzenej komunite. Praha: Hnutí R, nakladatelství s Mezinárodní vědeckou radou pro vydávání publikací, 2018.
 26. Ludvigh Cintulová L, Beňo P (2018). “Implementation of the Code of Ethics in Social Services”. Clinical Social Work and Health Intervention. 2018; 9(2): 14-19. DOI 10.22359/cswhi_9_2 (accessed June 29, 2018)
 27. Malíková E (2011). Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada 2011. 328 s. ISBN 9788024731483
 28. Mareš P (2004). Society, Reproduction and Contemporary Challenges. Brno: Barrister and Principal 2004. 198 p. ISBN 80-86598-67-5

29. Matoušek O (2007). Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál 2007. 184 p. ISBN 978-80-7367-002-X ISBN 80-7178-473-7
30. Matoušek O *et al.* (2008). Metody a řízení sociální práce. 2. vyd. Praha: Portál 2008. 380 p. ISBN 80-7178-548-2
31. Mátel A, Schavel M *et al.* (2011). Aplikovaná sociální patológia v sociálnej práci. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 442 p. ISBN 978-80-8132-0009-5
32. Mátel A, Schavel M (2013). Teória a metódy sociálnej práce I. Bratislava: SPRSP. 2013. 446 s. ISBN 978-80-971445-1-7
33. Mlčák Z *et al.* (2005). Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty. Ostrava: REPRONIS 2005. 376 p. ISBN 80-7368-129-3
34. Muhlpachr P, Vaňurová H (2006). Kvalita života. Brno: Masarykova univerzita 2006, 146 p. ISBN 80-86633-62-4.
35. Oláh M, Schavel M, Ondrušová Z, Navrátil P (2009). Vybrané kapitoly z dejín, teórie a metód sociálnej práce. Bratislava: VŠ Z a SP sv. Alžbety 2009. 228 p. ISBN: 8096944967.
36. Ondrejko P (2005). Úvod do metodológie sociálnych vied. Bratislava. Regent 2005. 176 p. ISBN 80-88904-35-8.
37. Repková K (2012). Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte. Bratislava: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku. 2012. 35 p. ISBN: 978-80-970993-9-8
38. Repková K (2012). Politika sociálnych služieb. Prešov: Prešovská univerzita, 2012. 80 s. ISBN 978-80-555-0621-0.
39. Schavel M, Hunyadiová S, Kuzyšin B (2013). Supervízia v sociálnej práci. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce 2013. 207 p. ISBN 978-80-971445-0-0.
40. Schavel M *et al.* (2012). Sociálna prevencia. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety 2012. 267 p. ISBN 978-80-8953-5064
41. Schavel M, Oláh M (2010). Sociálne poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava: VŠ Z a SP sv. Alžbety. 2010. 218 s. ISBN: 978-80-89392-19-6
42. Schavel M, Oláh M *et al.* (2009). Sociálna práca – vybrané kapitoly z dejín, teórie a metód sociálnej práce. Bratislava: VŠ Z a SP sv. Alžbety 2009. 225 p. ISBN: 80-969449-6-7.
43. Schavel M (2010). Supervízia v sociálnej práci pre sociálnych pracovníkov. Bratislava: Mentamedia. 2010. 106 s. ISBN: 978-80-89392-18-6.
44. Schavel M *et al.* (2008). Sociálna práca vo verejnej správe. Bratislava: VŠZaSP Bratislava. 2008. 192p. ISBN 80-8082-065-1
45. Šebestová P (2008). Proces riadenia systému kvality sociálnych služieb na Slovensku. In: Aktuálne otázky sociálnej politiky – teórie a praxe. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta ekonomicko-správná. Vol 2, 2008. p.84-89. ISBN 1804-9095.
46. Tkáč V (2008). Transformácia v sociálnej sfére a sociálna práca (Európa, právo a prax). In: Dni sociálnej práce. Transformácia sociálnej sféry Slovenskej republiky a sociálna práca (Európa, právo a prax). Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou (ktorá sa uskutočnila na UKF v Nitre 29.-30. novembra 2007). Nitra: FSV a Z UKF 2008 s. 10-14. ISBN 978-80-8094-231-1
47. Tkáč V (2007). Základné hodnoty Európskej únie, sociálne práva a hospodárske práva. In: Personálny a mzdový poradca podnikateľa. Žilina: Poradca 2007, No 11-12, p. 137-149. ISSN 13370448
48. Tkáč V (2009). Ľudské práva a podniková sociálna zodpovednosť. In: Európska dimenzia podnikovej sociálnej zodpovednosti a jej vplyv na reguláciu pracovnoprávných vzťahov – Zborník príspevkov z vedeckého sympózia s medzinárodnou účasťou. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, 2009. s. 17-29. ISBN 978-80-7097-780-4
49. Tokárová A *et al.* (2003). Sociálna práca – Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce. Akcent Print. 2003. 131 s. ISBN 80-9683-675-7
50. Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní
51. Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov
52. Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine
53. Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny.
54. Ústava Slovenskej republiky č. 460/1992 Zb. z.

55. Ústavný zákon č. 23/1991 Zb., Listina základných práv a slobôd
56. Zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon).
57. Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov
58. Zákon č. 601/2003 Z.z. o životnom minime v znení neskorších predpisov
59. Zákon č. 417/ 2013 Z.z. o pomoci v hmotnej núdzi v znení neskorších predpisov
60. Zákon č. 369/1990 Z.z. o obecnom zriadení v znení neskorších predpisov
61. Zákon č. 302/2001 Z.z. o samosprávnych krajoch v znení neskorších predpisov
62. Zákon č. 71/1967 Zb. o Správnom konaní
63. Všeobecná deklarácia ľudských práv (1948)
64. Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach (1966) – publikované pod č. 120/1976 Zb.
65. Medzinárodný dohovor o odstránení všetkých foriem rasovej diskriminácie (1965) – publikované pod č. 95/1974 Zb.
66. Dohovor proti mučeniu a inému krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu či trestaniu (1984) - publikovaný pod č. 143/1988 Zb.
67. Dohovor o právach dieťaťa (1989) – publikovaný pod č. 104/1991 Zb.
68. Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (2006) – publikovaný pod č. 317/2010 Z. z.
69. Všeobecná deklarácia ľudských práv, Všeobecná deklarácia ľudských práv prijatá a vyhlásená rezolúciou Valného zhromaždenia OSN, 217 A (III) z 10. decembra 1948, 5 s.
70. Sociálny rozmer stratégie Európa 2020 (2011): Správa výboru pre sociálnu ochranu na rok 2011. Súhrn. Brusel, 24 p., ISBN 978-92-7920392-3
71. Listina základných práv a slobôd: Úplne znenie Ústavného zákona c. 23/1991 Zb. (znenie aktualizované k 7. 6. 2004), 15 p.
72. Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike (MPSVaR, november 2011)
73. Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014 – 2020, MPSVaR, 2014
74. Národný program aktívneho starnutia 2014 – 2020, MPSVaR SR, 2014
75. Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015, MPSVaR SR
76. Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 – 2020, MPSVaR SR
77. Stratégia Slovenskej republiky pre integráciu Rómov do roku 2020, Úrad vlády Slovenskej republiky. Úrad splnomocnenca vlády Slovenskej republiky pre rómske komunity, 2011. Materiál bol schválený uznesením vlády SR c. 1/2012 dňa 11. januára 2012.

* * * * *

SEXUÁLNE RIZIKOVÉ SPRÁVANIE - PROSTITÚCIA SEXUAL RISK BEHAVIOR – PROSTITUTION

Zuzana KOTLÁROVÁ

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave, SR

Kontaktná adresa: PhDr. Zuzana Kotlárová, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Palackého
č. 1, P.O. Box 104, 810 00 Bratislava, E-mail: zkotlarova@gmail.com

ABSTRAKT **Úvod:** V správaní mnohých nedospelých žien často absentujú elementárne etické princípy k intímному životu a v neposlednom rade až zarážajúco ľahkovážny prístup k vlastnému zdraviu. Vo všeobecnej rovine je prostitúcia javom veľmi úzko spojeným s násilím, kriminalitou, drogovými závislosťami, chudobou, obchodom s ľudskými bytosťami alebo inými sprievodnými sociálno-patologickými javmi.

Cieľ: Propagáciou tejto problematiky preventívne prispieť k informovanosti verejnosti a k eliminácii obchodovania s ľuďmi. Zároveň poukázať na dôležitosť prevencie a na závažnosť dôsledkov prostitúcie u nedospelých žien.

Jadro práce: Problematiku prostitúcie ako sexuálneho rizikového správania približujeme v jej súčasnom vymedzení a charakteristiky jej príčin a dôsledkov vyplývajúcej zo súčasného poznania tohto javu. Poukazujeme na rizikové správanie u nedospelých žien a pozornosť upriamujeme na prevenciu prostitúcie.

Záver: Ide o vážny sociálno-patologický jav, je potrebné pokúsiť sa eliminovať násilnú a nútenú formu prostitúcie a investovať viac energie do podpory tých, ktorí s vykonávaním tejto činnosti chcú prestať. Z toho dôvodu je nutné podniknúť zásadné kroky na riešenie problému a zaviesť primerané preventívne opatrenia, ktoré by eliminovali riziká spojené s prostitúciou.

Kľúčové slová: prostitúcia; obeť; príčiny; dôsledky; prevencia

ABSTRACT **Introduction:** The behaviour of many juvenile women often lacks elementary ethical principles for their intimate life and, last but not least, their careless approach to their own health. Generally, prostitution is a phenomenon very closely linked to violence, crime, drug addiction, poverty, human trafficking or other accompanying socio-pathological phenomena.

Objective: Promoting of this issue - contribute to public awareness regarding the prevention and to eliminate human trafficking, as well as to highlight the importance of prevention and the severity of the consequences of prostitution in juvenile women.

Core: We discuss the issue of prostitution as sexual risk behaviour in its current definition and characteristics of its causes, and consequences resulting from the current knowledge of this phenomenon. We point out the risky behaviour of juvenile women and pay attention to the prevention of prostitution.

Conclusion: Prostitution is a serious socio-pathological phenomenon, so it is necessary to try to eliminate the violent and forced form of prostitution and put more energy in supporting those who want to stop doing this activity. For this reason, fundamental steps need to be taken to tackle the problem and put in place adequate preventive measures to eliminate the risks associated with prostitution.

Keywords: prostitution; victim; causes; consequences; prevention

ÚVOD

Významný súčasný odborník pre oblasť antropológie ženy vo svojich prácach často zdôrazňuje, že bez sebaúcty, bez sebaaprijatia a bez rešpektu voči sebe niet identity. Úcta k sebe, dôvera vo vlastné potenciálnosti a schopnosť uplatniť ich sú platným predpokladom pre zaručenie osobnej zrelosti (Fula 2004), čo platí samozrejme aj pre dospievajúce dievčatá v pohľade na ich vlastnú dôstojnosť. Ako uvádza Mojzešová (2011) v príspevku uverejnenom v zborníku Sociálna patológia a intervencia sociálnej práce, vo veľkej časti možno u väčšiny dospievajúcich aj dospelých chýba žiaľ, účinná vôľa, schopnosť odolávať lákadlám, negatívnym vzorcom správania, v súčasných médiách chýbajú informácie a sociálne zručnosti potrebné na to, aby deklarované hodnoty formovali život a stali sa zdrojom sebarealizácie a osobného šťastia. V správaní mnohých nedospelých žien často absentujú elementárne etické princípy k intímnejmu životu a v neposlednom rade až zarážajúco ľahkovážny prístup k vlastnému zdraviu. Nesmieme ignorovať ani skutočnosť, že jednou z dôležitých príčin tohto javu je výskyt nefunkčných rodín, ktoré mladému človeku neposkytujú ani pozitívne vzory správania, ani citovú saturáciu. Ďalšou významnou príčinou je množstvo umelých impulzov, ktorými priemysel sexu mladého človeka na každom kroku zaplavuje a preto nemôžeme byť až tak prekvapení, keď slovo dôstojnosť maloletého alebo mladistvého dievčaťa vnímajú mnohí ako archaizmus, ako niečo zastaralé a nemoderné...

Naším cieľom je propagáciou tejto problematiky preventívne prispieť k informovanosti verejnosti a k eliminácii obchodovania s ľuďmi. Zároveň poukázať na dôležitosť prevencie a závažnosť dôsledkov prostitúcie u nedospelých žien.

Vo všeobecnej rovine je prostitúcia javom veľmi úzko spojeným s násilím, kriminalitou, drogovými závislosťami, chudobou, obchodom s ľudskými bytosťami alebo inými sprievodnými sociálno-patologickými javmi. Ondrejko (2009) vo svojej publikácii uvádza, že za klasickú prostitúciu možno pokladať poskytovanie sexuálnych služieb z ekonomických dôvodov, pričom ani tu nemusí byť dôvodom výlučne sociálna núdza, chudoba alebo nedostatok. Prostitúcia môže mať i charakter prostriedku dosahovania spoločenskej alebo profesijnej kariéry a úspechu. Kolenčík (2000) upozorňuje, že prostitúciu nemôžeme redukovať len na prejavy individuálneho správania a rozhodovania prostituujúcej osoby. Prostitúcia je zložená z dimenzie sociálnej, rodinnej, ekonomickej, politickej, etickej, duchovnej národnej a medzinárodnej. Prítomné sú aj rôzne sociálne aspekty ako príznaky nerovnosti, nespravodlivosti, vylúčenia spoločnosťou.

Podľa správy nadácie Fondation Scelles z roku 2012 má prostitúcia celosvetový rozmer a je do nej zapojených okolo 40-42 miliónov osôb, z ktorých 90 % je závislých od kupiarov. Okrem toho väčšina osôb, s ktorými sa obchoduje na účely sexuálneho vykorisťovania, sú ženy a dievčatá. Prostitúcia a sexuálne vykorisťovanie žien a dievčat sú formy násillia a ako také sú prekážkami rovnosti mužov a žien. Prakticky všetci, ktorí si kupujú sexuálne služby, sú muži. Vykorisťovanie v sexuálnom priemysle je príčinou aj dôsledkom rodovej nerovnosti a udržiavajú názor, že telá žien a dievčat sú na predaj. Prostitúcia je veľmi zreteľné a absolútne hrozné porušenie ľudskej dôstojnosti. Prostitúcia v Európskej únii a na celom svete priamo súvisí s obchodovaním so ženami a dievčatami. 62 % žien, s ktorými sa obchoduje, sú obeťami sexuálneho vykorisťovania. Stále väčší počet žien a dievčat je predmetom obchodovania nielen z krajín mimo Únie, ale aj z niektorých členských štátov do iných častí Európskej únie (Správa o sexuálnom vykorisťovaní a prostitúcii, Európsky parlament, 2014).

Podľa analýzy výskumnej správy United Nations Office for Drugs and Crime (Záverečná správa z výskumu, Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky, 2011) sú ženy stále najčastejšími obeťami obchodovania s ľuďmi na Slovensku. Vyplýva to aj zo skutočnosti, že najčastejším účelom obchodovania s ľuďmi stále ostáva sexuálne vykorisťovanie. Podľa Votroubeka (2010) z realizovaných výskumov v rómskej komunite, ako aj z výskumov verejnej mienky vyplýva, že najčastejším druhom obchodovania s ľuďmi na Slovensku je nútená prostitúcia.

Keďže vo väčšine prípadov sú obeťami obchodovania s ľuďmi najmä dievčatá s cieľom sexuálneho zneužívania, hlavnú cieľovú skupinu tvoria rómske dievčatá a mladé rómske ženy z marginalizovaných rómskych komunít na Slovensku v období dospievania a dospelosti vo veku od 15 do 23 rokov (Záverečná správa z výskumu, Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky, 2011).

RIZIKOVÉ SPRÁVANIE

U dospievajúcich dievčat – mladistvých, ba aj maloletých neraz vnímame správanie, odlišné od toho, ktoré ich zvyčajne vedie k optimálnemu rozvoju ich osobnosti. Nazývame ho rizikovým správaním. Pre pojem rizikové správanie sme sa rozhodli najmä pre jeho široký obsah, ktorý pokrýva rôzne typy poruchového správania od nenápadných signálov až po závažné prejavy. K tomuto termínu sme sa priklonili i z toho dôvodu, že Brendtro, Brokenleg, van Bockern (1990) dospeli k názoru, že obsahuje menšiu mieru sociálnej nežiadúčnosti (cit. dľa Labáth, 2001). Ako upozorňuje Vágnerová, zmena emočného prežívania sa u nedospelých dievčat navonok prejavuje väčšou

impulzivitou a nedostatkom sebaovládania (Vágnerová 2005). V rámci rizikového správania v tínedžerskom veku pozorujeme často okrem popretia tradičných noriem a hodnôt nerešpektovania rodičovskej autority ohľadom správnej hodnotovej orientácie aj sklon k experimentovaniu a k závislostiam, či až stratu zmyslu života mladých ľudí.

Ak je spôsob života a hodnotový systém u nedospelých dievčat zameraný na predčasný sexuálny život, spojený v mnohých prípadoch s promiskuitou a ak je u nich prítomný zároveň abúzus spoločensky tolerovaných drog (nikotín, alkohol, kofeín), ako aj spoločensky netolerovaných drog (psychoaktívne látky), považujeme takéto ich správanie za vysoko rizikové, samozrejme, so závažnými dôsledkami na zdravie. Rizikové správanie je možné vymedziť ako správanie, ktorého výsledok nie je jasný, ktoré prináša balansovanie medzi krátkodobým profitom a potenciálnymi dlhodobými negatívnymi následkami a stratami (Orosová *et al.* 2007).

SEXUÁLNE RIZIKOVÉ SPRÁVANIE

Počas puberty a vo včasnej adolescencii začína mladý človek intenzívnejšie objavovať svoju sexualitu. Na dosiahnutie po každej stránke zrelej sexuality je dôležitý prechod medzi detstvom a dospelosťou. Predčasné sexuálne skúsenosti spojené s väčším počtom sexuálnych partnerov, respektíve prenos sexuálne prenosných ochorení, prípadne riziko neželanej gravidity len komplikujú prípravu na dospelosť. Suicídne správanie, ako upozorňujú detský a dorastový psychiater a klinická psychologička (Koutek, Kocourková 2003), býva spojené s niektorými rizikovými faktormi, ktoré sa vzájomne dopĺňajú a potencujú. Za rizikový faktor je možné považovať konfliktnú rodinnú situáciu, rozvod, sucídium v rodine, problematiku školskú situáciu, zníženú adaptáciu medzi vrstovníkmi, zhoršený zdravotný stav, nízky sociálny status rodiny a ďalšie. Konštatujú, že so suicídálnym konaním býva často spojená problematika závislosti (Koutek, Kocourková 2003). Vrcholom ľadovca v rizikovom správaní sa maloletých, mladistvých dievčat či adolescentiek v našich sociálnokultúrnych podmienkach je ťarchavosť a rodičovstvo počas dospievania (Hamanová 2001).

Sexualita je dôležitou súčasťou identity adolescentov, pričom informácie o nej získavajú podľa Weissa a Zvěřiny (1999, cit. dľa Blatný *et al.*, 2005) najmä od kamarátov a z médií. Rodina a škola sú oproti tomu slabým zdrojom informácií. V súvislosti s tým Macek (2003) uvádza, že dostatočnú informovanosť o pohlavnom živote a jeho rizikách získavajú adolescenti väčšinou až na strednej škole. To považuje za problém, pretože mladí ľudia začínajú sexuálne žiť v čase, keď ich informovanosť o možnom nebez-

pečenstve (napríklad sexuálne prenosné choroby) je veľmi nízka. Weiss, Urbánek, Procházka (1996) uvádzajú, že nižší vek prvého pohlavného styku súvisí s celkovým životným štýlom. Adolescenti, ktorí fajčia, konzumujú alkohol a drogy a správajú sa rizikovo i v iných oblastiach začínajú svoj sexuálny život skôr, striedajú viac partnerov a častejšie sa u nich vyskytujú pohlavne prenosné choroby. Okrem pohlavne prenosných chorôb je závažným rizikom možnosť otehotnenia partnerky. I keď je zákonná hranica pre koitarché u nás stanovená na 15 rokov, dospievajúci v tomto veku ešte nie sú dostatočne zrelí na výchovu detí. Preto mnohé predčasné tehotenstvá končia interrupciou, čo môže mať ďalšie neblahé dôsledky na psychické i fyzické zdravie ženy. Na druhej strane sa stretávame s reálnou skutočnosťou, že dievčatá mladšie ako 16 rokov sú tehotné a nemenia svoj životný štýl (Ludvigh Cintulová, Radková, 2019).

RIZIKA A DÔSLEDKY PROSTITÚCIE

Vo vedecko-odbornom časopise Edukácia (2015) Kalina v príspevku uvádza, že v kontexte sexuálne rizikového správania sa adolescentov a mladých dospelých bolo identifikovaných mnoho vzájomne sa ovplyvňujúcich psychologických faktorov (cit. dľa. Bermudez *et al.* 2012). Podľa sociálno-ekologického modelu protektívnych a rizikových faktorov sexuálne prenosných chorôb (DiClemente, Salazar, Crosby & Rosenthal 2005) isté psychologické a sociálne charakteristiky robia jedincov viac náchylných sa sexuálne rizikovo správať (DiClemente *et al.* 2008). Obdobie dospievania je tiež typické nárastom rizika emocionálnych problémov ako je napríklad depresia, čo môže spätne viesť k rizikovému správaniu v oblasti zdravia sexuálne rizikové správanie nevynímajúc. Ďalšie premenné ako sebaúcta a sociálna opora a ich vzťah k sexuálne rizikovému správaniu boli analyzované v individuálnom ako aj v rodinnom kontexte, bolo zistené, že dospievajúce ženy s vyššou mierou percipovanej sociálnej opory od rovesníčok mali vyššiu pravdepodobnosť pre výskyt sexuálne prenosného ochorenia. (Kalina *et al.* 2013). Podobne aj ďalšia štúdia (Kalina *et al.* 2013) poukazuje, že tí adolescenti, ktorí sa správali sexuálne rizikovo priznali vyššiu sociálnu oporu od svojich priateľov avšak nižšiu oporu od vlastnej rodiny. Ostatné štúdie (napr. Gao and Chen 2011; Henrich, Brookmeyer, Shrier & Shahar 2006) však poukazujú na protektívnu rolu opory zo strany rovesníkov.

Mládež sa v mnohých prípadoch stáva obeťou trestnej činnosti, ktorú na nej páchajú dospelí pácha-

telia. V značnej miere sa vyskytujú prípady pohlavných zneužití, znásilnení, obchodovania s mladými dievčatami, keď sú tieto pod rúškom zaobstarania lukratívneho zamestnania vyvážané do cudziny, kde sú obmedzované na slobode a nútené k výkonu prostitúcie. Nelegálne obchodovanie so ženami a deťmi, ktoré skončia na sekundárnom trhu ako otroci nútenej prostitúcie, je novým fenoménom 21. storočia.

Prostitúciu zaraďujeme medzi sociálno-patologické javy a to práve pre jej dôsledky. Tie zasahujú nielen priamo osobnosť prostitútky, či jej zdravie, ale tiež ostatnú spoločnosť. Či sa už na prostitúciu pozeráme ako na spoločenský jav, alebo ako na individuálnu činnosť jednotlivca, nesmieme prehliadnuť skutočnosť, že ide o akt, ktorý hlboko zasahuje do súkromného a spoločenského života osôb, ktoré ju vykonávajú. Preto prostitúcia, ako zdôrazňuje Madliak (1991) degraduje osobnosť, vytvára citovú prázdnotu a nakoniec odcudzenie od spoločnosti. Jej následky sa tak nezaobídu bez vzniku nejakého závažného problému v osobnom alebo spoločenskom živote prostituujúcej osoby. Ľudia, ktorí sa venujú tejto činnosti, ktorá nie je schválená a podporovaná všeobecnou mienkou, sa nemôžu v danej spoločnosti s určitosťou cítiť ako jej plnoprávni členovia. Je to najmä preto, lebo pri svojom prejavení sa stretávajú s častým opovrhnutím, osočovaním, ponižovaním a vytlačaním na okraj komunity. Ekberg (2004) poukazuje, že dôsledky prostitúcie prevádzkovanvej nedobrovoľne sú oveľa ničivejšie pre osobnosť a psychiku prostitútky. Nedobrovoľné prostitútky sú vystavované fyzickému, psychickému alebo citovému násiliu. Takéto násilie môže vyústiť až do suicidného správania. V súčasnosti sa objavuje čoraz viac mravnostná trestná činnosť. Ide predovšetkým o znásilnenia, pohlavné zneužitie a u dievčat je to najmä prostitúcia, kde motívom konania je predovšetkým majetkový zisk. Podstatou prostitúcie je dosiahnutie čo najväčšieho zisku, na ktorom okrem samotnej prostituujúcej osoby profitujú aj ďalšie osoby – pasáci. Prostitúcia je často sprevádzaná majetkovou, násilnou i mravnostnou trestnou činnosťou. V súvislosti s prostitúciou narastala aj trestná činnosť ako sekundárny následok prostitúcie, najmä „obchod s bielym mäsom“.

PREVENCIA

Oblasť preventívnych aktivít je stále aktuálna v každej spoločnosti a v akomkoľvek čase. Keďže prostitúcia v jej dobrovoľnej forme nie je u nás a vo

väčšine európskych štátoch právne postihnuteľná, prevencia proti tomuto sociálno-patologickému javu sa realizuje s dôrazom kladeným na jej nedobrovoľné formy, s prostitúciou úzko súvisiace obchod s ľuďmi a prevenciu komerčného sexuálneho zneužívania detí a ostatnej mravnostnej trestnej činnosti. Toto násilie je univerzálne vo všetkých oblastiach sveta. Postihuje hlavne ženy každého veku, všetkých sociálnych vrstiev, kultúr, etnických skupín, náboženskej príslušnosti, politických a ekonomických systémov. Nerozhoduje ani dosiahnuté vzdelanie. Napriek tomu, cielené vzdelávanie zamerané na správnu cieľovú skupinu môže aj v tejto oblasti veľa zmeniť a eliminovať riziká vzniku samotných patologických javov. Z pohľadu práva predstavuje prevencia legislatívne opatrenia, ktorých úlohou je chrániť spoločnosť pred nežiaducim správaním jednotlivcov a skupín obyvateľstva. Tabuizovanie ľudskej sexuality v žiadnom prípade nemôže viesť k zdravému, zodpovednému sexuálnemu životu a na dospievajúceho človeka môže mať skôr negatívne účinky.

Keďže vo väčšine prípadov sú obeťami obchodovania s ľuďmi najmä dievčatá s cieľom sexuálneho zneužívania, hlavnú cieľovú skupinu tvoria rómske dievčatá a mladé rómske ženy z marginalizovaných rómskych komunít na Slovensku v období dospievania a dospelosti vo veku od 15 do 23 rokov (Záverečná správa z výskumu, Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky 2011), sociálna práca na ulici, streetwork, je jednou z najúčinnějších ciest prevencie prostitúcie. Ide o nadväzovanie kontaktov a získavanie dôvery a následne pomoc osobám, ktoré sa zaoberajú prostitúciou. Pri riešení prípadov s ľuďmi je dôležitá heterogenita, ktorá vedie k nižšej koordinácii, a tým aj k zníženiu nižšia úroveň rozvoja efektívnej multidisciplinárnej práce (Dávidová, Hardy, Hamarová 2017).

Dôležitú úlohu v oblasti prevencie zohrávajú aj besedy s mladými dievčatami na školách, ktoré sú zacielené na zvyšovanie obozretnosti v tejto oblasti. Veľký dôraz treba klásť aj na sexuálnu výchovu, ktorá zohráva dôležitú úlohu pri vývoji osobnosti mladého človeka. Turček (2003) uvádza, že najčastejším zdrojom informácií mládeže o pohlavnom živote sú časopisy a priatelia, rozhlas, televízia a odborné knihy a až v poslednom rade rodičia a škola. Sexuálna výchova na školách je potrebná aj preto, lebo oddaľuje začiatok pohlavného života. Zameranie preventívnych a intervenčných programov v období adolescencie aj na prácu s rovesníkmi (rovesnícke skupiny) sa javí ako veľmi užitočné, keďže mladí ľudia v tomto veku môžu byť výrazne ovplyvnení (kladne a j negatívne) vzťahmi v ktorých sa nachádzajú.

Podľa správy Ministerstva vnútra SR (2011), na základe prvej analýzy údajov z výskumu realizovaného v rómskej komunite sa potvrdzujú

doterajšie predpoklady, že táto komunita je neustále objektom záujmu organizovaného zločinu na nútenú prácu a sexuálne vykorisťovanie a z týchto dôvodov odporúčajú:

- Zefektívniť opatrenia za účelom zvýšiť informovanosť populácie o existencii obchodovania s ľuďmi, o podmienkach, metódach a praktikách obchodovania s ľuďmi v Slovenskej republike.
- Skvalitniť úroveň opatrení v oblasti zvyšovania právneho vedomia obyvateľstva zamerať na realizáciu kampaní, ktoré budú poskytovať podrobné informácie o trestnom čine obchodovania s ľuďmi, takou formou, aby boli pochopiteľné aj pre ohrozené skupiny obyvateľstva.
- Na základe výsledkov z výskumu tiež vyplynulo, že respondenti sa veľmi málo dozvedia o obchodovaní s ľuďmi vo vzdelávacích inštitúciách (na základných a stredných školách: štátnych aj súkromných), preto odporúčame riešiť zaradenie problematiky obchodovania s ľuďmi do výučby a tým zvýšiť podiel týchto inštitúcií na rozšírení právneho vedomia a informovanosti mládeže.
- V detských domovoch, chránených charitatívnych zariadeniach, krízových centrách pripraviť chovancov a obeť absolvujúce reintegračný proces na zaradenie do spoločenského života alebo na návrat do komunity, pričom je potrebné ich dôrazne upozorniť na praktiky vedúce k ich možnému zneužitiu na rôzne formy nútenej práce a sexuálnemu vykorisťovaniu.
- Vzhľadom na častý výskyt ako nútenej tak aj dobrovoľnej prostitúcie venovať pozornosť zodpovedných orgánov postihu osôb, ktoré obeť zneužívajú na poskytovanie sexuálnych služieb. Prijatť legislatívne opatrenia, ktoré by umožnili postih pouličnej prostitúcie, ale aj kontrolu činnosti rôznych zariadení, kde sa sexuálne služby pre verejnosť poskytujú.

ZÁVER

V skutočnosti je potrebné tento jav celkom oprávnenne zaradiť medzi sociálno-patologické javy – a to aj z toho dôvodu, že je úzko spätý s promiskuitným správaním, šírením pohlavných chorôb, závislosťami a ohrozuje mravnú výchovu detí a mládeže vo vzťahu k zodpovednému sexuálnemu životu, manželstvu a rodičovstvu. Navyše, sú s ňou štatisticky významne spojené často trestné činy násilného i organizovaného charakteru. Isteže, sme si vedomí, že táto kvalifikácia prostitúcie ako sociálno-patologického javu vychádza z presvedčenia, že promiskuitné správanie, šírenie pohlavných chorôb, závislostí či vnímanie sexualitu oddelene od zodpovednosti, manželstva a rodičovstva sú javy pre spoločnosť patologické - a bude trvať len dovtedy, kým ich spoločnosť za také bude pokladať. Práve tu sa ukazuje naliehavá potreba širšieho a po každej stránke komplexného ponímania

tejto problematiky, zodpovedajúceho najvznešenejším cieľom sociálnej práce ako takej. Cílené vzdelávanie zamerané na správnu cieľovú skupinu môže aj v tejto oblasti veľa zmeniť a eliminovať riziká vzniku samotných patologických javov.

Ako presviedčajú dejiny a ukazuje súčasnosť, je zbytočné vymýšľať plány na odstránenie prostitúcie zo života ľudského spoločenstva. Vieme však, že ide o vážny sociálno-patologický jav. Musíme sa preto pokúsiť eliminovať jej násilnú a nútenú formu a investovať viac energie do podpory tých, ktorí s vykonávaním tejto činnosti chcú prestať. A preto je potrebné podniknúť zásadné kroky na riešenie problému a zaviesť primerané preventívne opatrenia, ktoré by eliminovali riziká spojené s prostitúciou. Bez ohľadu na to, či si jej existenciu a prítomnosť v našej spoločnosti uvedomujeme, alebo ju vytrvalo ignorujeme, prostitúcia tu je. Žije vlastným životom priamo medzi nami a nepomôže nám, ak budeme odvracať tvár. Prostitúcia tu bude naďalej, akurát že my neuvidíme ako postupne rastie.

Záverom si dovoľíme konštatovanie, že dnes, keď sa veľký dôraz kladie na prevenciu, je nesmierne dôležité spoločnými silami (rodina, škola, spoločnosť) realizovať účinné opatrenia na zamedzenie rozvoja negatívnych zdravotných dôsledkov na mladé dievčatá, ktoré sú rizikového správania schopné, ale neuvedomujú si jeho dôsledky.

LITERATÚRA

1. Baška T, Kolarčík P (2009). Rizikové správanie u školákov: fajčenie tabaku, konzumácia alkoholu a kanabisu, fyzické násilie. In: Sociálne determinanty zdravia školákov. HBSC-Slovensko-2005/2006 (Eds. Madarasová-Gecková A *et al.*). Košice: Equilibria 2009. 101 p. ISBN 978-80-89284-29-0.
2. Blatný M *et al.* (2005). Problematika rizikového chování vývoja dětí a dospívajících. Československá psychologie. vol. 49. no. 8.
3. Dávidová, M., Hardy, M., Hamarová, M. (2017). Perception of meaningfulness and a safe type of relationship bond as an important means of assistance for helping professions". Acta Missiologica, 2017: 11(1). Pp. 60-80
4. DiClemente RJ *et al.* (2005). Prevention and control of sexually transmitted infections among adolescents: The importance of a socioecological perspective. A commentary. Public Health. 2005. 825-836 p.
5. DiClemente RJ *et al.* (2008). Psychosocial predictors of HIV - associated sexual behaviours and the efficacy of prevention interventions in adoles-

- cents at risk for HIV infection: What works and what doesn't work? *Psychosomatic Medicine*. 2008. 598-605p.
6. Ekberg G (2004). The Swedish Law that Prohibits the Purchase of Sexual Services: Best Practices for Prevention of Prostitution and Trafficking in Human Beings. Ministry of Industry, Employment, and Communications. 2004. 1187-1218 p.
 7. Frišaufová M (2008). Pragmatický diskurs v organizační kultuře sdružení. Rozkoš bez rizika. Diplomová práce. Brno. 2008
 8. Fula M (2004). Antropológia ženy a náuka Jána Pavla II. Bratislava: Don Bosco. 2004. 286 p. ISBN 80-8074-016-X.
 9. Hamanová J *et al.* (2000). Rizikové chování dospívajících a jeho prevence. Praha: Státní zdravotní ústav. 2000. ISBN 80-902898-0-0.
 10. Kalina K (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. *Psyché*. 2013. 528 p. ISBN: 978-80-247-4361-5.
 11. Kolenčík M (2000). Svet nepoznanej reality. História a súčasnosť prostitúcie. Žilina. 2000. 214 p. ISBN 80-968-498-6-7
 12. Koutek J, Kocourková J (2003). Sebevražedné chování. Praha: Portál 2003. 127 p. ISBN80-7178-732-9.
 13. Labáth V *et al.* (2001). Riziková mládež: možnosti potenciálních změn. Sociologické nakladatelství. Vyd. 1 edition. 2001. 157 p. ISBN 8085850664.
 14. Ludvigh Cintulová, L., Radková, L. (2019). Social aspects of unplanned pregnancies in teenage Roma girls. In *Kontakt* 2019, 21(1): 106-112 DOI: 10.32725/kont.2018.006
 15. Macek P (2003). Adolescence. Portál. 2003. 142 p. ISBN 8071787477.
 16. Madliak J (1991). Trestnoprávne a kriminologické aspekty prostitúcie. *Právny obzor*. 1991; 74(7).
 17. Mátel A, Janechová L, Roman L (2011). Sociálna patológia a intervencia sociálnej práce. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava. VŠZaSP sv. Alžbety. 2011. 464 p. ISBN 978-80-8132-018-7.
 18. Mojzešová M (2011). Dôstojnosť nedospeléj ženy v súvislosti s predčasným sexuálnym správaním. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie: Sociálna patológia a intervencia sociálnej práce. Bratislava. VŠZaSP sv. Alžbety. 2011. 464 p. 978-80-8132-018-7.
 19. Ondrejko P, *et al.* (2009). Sociálna patológia. Bratislava: Veda 2000. 577p. ISBN 9788022410748.
 20. Ondrejko P (2009). Chudoba, prostitúcia, drogy a samovraždy – príčinné súvislosti. Sládkovičovo. VŠ Danubius. 2009. 148 p. EAN: 9788089267286.
 21. Orosová *et al.* (2007). Rizikové faktory užívania drog dospievajúcimi. *Československá psychologie*. 2007; 51(1): 32-48. ISSN 0009-062X.
 22. Schavel M *et al.* (2008). Sociálna prevencia. Bratislava. VŠZaSP sv. Alžbety. 2008. 140 p. ISBN 978-80-89271-22-1.
 23. Správa o sexuálnom vykorisťovaní a prostitúcii (2014). Európsky parlament. 2014.
 24. Turček K (2003). Psychopatologické a sociálnopatologické prejavy u detí a mládeže. Bratislava. IRIS. 2003. 168 p. ISBN 8088778999.
 25. Vágnerová M (2005). Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání. Praha. Karolinum. 2005. 468 p. ISBN 80-246-0956-8.
 26. Votroubek P (2010). Prevencia kriminality v rómskych komunitách. Dizertačná práca. Bratislava. Akadémia Policajného zboru. 2010.
 27. WHO (2012). 'Prevention and Treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: Recommendations for a public health approach'. WHO Department of HIV/AIDS. 2012. 52 p. ISBN: 978 92 4 150474 4
 28. WEISS P *et al.* (1996). Koitální debut. *Československá psychologie* 40. 1996.
 29. Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov
 30. Záverečná správa z vedecko-výskumných úloh (2011). „Páchanie trestného činu obchodovania s ľuďmi s prihladením na vstup SR do Schengenu“ a „Formy obchodovania s ľuďmi za účelom nútenej práce“. Bratislava. MV SR. 2011. 114 p.
 31. Zborník referátov z konferencie (2006). Adolescencia. Aktuálne otázky predčasného a predĺženého dospievania. Slovenská spoločnosť pre rodinu a zodpovedné rodičovstvo. 2006. 176 p. ISBN 80-968891-5-X.

TRAMPOLÍNA: NADŠENIE ALEBO SKEPSA? TRAMPOLÍNOVÉ ÚRAZY DETÍ TRAMPOLINE: PASSION OR SCEPTICISM? CHILDREN TRAMPOLINE INJURIES

Jozef KUBAŠOVSKÝ,¹ Ján SLÁVIK,² Peter POLAN,¹ Ján PERDUK,¹ Július EVELLEY¹

¹ Klinika muskuloskeletálnej a športovej medicíny UPJŠ, Lekárska fakulta

1. súkromná nemocnica Košice-Šaca, a.s., člen skupiny AGEL

² Oddelenie anestézie a intenzívnej medicíny,

1. súkromná nemocnica Košice-Šaca a.s., člen skupiny AGEL

Kontaktná adresa: MUDr. Jozef Kubašovský, Klinika muskuloskeletálnej a športovej medicíny Lekárska fakulta, UPJŠ, Nemocnica Košice-Šaca, 1.súkromná nemocnica, a.s. Člen skupiny Agel, FIFA medical centre of excellence, Lúčna č. 57, 04015 Košice-Šaca, e-mail: j.kubasovsky@gmail.com

ABSTRAKT **Úvod:** Rekreačné používanie trampolín ako miesta oddychu, relaxácie neprofesionálne športujúcej verejnosti je pozorované s obľubou približne od 1950 roku v USA. Z miesta vzniku sa „vybrala“ trampolína na cestu okolo Austrálie, krajín západnej Európy, neskôr úspešne „zablúdila“ aj do krajín východnej Európy. Výskyt úrazov počas tejto aktivity viedol viacerých špecialistov na problematiku detských úrazov k sledovaniu a vyhodnocovaniu úrazovosti detí počas aktivity na trampolíne.

Cieľ: Cieľom práce je prezentácia štatistických údajov od renomovaných autorov o úrazoch na trampolíne, vyhodnotenie známych rizikových faktorov. Preventívne opatrenia, edukácia o nebezpečných aktivitách na trampolíne je najvýznamnejší faktor prevencie závažných poranení.

Zistenia: Autori prezentujú pravidlá športovania na trampolíne, ktoré sú univerzálne pre trampolíny na všetkých kontinentoch a v oboch lokalizáciách, kde sa trampolína nachádza – domácich trampolínach aj v trampolínových parkoch.

Záver: Prezentácia predstavuje informácie o histórii skákania na trampolíne a súčasnosti sledovania úrazovosti počas obľúbeného športu - skákaní na trampolíne. Prezentujú najčastejšie lokalizácie úrazov, typické diagnózy úrazov na trampolíne, technické, organizačné a medicínske preventívne opatrenia vedúce k obmedzeniu vzniku úrazov a neskôr aj následkov úrazov. Na štatistických vyhodnoteniach úrazovosti počas aktivity na trampolíne autori zdôrazňujú nutnosť preventívnych opatrení aj v súkromných podmienkach – domácich trampolínach aj v trampolínových parkoch. Definujú možné obmedzenia hry, skákania na trampolíne, všeobecné pravidlá znižujúce výskyt hlavne závažných, kritických úrazov.

Kľúčové slová: trampolína; úraz; deti; trampolínové parky; prevencia

ABSTRACT **Introduction:** Recreative using of trampolines as the spot for resting and relaxation of unprofessional sportive people is visible approximately from 1950 in USA. From its place of origin went trampoline on Australia and west Europe tour, later it strayed into eastern European countries. Several specialists in topic of children injuries has been led to monitoring and evaluation of accident rate due to occurrence of injuries during this activity

Objective: The objective of this work is to present the statistical data from authors of repute regarding injuries on trampolines and the evaluation of known risk factors. Preventive measures, education about dangerous activities on trampolines is the most important factor for serious injuries prevention.

Findings: The authors present the rules for sporting on trampoline, that are general for trampolines on all continents and in both locations where the trampoline can be present – at home or in special trampolines parks.

Conclusions: The presentation introduces the information on history of trampoline jumping and current monitoring of accident rate during the favourite sport – trampoline jumping. The authors present the most frequent injuries locations, typical diagnosis of trampoline injuries, technical, organisational and medical preventive measures leading to limit the occurrence of injuries and later the consequences of injuries. The authors highlight the necessity of preventive measures based on statistical data evaluation of injuries during trampoline activities in private conditions as well – home trampolines and trampolines parks. Potential limitation of game, trampoline jumping and general rules for limitation of the occurrence of injuries, mainly those critical and serious, are defined.

Key words: trampoline; injury; children; trampoline parks; prevention

ÚVOD

Aktivita detí a dospelých na trampolíne v našich podmienkach ostávajú čoraz obľúbenejším zdrojom zábavy, aktívneho odpočinku po každodennom školskom a pracovnom stereotypu a tým logicky aj častejšou príčinou tzv. „trampolíkových“ úrazov. Trend mať na záhrade, dvore trampolínu kopíruje USA a krajiny západu Európy z 90-tych rokov minulého storočia.

Začiatkom nového tisícročia začala a úspešne sa rozvíja výstavba a prevádzka trampolíkových parkov. S rozvojom „trampolíňového boomu“ a súbežne s pozitívami (posturálna stabilita detí, nácvik lepšej koordinácie pohybov) ktoré sú benefitmi skákania na trampolíne ide ruka v ruke aj zvýšená frekvencia úrazovosti. Zdravotnícki pracovníci, tréneri, rodičia, verejnosť a aj samotné deti by mali byť o to viac informované o možných rizikách aktivity na trampolíne a spôsoboch ako úrazom predchádzať. Prezentácia by mala poskytnúť všetkým zainteresovaným najnovšie informácie o výskyte, závažnosti a prevencii vzniku úrazov.

HISTORICKÝ PREHLAD, MÝTIKY

Tradičná hra veľmi podobná skákaniu na trampolíne bola prvýkrát spomenutá v literatúre v súvislosti s kmeňom kanadských indiánov – Inuitov. Skákajúca, obvykle malé dievča, bolo vyhodené do vzduchu dospelými a úspešne zachytávané do rohože zo spracovanej mrožej kože. Plagát Pablo Fanque Kráľovského Cirkusu z 19.storočia predstavuje akrobatické vystúpenie na trampolíne. Traduje sa, že

tohoto prvý rozvinul túto atrakciu cirkusový artista menom Trampolin. Publikované zdroje informujú o návšteve dvoch dobrodruhov z USA z 1930 roku v Mexiku, kde George Nissen a Larry Griswold nazvali zariadenie podľa španielskeho slova trampolína znamenajúcu „skákajúcu dosku“. Nissen a Griswold boli artisti a gymnasti z Univerzity Iowa v USA (Sandler *et al.* 2011). V roku 1936 zostrojili modernú trampolínu a v 1942 roku založili spoločnosť Griswold-Nissen Trampoline & Tumbling Company v Cedar Rapids, Iowa vyrábajúcu komerčne trampolíny. Toto zariadenie bolo použité tohoto tréningu pilotov počas 2.svetovej vojny. Umožňovalo tréning v orientácii vo vzduchu, čo nebolo predtým možné (Black, Amadeo, 2003). Po 2 svetovej vojne s rozvojom kozmického programu bola trampolína použitá na tréning amerických a sovietskych kozmonautov. Tréning im umožňoval získanie skúsenosti s rôznou polohou tela počas letu. Od roku 1950 získalo rekreačné použitie trampolíny obľubu v USA, Európe a Austrálii (Sandler *et al.* 2011; Black, Amadeo, 2003; Chalmers *et al.* 1994; Hurson *et al.* 2007). Medicínske poznatky a príspevky k úrazovosti počas skákania na trampolíne sa v odbornej literatúre objavili po roku 1956 (Sandler *et al.* 2011; Smith, 1998). Prvé publikácie o úrazoch na trampolíne boli v 1956 roku práca od Zimmermana a publikácia od Ellisa *et al.* v 1960 roku (Smith, 1998). Pre rozšírenie tohoto športu bol dôležitý rok 2000, kedy súťaženie, skákanie na trampolíne debutovalo na XXVII. Olympijských hrách 2000 v Sydney, Austrália (Jordan *et al.* 2019; Lee *et al.* 2019).

ŠTATISTICKÝ VÝSKYT ÚRAZOV VŠEOBECNE

Úvodom tejto časti prezentácie autori využili závery analýzy stavu úrazovosti a bezpečnosti detí a mládeže v Slovenskej republike.

Pády (v tom aj pády počas aktivity na trampolínach) sú tretou najčastejšou príčinou úmrtia detí v EÚ aj na Slovensku, ale najčastejšou príčinou hospitalizácií a ošetrovni na pohotovostiach. Nerovnosti v úmrtiach následkom pádov medzi krajinami ukazujú, že v krajinách s nižšou výkonnosťou je riziko úmrtia na pády 9 krát vyššie. Slovensko je na 20. mieste medzi hodnotenými krajinami s hodnotu 0,57/100000 (priemer EÚ 0,53) u chlapcov a 0,32/100000 (priemer EÚ 0,21) u dievčat.

Údaje o úrazoch, ktoré sa stanú v domácnostiach, pri hrách a voľnočasových aktivitách detí sú zväčša založené len na prieskumoch, ktoré jednotlivé krajiny vykonávajú na rôznych úrovniach. Informácie o ambulantných výkonoch v rámci ošetrovania úrazov na Slovensku nie sú štandardne zo zdravotných poisťovní k dispozícii. V Slovenskej republike nie je povinnosťou lekárov poskytovať informácie o okolnostiach úrazu tak, ako je to zavedené napríklad v Českej republike. Informácie o tom, či išlo o domáci úraz, úraz vzniknutý pri športe, dopravnej nehode či školský úraz, či k nim došlo pod vplyvom alkoholu alebo drog nemôžu slúžiť pre plánovanie stratégií a programov na ich predchádzanie ani na zameranie cieľových skupín. Preto doplnenie štatistického vykazovania, ktoré zabezpečuje Národné centrum zdravotníckych informácií prostredníctvom Ročných výkazov o činnosti z chirurgických ambulancií by malo byť jedným z významných opatrení napomáhajúcich prevencii úrazov detí (Analýza stavu úrazovosti a bezpečnosti detí a mládeže v SR).

Podľa údajov z roku 2012 v členských krajinách EÚ umiera ročne okolo 35 000 detí a mladých ľudí vo veku pod 20 rokov na rôzne úrazy, z toho viac ako 2/3 na neúmyselné. Slovensko je podľa hodnotenia 28 krajín na 16. mieste s mierou štandardizovaného úmrtia 9,27/1 000 000 detí. Európski odborníci odhadujú, že pri uplatnení účinných preventívnych opatrení by sa mohlo predísť až 90-tim percentám úrazov a k zníženiu počtu úmrtí až o polovicu (Analýza stavu úrazovosti a bezpečnosti detí a mládeže v SR).

ŠTATISTICKÝ VÝSKYT ÚRAZOV POČAS AKTIVITY NA TRAMPOLÍNE

Najrozšírenejší počet „domácich“ trampolín a trampolínových parkov je v USA. Prítomnosť úrazov tu viedol k ich pravidelnému štatistickému pozorovaniu a vyhodnocovaniu. Oficiálne a najdôležitejšie sú dve línie, ktoré systematicky spracovávajú a na základe štatistik vyhodnocujú úrazovosť a jej príčiny. „Consumer Product Safety Commission (CPSC)“ - „Komisia bezpečnosti zákazníkov“, je prvou oficiálnou inštitúciou, ktorou výrobcovia jednotlivých produktov sledujú vývoj úrazovosti svojich produktov. Druhou je „National Pediatric Trauma Registry (NPTR)“ - „Národný pediatrický trauma register“ (Smith, 1998; Furnival et al. 1999).

Americká Akadémia Pediatrov (AAP) vypracovala podľa zistení týchto orgánov v roku 1977 program odporúčaní pod názvom Trampolína I, ktorý zakazoval školám výučbové použitie trampolín a taktiež odporučila zrušiť skákanie na športových súťažiacich. Po 4 rokoch v roku 1981 AAP skoncipovala program Trampolína II (Furnival et al. 1999).

V ekonomicky vyspelých krajinách, ako sú napríklad USA, Kanada, Austrália, Veľká Británia, Nový Zéland alebo Írsko, sa frekvencia výskytu úrazov detí na trampolíne sleduje ľahšie, pretože je tu štatistické spracovanie úrazovosti samozrejmosťou.

Počas 6 ročnej periódy od 1990 roku do 1995 roku bolo liečených 249 400 detí do 18 roku veku na ambulanciách pohotovosti v USA. Množstvo liečených detí ročne stúpalo z 29 600 v roku 1990 na 58 400 v roku 1995 (Smith, 1998). Iné zdroje uvádzajú vzostup počtu trampolínových úrazov v roku 1991 približne 39 000 na 83 000 v roku 1996 (Lee et al., 2019). Frekvencia návštev na pohotovosti pre úraz na trampolíne bola v období od 2000 do 2005 roku 88 563 čo predstavuje nárast o 113 % oproti obdobiu od 1990 do 1995 roku. Aktivity vykonávané v domácom prostredí spojené s trampolínou sa stávajú významným zdrojom detskej úrazovej morbidita (Linakis et al. 2007).

Štatistiky uvádzajú výskyt okolo 100 000 poranení ročne s maximom 111 851 v roku 2004. Podiel trampolínových úrazov bol v roku 2009 - počet 70 úrazov na 100 000 detí vo veku do 4 rokov a 160 úrazov na 100 000 detí vo veku od 5 rokov do 14 rokov (Briskin et al. 2012). Ďalšia databáza trampolínových úrazov podľa „The National Electronic Injury

Surveillance“ uvádza údaje, že v období od 2002 do 2011 bolo na Pohotovosti spolu 1 002 735 úrazov spojených s aktivitou na trampolíne. V súbore bolo vyšetrených a ošetrených 288 876 trampolínových zlomenín (Chambers *et al.* 2019; Loder *et al.* 2014).

Kanadské počítačovo vyhodnotené zdroje poskytujú údaje z 15 centier detskej chirurgie a v 1996 roku zaznamenali 1042 úrazov a hospitalizácii spojených s hrou na trampolíne (Black, Amadeo 2003).

Írske zdroje konštatujú kopírovanie trendu v USA a registrujú za obdobie 3 mesiacov, od júna do augusta 2005 vyšetrených 101 pacientov v Detskej nemocnici v Dubline (Hurson *et al.* 2007).

Austrálska štatistika z 3 pediatrických Trauma centier v Novom Južnom Walse vyhodnotila za 9 ročné obdobie (1999-2008) 392 pacientov hospitalizovaných po úraze na trampolíne (Sandler *et al.* 2011). Ďalšia štatistika z Austrálie vyhodnotila trampolínové úrazy za 14 rokov od 1. júla 1999 do 30. júna 2013 a registrovala 18 514 trampolínových úrazov riešených na Pohotovosti, pri 11,4 % náraste počtu medziročne (Ashby *et al.* 2015). Štatistika z pre nás exotického Singapuru uvádza v období od marca 2012 do júna 2016 v Národnom registri 137 detí vo veku od 6 do 16 rokov vyšetrených a ošetrených s trampolínovými úrazmi (Lim *et al.* 2019).

VÝSKYT ÚRAZOV NA TRAMPOLÍNACH VZHLADOM K POHLAVIU, VEKU, MECHANIZMU ÚRAZU

V závislosti od pohlavia väčšinou nie sú pozorované významné rozdiely vo výskyte úrazov na trampolíne (Sandler *et al.* 2011; Black, Amadeo 2003; Smith 1998; Loder *et al.* 2014). Priemerný vek poranených sa pohybuje podľa rôznych zdrojov v rozpätí od veku 6,5 roka v Austrálii (Sandler *et al.* 2011) do veku 10 rokov v USA, Kanade, Írsku, Novom Zélande (Chalmers *et al.* 1994; Hurson *et al.* 2007; Linakis *et al.* 2007; Loder *et al.* 2014). V rozdelení do vekových skupín nie sú podľa publikovaných autorov výraznejšie rozdiely. Vo vekovej skupine 0-4 roky je poranených od 11 % do 18 %, najrizikovejšia skupina je skupina 5-9 ročných, lebo reprezentuje najvýraznejšie zastúpenie úrazov od 32 % do 66 %. Skupina vo veku od 10 do 18 rokov mala percentuálne v hodnotených súboroch zastúpenie od 21 % do 50 % (Black, Amadeo, 2003; Chalmers *et al.* 1994; Smith, 1998; Linakis *et al.* 2007).

Mechanizmus úrazu. Až tri štvrtiny úrazov sú na základe publikovaných rozsiahlych štúdií, spojené s prítomnosťou viacerých ľudí na trampolíne. Nasledujúci sledovaný mechanizmus úrazu je pád mimo trampolínu, až 27% - 39% (Black, Amadeo, 2003; Briskin *et al.* 2012). Príčinou úrazu môže byť aj stret s konštrukciou a pružinou trampolíny (Briskin *et al.* 2012). Rizikový faktor je aj vchádzanie - vstup a vychádzanie - výstup z trampolíny. Podobne sú riskantné aj pokusy o akrobáciu ako saltá, kotúle a pod. (Sandler *et al.* 2011).

LOKALIZÁCIA TRAMPOLÍNOVÉHO ÚRAZU. DOMÁCE TRAMPOLÍNY VERSUS TRAMPOLÍNOVÉ PARKY

Lokalizácia trampolínového úrazu bola v štatistikách z konca 90.rokov minulého storočia jednoznačná, súkromné - „domáce“ trampolíny - na dvoroch, záhradách predstavovali od 80% do 99% zranení. Zvyšné percentá boli ihriská, školské ihriská, „parky s trampolínami“, telocvične a iné rekreačné priestory (Black, Amadeo, 2003; Smith, 1998; Jordan, To, Shafafy *et al.* 2019; Linakis *et al.* 2007). Tento pomer nie je v súčasnosti aktuálny pre prechod väčšiny športujúcich z „domácich“ trampolín do trampolínových parkov.

V roku 2011 začala celosvetovo éra tzv. „trampolínových parkov“ (Kasmire *et al.* 2016; Smith *et al.* 2019; Rao *et al.* 2019; Sharwood *et al.* 2018). V USA bolo v 2011 roku 35 parkov, pričom v 2014 roku už 280 (Kasmire *et al.* 2016). International Association of Trampoline Parks - Medzinárodná asociácia trampolínových parkov vypracovala po rozšírení počtu parkov smernice, pravidlá pri prevádzkovaní týchto parkov (Smith *et al.* 2019). Podobne v Kanade v 2011 roku začalo štatistické vyhodnocovanie úrazov na trampolínach v priestoroch parkov (Rao *et al.* 2019). V Austrálii počet trampolínových parkov z počtu 25 z roku 2010 stúpol na 350 v roku 2014 (Sharwood *et al.* 2018). V súčasnosti je publikovaných niekoľko prezentácií ktorých obsahom je porovnávanie úrazov na „domácich“ trampolínach s úrazmi v trampolínových parkoch (Jordan *et al.* 2019; Lee *et al.* 2019; Kasmire *et al.* 2016; Smith *et al.* 2019; Rao *et al.* 2019; Sharwood *et al.* 2018; Doty J *et al.* 2019). Kanadskí autori porovnávali úrazy na domácich trampolínach (počet 5481) s úrazmi v trampolínových parkoch

(počet 563) a zistili až 71,1% úrazov postihujúcich dolné končatiny v trampolínových parkoch, pričom v domácich trampolínach úrazy dolných končatín predstavovali len 43,2% úrazov. Opačné zistenia boli u úrazov horných končatín s pomerom 35,6 % k 14,7%, a u úrazov hlavy a krčnej oblasti s prevahou pri domácich trampolínach 14,9% k 10,0%. Priemerný vek poranených bol 8,0 roka u domácich trampolín a 10,2 roka u poranených v trampolínových parkoch (Rao *et al.* 2019). Podobne britskí autori konštatujú prevahu poranení horných končatín, hlavne mäkkých častí u domácich trampolín, zlomeniny dolných končatín sú častejšie pri úrazoch v trampolínových parkoch až 35% zo všetkých úrazov (Jordan *et al.* 2019). Autori z USA porovnávali úrazovosť oboch lokalizácií, zistili priemerný vek športujúcich v trampolínových parkoch 13,3 roka u domácich 9,5 roka, konštatovali podobne ako ostatní autori prevahu poranenia dolných končatín, zlomenín, otvorených zlomenín, vykĺbení u poranených v trampolínových parkoch, tieto poranenia vyžadujú hospitalizáciu a často operačné riešenie (Kasmire *et al.* 2016).

Všetky príspevky venujúce sa porovnávaniu úrazov na domácich trampolínach a v trampolínových parkoch zdôrazňujú opatrenia, prevenciu. Členovia International Association of Trampoline Parks - Medzinárodnej asociácie trampolínových parkov aktuálne pracujú na stanovení nových bezpečnostných štandardov v prevádzke parkov. Predpokladajú stanovenie počtu, veľkosti alebo veku skákajúcich, dizajnu a umiestnenia trampolín v parku (Smith *et al.* 2019). Autori o závažných úrazoch upozorňujú na súčasný nevyhovujúci stav, bez dodržiavania odporučených pravidiel a obmedzení (Lee *et al.* 2019).

LOKALIZÁCIA . ŠPECIFICKÉ - JEDNOTLIVÉ LOKALIZÁCIE ÚRAZOV

1.Poranenia končatín

Úrazy horných končatín- mäkkých častí, lacerácie, zlomeniny, luxácie sú podľa väčšiny autorov najčastejšími poraneniami, percentuálne od 59% do 71% (Sandler *et al.* 2011; Linakis *et al.* 2007, Loder *et al.* 2014). Najčastejšie sú taktiež poranenia skeletu v oblasti lakťa a predlaktia (Linakis *et al.* 2007). Autori z Veľkej Británie vyhodnotili suprakondylické zlomeniny ramennej kosti za 3 ročné obdobie 2008-2011. Úraz na trampolíne bol príčinou poranenia u 24 detí z celkového počtu 118 zlomenín. V záveroch

príspevku zdôrazňujú zvýšenú frekvenciu výskytu počas prázdnin, pri absencii kontroly rodičmi a dospelými osobami (Smith *et al.* 2019). Zlomeniny predlaktia predstavujú 40% až 50% všetkých detských zlomenín a ako jedna z najčastejších etiológií je pád na trampolíne (Rao *et al.* 2019; Sharwood *et al.* 2018). Ďalšie príspevky prezentujú ako najčastejšiu lokalizáciu úrazov na trampolíne dolné končatiny, hlavne oblasť členkov a kolena (Obr. 1, Obr. 2).

Obr. 1, 2 CT zlomeniny členkových kostí u 17 ročného S.D. po úraze na trampolíne.



Obr. 3, 4. Pooperačný snímok po ošetrení zlomeniny členkových kostí.



Uvádzajú 24 % až 36% výskyt poranenia dolných končatín, z toho je približne 60 % zlomenín (Briskin *et al.* 2012). Jeden z najčastejších mechanizmov je inverzia v členku (Shankar *et al.* 2006).

Medzi zriedkavé, ale závažné poranenia - zlomeniny na trampolíne patrí zlomenina tela stehnovej kosti. Autori z USA vyhodnotili 5 ročné obdobie a z celkového počtu 137 pacientov so zlomeninou tela stehnovej kosti bola etiológia pád na trampolíne u 4 detí, čo predstavuje 3% z celkového počtu (Shrader *et al.* 2011).

Podobne zriedkavé, ale závažné poranenie je predná luxácia kolenného kĺbu spojená s trombózou popliteálnej artérie. Autori z USA v sledovanom období 1 roka prezentovali 3 pacientov po úraze na trampolíne, všetci boli po repozícii luxácie kolena riešení venóznym štepom na artériu a fasciotómiami (Kwolek *et al.* 1998).

Aktivita na trampolíne je dôležitý rizikový faktor aj v oblasti možného poškodenia rastových štrbín ako na dolných tak aj na horných končatinách. Toto riziko prezentovali autori zo Švajčiarska, spolu s rádiologickými nálezmi sledovaných rastových štrbín. U dvoch detí pri rtg sledovaní pozorovali skoršie uzavretie rastových štrbín na holennej kosti (Klimek *et al.* 2013).

2. Poranenia hlavy a krku

Napriek faktu, že poranenia končatín sú časté, viac alarmujúce sú poranenia krku a hlavy. Poranenia hlavy sú väčšinou spojené s pádom mimo trampolínu, úrazy krčnej chrbtice pri hyperflexii alebo hyperextenzii pri saltách a akrobacii (Briskin *et al.* 2012). V roku 1998 bolo registrovaných 6 500 poranení krčnej chrbtice (Brown, Lee 2000). Britskí autori referujú o 4 pacientoch za 3 mesačné sledované obdobie s poranením krčnej chrbtice a neurologickým výpadom (Anjum *et al.* 2006).

3. Špecifické poranenia na trampolíne - zlomeniny proximálnej tibiae

V roku 1986 autori z USA-Salt Lake City definovali pojem „trampolínová zlomenina“. Boyer *et al.* v roku 1986 prezentovali súbor 7 pacientov so zlomeninou proximálnej tibiae. Súbor bol vo veku od 2 do 5 rokov a charakteristické bolo, že tieto deti skákali na trampolíne spolu s inou osobou, starším dieťaťom alebo dospelým. Typická „trampolínová zlomenina tibiae“ je transverzálna, v metafýze proximálnej tibiae,

bez výraznej dislokácie. Výsledky konzervatívnej liečby sú vyhovujúce (Boyer *et al.* 1986, Paker 2017). Aj iní autori sa venujú tejto zlomenine a pri dlhodobom sledovaní zdôrazňujú, že táto zlomenina nie je spojená s rizikom valgóznej deformity (Kakel 2012).

Obr. 5., 6. „Trampolínová zlomenina“ proximálnej tibiae u 2 ročného chlapca po skákaní s dospelou osobou liečeného na našej Klinike.



- manubrosternálna dislokácia/úrazy sterna

Tieto úrazy boli popísané u detí vo veku 10 až 11 rokov, boli spojené s hrudnou hyperflexiou a zvládnuté konzervatívnou terapiou (Briskin *et al.* 2012).

- disekcia vertebrálnej artérie

Niekoľko prípadov disekcie vertebrálnej artérie po úraze krku bolo publikovaných. Etiológia je krčná hyperextenzia a rotácia, vznik intramurálneho trombu, ktorý spôsobuje disekciu ciev a možnú intrakraniálnu embolizáciu. Tieto poranenia môžu spôsobiť trvalý neurologický deficit. Každá bolesť krčnej oblasti v súvislosti s hrou, aktivitou na trampolíne vyžaduje vyšetrenie lekárom a diagnostický záver (Briskin *et al.* 2012).

- atlanto-axiálna sublúxia

V odbornej literatúre boli popísané 2 prípady súvisiace s trampolínou, ale pri každom podozrení je indikované vyšetrenie lekárom (Briskin *et al.* 2012).

4. Život ohrozujúce poranenia, exity

Najzávažnejšie poranenia okrem vyššie spomenutých sú poranenia asociované s aktivitou na trampolíne a rezultujú tragicky, exitom. Zdroje z Nového Zélandu identifikovali za 10 ročné obdobie (1978-1987) 2 exity, spôsobené pádom na rám trampolíny (Chalmers *et al.* 1994). Katcher *et al.* 1999 do roku 1990 vyhodnotili v dostupnej literatúre 6 exitov, s prevahou poranení krčnej chrbtice

a etiológiou pádu mimo trampolíny (Katcher *et al.*, 1999). Kanadskí autori v hodnotení výsledkov poranení krčnej chrbtice na trampolíne udávajú za 12 ročné obdobie (1995-2006) 7 prípadov lézie miechy v krčnej oblasti a 1 exitus pre kardiálnu zástavu. Trampolíny lokalizované v domácom prostredí boli miestom, kde sa tieto prípady odohrali (Leonard, Joffe, 2009). Väčšina z týchto poranení sa týkala vysoko trénovaných športovcov počas tréningového obdobia čo nasvedčuje tomu, že ani tréning so skúseným dozorom nemusí byť prevenciou týchto katastrofických úrazov (Purcell, Philpott 2007).

PREVENCIA

Väčšina príspevkov, kazuistík a štatistických zhrnutí, ktoré boli spomenuté sa zhodujú na prevencii vzniku úrazov. Cieľom je poskytnúť rodičom, príbuzným, športovcom, trénerom, učiteľom, lekárom, vychovávateľom a aj samotným deťom, ktoré obľubujú túto formu zábavy informácie o rizikách ich obľúbenej aktivity, športu. Informovanosť všetkých zainteresovaných je jedným z najdôležitejších aspektov zníženia počtu úrazov, ich závažnosti, a tým aj možným trvalým následkom po úrazoch (Briskin *et al.* 2012).

1. Prevencia všeobecná, organizačná

Autori, ktorí publikujú o tejto problematike podčiarkujú vo všeobecnej prevencii dva významné fakty predchádzajúce úrazom pri aktivite na trampolíne. Prvým je zdôrazňovaný zákaz hry na trampolíne v domácom prostredí, doma alebo na dvore aj v prítomnosti dospelých čiže dozoru alebo bez dozoru (Black, Amadeo 2003; Chalmers *et al.* 1994; Smith 1998; Briskin *et al.* 2012). V období prázdnin je tradične pozorovaný nárast počtu úrazov (Barr 2014). Je potrebné zdôrazniť, že ani prítomnosť dospelých osôb neznižuje riziko možného úrazu (Briskin *et al.*, 2012). Druhým závažným faktorom je zákaz aktivity, hry na trampolíne viac ako jednej osoby. Prítomnosť viac ako 1 osoby výrazne zvyšuje riziko úrazu (Black, Amadeo, 2003; Chalmers *et al.* 1994; Smith 1998; Briskin *et al.* 2012).

V roku 1999 Americká Pediatrická Akadémia na základe štatistických údajov a programov „Trampolines I“ a „Trampolines II“ zhrnula odporúčania prevencie úrazov. Závery konštatovali v tom čase najčastejší výskyt úrazov pri aktivite na

domácich trampolínach, pri aktivite viac ako jednej osoby na trampolíne, nutnosť sledovania a vyhodnocovania jednotlivých úrazov pre zlepšenie prevencie (Smith *et al.* 2019; Kakel, 2012). Jednoznačný záver príspevku bol v odporúčaní: trampolína nesmie byť používaná doma, v domácnosti alebo dvore, trampolína nesmie byť súčasťou telesnej výchovy v škole, trampolína nie je miestom na rekreačnú hru. Zakázaná je aj aktivita detí do 6 rokov na trampolíne (Katcher *et al.* 1999).

V roku 2003 autori článku o ortopedických úrazoch spojených s hrou na trampolíne v súlade so závermi Americkej Pediatrickej Akadémie a Kanadskej Pediatrickej Spoločnosti odporúčali: lekárske informovanie o možnosti úrazov počas aktivity na trampolíne, deti do 6 rokov majú zakázané aktivity na trampolíne, deti majú zakázané aktivity na trampolíne bez dozoru dospelého, nie je povolené aby viac ako 1 osoba mala aktivitu na trampolíne, zakázané sú samostatné nácviky rizikových aktivít - saltá a akrobatika (Black, Amadeo, 2003; Briskin *et al.* 2012; Grapton X *et al.* 2013; Paker 2017).

Dôležité odporúčania mal aj článok v oficiálnom časopise Americkej Pediatrickej Akadémie v 2012 roku. Závery príspevku sledujú predošlé zistenia o etiológii, výskyte úrazov na trampolíne a v prevencii potvrdzujú predošlé závery (Furnival *et al.* 1999). Za najdôležitejšie považujú dodržiavanie pokynov výrobcov, prítomnosť len 1 osoby na trampolíne, kontrolu a správne používanie ochranných opatrení, zákaz saltá a iných rizikových aktivít v rekreačnom používaní trampolíny, možnosť aktivity na trampolíne len v takzvaných „trampolínových parkoch“ pod dozorom erudovaných a skúsených cvičiteľov, trénerov. Je zdôrazňovaná neustála prítomnosť dospelaj osoby, dozor (Briskin *et al.* 2012; Randsborg PH *et al.* 2020).

V prevencii vážnych úrazov krčnej chrbtice sa vyžaduje nutnosť pripravenosti, tréningu na dosiahnutie vyspelosti pri aktivite na trampolíne, dôležitý je dozor pre začínajúcich. Pri nácviku náročných cvikov ako napríklad saltá aj nutnosť pomocných bezpečnostných zariadení (istiace popruhy) (Desmoulin *et al.* 2014).

2. Prevencia technická

Významnou formou prevencie je využívanie návodov na použitie u trampolín, oboznamovanie sa kupujúcich rodičov o rizikách aktivity na trampolíne (Smith 1998; Briskin *et al.* 2012; Purcell, Philpott, 2007). Viacerí autori upozorňujú na rastúci počet úrazov pri nedodržiavaní pokynov výrobcov (Anjum *et al.* 2006). Nový „design“, na ktorom pracujú výskumné pracoviská vo viacerých krajinách zníži riziko úrazov (Eager *et al.* 2012). Stav ochranných prostriedkov, napríklad obalenie vyčnievajúcich častí konštrukcie musí byť pravidelne kontrolovaný (Briskin *et al.* 2012).

3. Prevencia medicínska

Medicínska prevencia je zameraná na viac oblastí. Autori venujúci sa tejto téme zdôrazňujú nutnosť štatistického spracovania úrazov, mechanizmu, okolností, závažnosti. Údaje umožňujú lepšiu prevenciu hlavne u katastrofických poranení, ako sú poranenia krčnej chrbtice a podobne (Katcher *et al.*, 1999; Purcell, Philpott, 2007). Lekári venujúci sa tejto problematike by mali na miestach s komerčne používanými trampolínami, v „trampolínových parkoch“ informovať o rizikách hry, skákania na trampolíne a o odporúčaníach lekárov ako tieto riziká minimalizovať (Briskin *et al.*, 2012). Iní autori zdôrazňujú nutnosť dostupnosti ortopéda alebo neurochirurga pri súťažnom skákaní na trampolíne (Edlich *et al.* 2010).

Detské trauma centrá. Medzi medicínsku prevenciu možno zaradiť na Slovensku aj zriaďovanie a existenciu detských traumatologických centier. V bežných nemocniciach je až 45 % úmrtnosť po ťažkom úraze, v porovnaní s Traumatologickými centrami kde je výrazne nižšia – 14%. Význam detských traumatologických centier z hľadiska prevencie mortality detí a mladistvých je v možnosti získavania údajov o charaktere úrazov, aj o úrazoch na trampolíne, bez ktorých nie je možné prijať efektívne preventívne opatrenia (Analýza stavu úrazovosti a bezpečnosti detí a mládeže v SR).

4. Prevencia celospoločenská

Verejnosť by mala poznať informácie o rizikách aktivity na trampolíne aj formou verejných zdravotných kampaní, príspevkami s danou problematikou na internete a v médiách (Hurson *et al.* 2007). Na základe medicínskych poznatkov Švajčiarska spoločnosť pre prevenciu úrazov pripravila

pre rodičov s deťmi „Bezpečnostné odporúčania pri aktivite na trampolíne“ so 16 kapitolami ako znížiť riziko úrazu počas hry na trampolíne (Klimek *et al.* 2013).

ZÁVER

Informácii o predaji trampolín je na internete viac ako informácii o bezpečnom používaní tohto moderného spôsobu relaxácie, oddychu po celodennom zaťažení detí školskými povinnosťami, u dospelých pracovnými povinnosťami. Náš príspevok bol vyvolaný informáciami v médiách o zvýšenej frekvencii trampolínových úrazov vo veľkých mestách počas letných prázdnin, ako aj skúsenosťou s ošetrovaním pacienta so zlomeninou členkových kostí a ošetrovaním 2 ročného pacienta s typickou „trampolínovou zlomeninou proximálnej tíbie“ na našej Klinike po skákaní na trampolíne s dospelou osobou.

Cieľom a prínosom prezentácie by mali byť informácie o epidemiológii, incidencii úrazov počas aktivity na trampolínach. Zainteresovaní – deti, mládež, rodičia, tréneri, školskí funkcionári, aktivisti by sa mali pre nich prijateľnou formou zoznámiť s možnými úrazmi počas aktivity na trampolíne, byť pripravení na okamžitú reakciu na nepriaznivú situáciu. Frekvencia úrazov je na Slovensku ťažko odhadnuteľná. V zdravotníctve zatiaľ nie je dostatočne oceňované štatistické vyhodnocovanie úrazov. Zlepšenie štatistiky, respektíve zavedenie štatistiky, aspoň u detí, by zlepšilo prehľad, umožnilo zhodnotiť stav na Slovensku. Na údajoch z iných krajín o trampolínových úrazoch, ich lokalizácii či už na domácich trampolínach alebo v priestoroch trampolínových parkov, sme sa pokúsili prezentovať výskyt a možnosti prevencie týchto, niekedy závažných úrazov.

Podpora:

Táto práca vznikla vďaka podpore a činnosti Občianskeho združenia AGEL ACADEMY a Nemocnice Košice-Šaca a.s. 1. súkromnej nemocnice.

LITERATÚRA

1. Analýza stavu úrazovosti a bezpečnosti detí a mládeže v Slovenskej republike, <http://www.uvzsr>.

- sk/docs/info/zp/Analiza_stavu_urazovosti_a_bezpecnosti.pdf.
2. Anjum SN, Mevcha A, Amir F (2006). Trampoline-related injuries in children. *J Bone Joint Surg Br* 2006;88-B, SUPP III:433-434.
 3. Ashby K, D'Elia A, Day L (2015). Influence of voluntary standards and design modifications on trampoline injury in Victoria, Australia. *Inj Prev* 2015; **21**(5):314-319. doi: 10.1136/injuryprev-2015-041598 Epub 2015.
 4. Barr LV (2014). Paediatric supracondylar humeral fractures: epidemiology, mechanisms and incidence during school holidays. *J Chir Orthop* 2014;8,2:167-170, doi:10.1007/s11832-014-0577-0.
 5. Black GB, Amadeo R (2003). Orthopedic injuries associated with backyard trampoline use in children. *Can J Surg* 2003;46(3):199-201.
 6. Boyer RS, Jaffe RB, Nixon GW et al. (1986). Trampoline Fracture of the Proximal Tibia in Children. *AJR*.1986;146:83-85.
 7. Briskin S, LaBotz M, Brenner JS et al. (2012). Trampoline Safety in Childhood and Adolescence. *Pediatrics*. 2012;130/4:774-779.
 8. Brown P, Lee M (2000). Trampoline injuries of the cervical spine. *Pediatr Neurosurg* 2000;32,4:170-175.
 9. Chalmers DJ, Hume PA, Wilson BD (1994). Trampolines in New Zealand: a decade of injuries. *Br J Sports Med* 1994; 28:234-23.
 10. Chambers G, Holton C, Kraft, JK (2019). Radiological trends in trampoline-related paediatric injuries in a major paediatric trauma centre: a 6-year experience. *J Public Health (Berl.)* (2019) doi:10.1007/s10389-019-01164-3.
 11. Desmoulin GT, Rabinoff M, Stolz B, et al. (2014). A Biomechanical Method for Reconstruction of Tumbling Trampoline-Associated Cervical Spine Injuries Using Human and Anthropometric Test Dummy Data. *Forensic Biomechanics* 2014. **5**, 1: 2090-2097.
 12. Doty J, Voskuil R, Davis C, Swafford R, Gardner W, Kiner D, Nowotarski P (2019). Trampoline-Related Injuries: A Comparison of Injuries Sustained at Commercial Jump Parks Versus Domestic Home Trampolines. *J Am Acad Orthop Surg*. 2019 Jan 1; **27**(1): 23-31. doi: 10.5435/JA AOS-D-17-00470.
 13. Eager D, Scarrott C, Nixon J et al. (2012). Survey of injury sources for a trampoline with equipment hazards designed out. *J Paediatr Child Health*. 2012; **48**/7:577-581. doi: 10.1111/j.14401754.2012.02426.x .
 14. Edlich RF, Swainston EM, Dahlstrom J et al. (2010). An Injury Prevention Program to Prevent Gymnastic Injuries in Children and Teenagers. *Journal of Environmental Pathology, Toxicology and Oncology* 2010; **29**(1):13-15.
 15. Furnival RA, Street KA, Schunk JE (1999). Too Many Pediatric Trampoline Injuries. *Pediatrics*. 1999; 103/5: e 57.
 16. Grapton X, Lion A, Gauchard GC et al. (2013). Specific injuries induced by the practice of trampoline, tumbling and acrobatic gymnastics. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2013; **21**,2:494-499, doi: 10.1007/s00167-012-1982-x.
 17. Hurson C, Browne K, Callender O, et al. (2007). Pediatric trampoline injuries. *J Pediatr Orthop* 2007; **27**(7):729-732.
 18. Jordan SJ, To CJ, Shafafy R, et al. (2019). Trampoline Park Injuries and Their Burden on Local Orthopaedic and Emergency Services. *Bull Emerg Trauma*. 2019; **7**(2): 162-168. doi: 10.29252/beat-070212.
 19. Kakel R (2012). Trampoline fracture of the proximal tibial metaphysis in children may not progress into valgus: a report of seven cases and a brief review. *Orthop Traumatol Surg Res* 2012; **98**(4): 446-449. doi: 10.1016/j.otsr.2012.02.0 07.
 20. Kasmire KE, Rogers SC, Sturm JJ (2016). Trampoline. Park and Home Trampoline Injuries. *Pediatrics*. 2016; **138**(3), doi: 10.1542/peds.2016-1236 Epub 2016.
 21. Katcher ML et al. (1999). Trampolines at Home, School, and Recreational Centers. *Pediatrics*. 1999; **103**(5): 1053-1056. <https://doi.org/10.1542/peds.103.5.1053>.
 22. Klimek P, Juen D, Stranzinger E, et al. (2013). Trampoline related injuries in children: risk factors and radiographic findings. *World J Pediatr*. 2013; **9**(2):169-174.
 23. Kwolek CJ, Sundaram S, Schwarcz TH, et al. (1998). Popliteal artery thrombosis associated with trampoline injuries and anterior knee dislocations in children. *Am Surg*.1998; **64**(12): 1183-1187.

24. Lee JE, Kim JH, Park CH *et al.* (2019). Are safe guards at trampoline parks safe enough?: A case report on a complete spinal cord injury after diving into a trampoline park foam pit. *Medicine* 2019;98:48(e18137).
25. Leonard H, Joffe AR (2009). Children presenting to a Canadian hospital with trampoline-related cervical spine injuries. *Paediatr Child Health*. 2009; **14**(2): 84-88.
26. Lim FMT, James V, Lee KP *et al.* (2019). A retrospective review of trampoline-related injuries presenting to a paediatric emergency department in Singapore. *Singapore Med J*. 2019. doi: 10.11622/smedj.2019168.
27. Linakis JG, Mello MJ, Machan J *et al.* (2007). Emergency Department Visits for Pediatric Trampoline-related Injuries: An Update. *Acad Emerg Med* 2007; **14**(6):539-544.
28. Loder RT, Schultz W, Sabatino M (2014). Fractures From Trampolines: Results From a National Database, 2002 to 2011. *J Pediatr Orthop*. 2014; **34**(7): 683-690.
29. Paker N (2017). Trampoline injuries in the world and in Turkey. *Turk J Phys Med Rehabil*. 2017; **63**(3): 275-280. doi: 10.5606/tftrd.2017.1321.
30. Purcell L, Philpott J (2007). Trampoline use in homes and playgrounds. *Paediatr Child Health* 2007. **12**(6): 501-505, <https://doi.org/10.1093/pch/12.6.501>.
31. Randsborg PH, Gulbrandsen P, Benth JS, Sivertsen EA, Hammer OL, Fuglesang HF, Aroen A (2020). Dětské zlomeniny: epidemiologie a výskyt zlomenin souvisejících s různými aktivitami. *JBJS*. 2020; **5**(1):1056-1061.
32. Rao DP, McFaul SR, Cheesman J *et al.* (2019). The ups and downs of trampolines: Injuries associated with backyard trampolines and trampoline parks. *Paediatr Child Health* 2019; **24**, 1, doi: 10.1093/pch/pxy066.
33. Sandler G, Nguyen L, Lam L *et al.* (2011). Trampoline Trauma in Children. Is It Preventable? *Pediatric Emergency Care* 2011; **27**, 11:1052-1056.
34. Shankar A, Williams K, Ryan M. (2006). Trampoline-related injury in children. *Pediatr Emerg Care* 2006; **22**(9): 644-646.
35. Sharwood LN, Adams S, Blaszkow T *et al.* (2018). Increasing injuries as trampoline parks expand within Australia: a call for mandatory standards. *Aust N Z J Public Health*. 2018; **42**(2): 153-156. doi: 10.1111/1753-6405.12783.
36. Shrader MW, Bernat NM, Segal LS (2011). Suspected Nonaccidental Trauma and Femoral Shaft Fractures in Children. *Orthopedics*. 2011; **34**, 5, 70-74.
37. Smith GA (1998). Injuries to Children in the United States Related to Trampolines, 1990-1995: A National Epidemic. *Pediatrics* 1998; **101**: 406-412.
38. Smith J, Williams B, Swan TB (2019). Trampoline Troubles: Serious Traumatic Injuries in Children from a Trampoline Park, a Case Series International Journal of Clinical Medicine, 2019; **10**, 452-461 DOI: 10.4236/ijcm.2019.109038.

* * * * *

MOTIVAČNÉ FAKTORY CELOŽIVOTNÉHO VZDELÁVANIA SESTIER MOTIVATION FACTORS OF NURSES' LIFELONG LEARNING

Gabriela ŠTEFKOVÁ,¹ Erika ROSIAROVÁ²

¹ Ústav ošetrovateľstva, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Košice,

² Denné centrum duševného zdravia, Praemium-Permansio, Košice

Kontaktná adresa: PhDr. Gabriela Štefková, PhD., Ústav ošetrovateľstva, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Košice, Trieda SNP 1, 040 11 Košice, e-mail: gabriela.stefkova@upjs.sk

ABSTRAKT **Úvod:** Sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v kontexte celoživotného vzdelávania sa stáva nielen potrebou po dosiahnutí odborného vzdelávania, ale aj zárukou odbornosti a bezpečnosti pacienta.

Cieľ: Cieľom prieskumu bolo zistiť, ktoré motivačné faktory ovplyvňujú celoživotné vzdelávania sestier.

Metodika: Teoretickým základom prieskumu bola Maslowova hierarchia potrieb. Zber dát sme realizovali neštandardizovaným anonymným dotazníkom. Prieskumu sa zúčastnilo 110 sestier, z ktorých 68% pracovalo v sekundárnej zdravotnej starostlivosti v Košickom kraji. Z hľadiska ukončeného vzdelania 73% sestier malo ukončené najvyššie dosiahnuté vzdelanie (Vyššie odborné a VŠ I., II., III. stupňa). Až 64% zo súboru sestier malo 10 a viac rokov praxe. Priemerný vek sestier bol 40,5 roka. Na výpočet a prezentáciu výsledkov sme použili popisnú štatistiku v programe SPSS 16.

Výsledky: Rozhodujúcim motivačným faktorom celoživotného vzdelávania sestier je získanie kreditov za vzdelávaciu akciu 65%, ktorá je z prvej úrovne fyziologických potrieb. Na celoživotné vzdelávanie sestier majú podľa dosiahnutého skóre vplyv potreby seberealizácie, fyziologické potreby a potreby istoty a bezpečia.

Záver: Maslowova hierarchia potrieb potvrdila, že k naplneniu potrieb na najvyššej úrovni môže dôjsť len na základe postupného uspokojovania potrieb na nižších úrovniach.

Kľúčové slová: celoživotné vzdelávanie; sestry; motivačné faktory; Maslowova hierarchia potrieb

ABSTRACT **Introduction:** Continuous education of health professionals in the context of lifelong learning has become necessity for professional training as well as a guarantee of patient safety.

Objective: The study is aimed to find out the motivation factors that influence nurses' lifelong learning.

Methods: The theoretical basis for the research was Maslow's pyramid of needs. This research has been administered using non-standardized questionnaire. This survey was conducted among 110 nurses, of whom 68% were working in secondary health care facilities in Kosice region. In terms of completed education, 73% of nurses had the highest level of education (Higher vocational education and University education 1st stage, 2nd stage, 3rd stage). Up to 64% nurses had 10 or more years of work. The average age of nurses was 40.5 years. We used the SPSS 16 program to calculate descriptive statistics and present the results.

Results: The survey found that the most important motivating factor in nurses' lifelong learning – to obtain credit for education 65% - is stemming from the first level of physiological needs. According to the score achieved, the highest motivation factors for all nurses in our

survey were the self-fulfilment's needs, physiological needs, and confidence and security's needs.

Conclusion: According to Maslow's hierarchy of needs, people must satisfy their basic needs at the bottom of the pyramid before they can satisfy higher needs.

Keywords: lifelong learning; nurses; motivation factors; Maslow's hierarchy of needs

ÚVOD

Sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v kontexte celoživotného vzdelávania sa stalo nielen potrebou po dosiahnutí odborného vzdelávania, ale aj zárukou odbornosti a bezpečnosti pacienta. Zdravotná politika, reformy v zdravotníckom sektore ako aj v systéme vzdelávania sú do značnej miery ovplyvňované sestrami, ktorá tvorí najväčšiu skupinu zdravotníckych pracovníkov (Čakloš, Sedliaková 2017). Z toho vyplýva, že sestry by nemali odborne zaostávať a svoju kvalifikáciu a erudovanosť udržiavať sústavným vzdelávaním podľa požiadaviek Európskej únie (Dimunová, Zamboriová 2018).

Súčasťou procesu vzdelávania môže byť supervízia, ktorá zvyšuje kvalitu a profesionalitu nielen samotnej profesie, ale aj odborné kompetencie pracovníkov, je prevenciou vyhorenia a podporou k odbornému vedeniu a k zvyšovaniu pracovnej motivácie, dopĺňajú autorky Bundzelová, Ludvig Cintulová a Hečková (2018).

Pri vykonávaní profesie je vzdelávanie ovplyvnené množstvom vonkajších a vnútorných faktorov, z ktorých najdôležitejšie sú motivačné. Pri motivačných faktoroch je hnacou pohnútkou motivácia, ktorá nás núti ísť za určitým cieľom (Kilíková 2013). Motivácia je spojená s emočným prežívaním, ktoré je signálom určitej potreby, určitého stavu, či situácie a stimuluje správanie človeka, ktoré je zamerané na uspokojenie potrieb (Vágnerová 2005). Príspevok sa zaoberá problematikou významu celoživotného vzdelávania sestier v kontexte Maslowovej päťstupňovej hierarchie potrieb.

Maslowova pyramída potrieb je zostavená na základe saturácie fyziologických potrieb, vyššie sú potreby bezpečia, nadstavbou sú sociálne potreby, potreby úcty a vrcholom je saturácia potreby seberealizácie. Jednotlivé stupne nie je možné preskočiť a motivátorom môže byť vždy iba jeden stupeň (Rudy *et al.* 2007).

MATERIÁL A METÓDY

Zber dát sme realizovali zámerným výberom a neštandardizovaným anonymným dotazníkom. Dotazník pozostával z devätnástich položiek sformulovaných do otvorených a zatvorených odpovedí s distribúciou v mesiacoch december 2018 až február 2019. Návratnosť dotazníkov bola 91%. Prieskumnú vzorku tvorilo 110 sestier z oslovených organizácií: Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice, Klinika ortopedie a traumatológie pohybového ústrojenstva, I. chirurgická klinika, Urologická klinika, Psychiatrické oddelenie. Vysokošpecializovaný odborný ústav geriatrický v Košiciach, DSS LÚČ Šemša, VIA LUX Košice Barca, ARCUS – Špecializované zariadenia a zariadenie pre seniorov Košice. Prieskumnú vzorku na základe pracovného zaradenia tvorilo 68% (n = 75) pri lôžku a 13% (n = 14) bolo zastúpených z ambulantnej. Z hľadiska ukončeného vzdelania viac ako polovica 73% (n = 80) sestier mala ukončené najvyššie dosiahnuté vzdelanie (Vyššie odborné a VŠ I., II., III. stupňa). Väčšiu polovicu 64% (n = 70) prieskumnej vzorky tvorili sestry s 10 a viac ročnou praxou. Priemerný vek za celú vzorku predstavoval 40,5 rokov so smerodajnou odchýlkou (SD± 9,6). Na spracovanie zozbieraných dát sme použili program SPSS 16.0.

Prieskum sme realizovali podľa štúdie Lasovskej *et al.* (2011) a zamerali sme sa na identifikáciu motivačných faktorov v celoživotnom vzdelávaní sestier podľa Maslowovej pyramídy potrieb s piatimi úrovňami. Do prvej úrovne fyziologických potrieb sme zaradili motivačné faktory: počet kreditov získaných na vzdelávacej akcii, vzdialenosť miesta konania, nutnosť uhradiť vzdelávaciu akciu z vlastných zdrojov a získanie certifikátu o absolvovaní. Druhú úroveň tvorili potreby istoty a bezpečia s motivačnými faktormi: istota udržania pracovného miesta, udržanie platovej triedy, požiadavka zamestnávateľa na vzdelávanie, možnosť absolvovať akciu spoločne s kolegyňou, zabezpečenie podmienok k vzdelávaniu zamestnávateľom. Spoločenské potreby tvorili tretiu

úroveň Maslowovej hierarchie potrieb s motivačnými faktormi: možnosť získavania kontaktov. Štvrtú úroveň tvorili potreby úcty a uznania s motivačnými faktormi: možnosť kariérneho postupu, možnosť získania kariérnej triedy a prejav uznania od nadriadeného. Najvyššiu piatu úroveň tvorili potreby seberealizácie s motivačnými faktormi: udržanie a rozvoj rozumových schopností, možnosť osobného a psychického rastu a seberealizácia. Toto rozdelenie nám umožnilo ohraničiť a kategorizovať vzorku sestier, rovnako ako aj vysvetliť prístup k celoživotnému vzdelávaniu.

VÝSLEDKY

Jednotlivým motivačným faktorom sestry priradili hodnotu na škále od 1 do 5, pričom jednotka znamenala, že táto potreba nie je pre nich vôbec dôležitá a päťka znamenala, že táto potreba je pre nich veľmi dôležitá. Vypočítali sme skóre jednotlivých motivačných faktorov a následne vypočítali priemer pre jednotlivé potreby. Na základe údajov uvedených v tabuľke 1 môžeme usúdiť, že z uvedených faktorov je najdôležitejší motivačný faktor získanie kreditov za vzdelávaciu akciu, na čo poukázalo 65% (n = 71) sestier, nasledoval motivačný faktor seberealizácia, ktorý označilo 54% (n = 59) a možnosť psychického a osobného rastu uviedlo 52% (n = 57) sestier. Udržanie a rozvoj rozumových schopností a udržanie platovej triedy ako motivačný faktor, označilo 51% (n = 56) sestier. Pre jednotlivé motivačné potreby sme vypočítali priemerné skóre. Najvyššie priemerné skóre dosiahli motivačné faktory z najvyššej úrovne Maslowovej hierarchie potrieb seberealizácie (4,13), nasledovali motivačné faktory z prvej úrovne fyziologických potrieb (3,80) a motivačné faktory z druhej úrovne potrieb istoty a bezpečia (3,70).

DISKUSIA

Ošetrovateľská profesia je charakteristická tým, že si vyžaduje celoživotné vzdelávanie, ktoré je spôsobené rozvojom vedy, nových liečebných trendov. Celoživotné vzdelávanie umožňuje sestram poskytovať primeranú starostlivosť o pacienta. Štúdie dokazujú, že s dosiahnutou úrovňou vzdelania (Gardulf *et al.* 2016; Cho *et al.* 2015) a prístupom zdravotníckeho pracovníka (Aiken *et al.* 2014) je starostlivosť o pacienta vysoko profesionálna.

Motivácia celoživotného vzdelávania sestier je spojená s emocionálnym prežívaním. Toto emocionálne prežívanie je signálom určitej potreby, určitého stavu, či situácie a stimuluje správanie sestry, ktoré je zamerané na jej uspokojenie (Abu Yahya, 2018). V súvislosti s pojmom motivácia je potrebné spomenúť pojem motív, ktorý je vnútornou pohnútkou správania človeka. Najčastejšími motívmi je saturácia potrieb, túžob, ideálov, pudov a inštinktov (Kilíková 2013). Motívy podnecujú správanie sestry, ktoré je zamerané na cieľ a udržiavajú ho po určitú dobu, kým nedôjde k naplneniu (Moškurjak, Hudáková 2018). Za najviac používané rozdelenie motívov sa používa delenie na vonkajšie a vnútorné. Medzi vonkajšie motívy sa radia motívy, ktoré prichádzajú z prostredia, v prípade pracovného výkonu sestry, to môžu byť napríklad pracovné podmienky, sociálne výhody, finančné ohodnotenie, spoločenský status. Obkročníková a Majerníková (2013) k nim pridávajú peniaze, prémie, prácu pod tlakom. Z hľadiska vnútorného rozdelenia, je to potreba, ktorá vychádza z vnútorného stavu človeka, a je akýmsi impulzom k správaniu (Vágnerová 2005). V prenesení na profesiu sestry, to môžu byť napríklad osobné hodnoty, normy, potreba byť dokonalejšia, dokázať svoje schopnosti, byť užitočná (Kilíková 2013). Podľa nášho zadelenia motivačných faktorov celoživotného vzdelávania sestier bol najdôležitejším motivujúcim faktorom možnosť získania kreditov za vzdelávaciu akciu, čo poukázalo 65% (n = 71) sestier, nasledoval motivačný faktor seberealizácia 54% (n = 59), možnosť psychického a osobného rastu považovalo za najdôležitejší motivačný faktor 52% (n = 57) sestier a udržanie a rozvoj rozumových schopností označilo 51% (n = 56) sestier. Nasledoval motivačný faktor udržanie platovej triedy 51% (n = 56) z druhej úrovne potrieb istoty a bezpečia. Tretia a štvrtá úroveň motivačných potrieb ovplyvňuje tak súkromnú ako aj spoločenskú oblasť života sestier, čo motivuje sestry k uspokojovaniu potrieb na vrchole pyramídy. Vonkajšie motivačné faktory majú výrazne vyšší podiel motivácie na celoživotné vzdelávanie v porovnaní s vnútornými motivačnými faktormi (Abu Yahya 2018). Ak vzdelávacie príležitosti pre sestry nie sú dostatočne motivačné je systém celoživotného vzdelávania skôr zvykom (Eraut 2007) a sestry sa stavajú pasívnymi prijímateľmi vzdelávacích aktivít (Williams 2010).

Podľa dosiahnutého skóre na prvom mieste boli potreby seberealizácie (4,13) s motivačným faktorom udržanie a rozvoj rozumových schopností (4,15). Na druhom mieste boli fyziologické potreby (3,80) s motivačným faktorom počet kreditov získaných na vzdelávacej aktivite (4,32). Tretie miesto mali potreby istoty a bezpečia (3,70) s motivačným faktorom udržanie platovej triedy (4,08). Podľa výsledkov Lasovskej, Královej (2011) na prvom mieste boli potreby istoty a bezpečia s motivačnými faktormi udržanie platovej triedy (4,37), udržanie pracovného

miesta (4,37). Podobne ako v našom súbore sestier na druhom mieste boli potreby fyziologické s motivačným faktorom získanie certifikátu za vzdelávaciu aktivitu (4,2). Nasledovali potreby z najvyššej úrovne pyramídy potrieb seberealizácie s motivačným faktorom udržanie a rozvoj rozumových schopností (4,19). Výrazný vplyv na uspokojovanie potrieb celoživotného vzdelávania sestier má podpora zamestnávateľa (Douglas 2011; Henderson *et al.* 2011; Manley *et al.* 2009).

Tabuľka 1 Motivačné potreby celoživotného vzdelávania sestier

Úroveň Maslowovej hierarchie potrieb	Motivačné faktory	Hodnota 1 – nie je vôbec dôležitá		Hodnota 5 – je veľmi dôležitá		Priemerná hodnota	Priemerné skóre
		N	%	N	%		
5. Potreba seberealizácie	Udržanie a rozvoj rozumových schopností Seberealizácia Možnosť osobného psychického rastu	4	4	56	51	4,15	4,13
		1	1	59	54	4,13	
		5	5	57	52	4,12	
4. Potreba úcty	Možnosť kariérneho postupu Zvýšenia platovej triedy Prejav uznania od nadriadeného	10	9	44	40	3,78	3,54
		23	21	36	33	3,31	
3. Spoločenské potreby	Možnosť získania kontaktov	16	15	31	28	3,37	3,37
2. Potreby istoty a bezpečia	Istota udržania pracovného miest. Udržanie platovej triedy. Požiadavka zamestnávateľa na vzdelávaní Možnosť absolvovať akciu spoločne s kolegyňou Zabezpečenie podmienok k vzdelávaniu zamestnávateľom	12	11	43	39	3,66	3,70
		8	7	56	51	4,08	
		16	15	35	32	3,51	
		12	11	27	25	3,35	
1. Fyziologické potreby	Počet kreditov získaných na vzdelávacej aktivite Vzdialenosť miesta konania Nutnosť uhradiť vzdelávaciu akciu z vlastných zdrojov Získanie certifikátu o absolvovaní	8	7	54	49	3,93	3,80
		4	4	71	65	4,32	
		18	16	49	45	3,62	
		24	22	43	39	3,62	
		17	15	53	48	3,84	

(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Naopak častými prekážkami sú časové obmedzenia a celková spokojnosť sestier. Boud *et al.* (2012) tvrdia, že nič neovplyvňuje učenie sa silnejšie ako pracovné podmienky a možnosti, ktoré zamestnávateľ vytvára. Zamestnávateľ, ktorý chápe potreby zamestnancov, prispieva ku kultúre vzdelávania na pracovisku (Govranos *et al.* Newton 2014).

Z výsledkov prieskumu môžeme konštatovať, že uspokojovanie motivačných faktorov zastúpených v jednotlivých úrovniach Maslowovej pyramídy potrieb umožní zdravotníckemu personálu vytvoriť pozitívnu atmosféru nevyhnutnú na vykonávanie činností v zdravotnej starostlivosti o pacienta.

ZÁVER

Naplnením primárnych potrieb dochádza podľa Maslowovej pyramídy k dosiahnutiu tých najvyšších. V našom súbore sestier sa potvrdilo, že k naplneniu potrieb na najvyššej úrovni môže dôjsť len na základe postupného uspokojovania potrieb na nižších úrovniach. Najdôležitejším motivačným faktorom v celoživotnom vzdelávaní sestier je získavanie kreditov za vzdelávaciu akciu. Spoločenská potreba a potreba uznania ako motivačný faktor celoživotného vzdelávania nám vytvára predstavu o spoločnosti. Možnosť osobného psychického rastu, sebarealizácia a udržanie rozumových schopností nám vytvára predstavu o profesii sestry.

Z výsledkov konštatujeme, že povolanie sestry je a ostáva stále motivujúce, ako aj túžba pomáhať iným, ktorá má filantropický a vznešený charakter zmyslu života.

Konflikt záujmov

Autori prehlasujú neexistenciu konfliktu záujmov týkajúceho sa uvedeného príspevku.

LITERATÚRA

1. Abu Yahya O, Ismaile S, Allari RS, Hammoudi BM (2019). Correlates of nurses' motivation and their demographic characteristics. *Nurs Forum*; 2019; (54):7-15. Doi.org/10.1111/nuf.12291
2. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* [online]. 383(9931), p.1824- 1830 [cit.2016-06-10]. Available from: [http://www.scie](http://www.scienceirect.com/science/article/pii/S0140673613626318)
3. Boud D, Hager P (2012). Re-thinking continuing professional development through changing metaphors and location in professional practices. *Stud. High. Educ*; **34** (1):17–30. Doi.org/10.1080/0158037X.2011.608656.
4. Bundzelová K, Ludvigh Cintulová L, Hečková Z (2018). Supervízia ako preventívny nástroj syndrómu vyhorenia sociálnych pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb a dôležitá súčasť ich ďalšieho vzdelávania. In *Další vzdelávaní sociálnych pracovníkov a zamestnávání mladých lidí - Sborník z mezinárodní vědecké konference*. Příbram: Ústav sv. Jana N. Neumanna, VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava. 194 p. ISBN 978-80-88206-10-1.
5. Dimunová L, Zamboriová M (2018). Povolanie sestry je viac než len realizácia výkonov. *Sestra*; **12**(5-6):14.
6. Čakloš M, Sedliaková J (2017). Názory sestier na pregraduálne vzdelávanie v profesii sestry. *Sestra*; **9**(10-13). [online]. [cit. 2018-02-24]. Dostupné z: <http://www.sksapa.sk/obsah/regionalne-komory/zo-znam-regionalnych-komor/sestra-nazory-sestier-na-a-pregradualne-vzdelavanie-v-profesii.html>
7. Douglas MR (2011). Opportunities and challenges facing the future global nursing and midwifery workforce. *J Nurs Manag*; **19**(6):695–699. Doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01302.x
8. Eraut M (2007). Learning from other people in the workplace. *Oxf. Rev. Educ*; **33**(4): 403–422. Doi.org/10.1080/03054980701425706.
9. Gardulf A, Nilsson J, Florin J, Leksell J *et al.* (2016). The Nurse Professional Competence (NPC) Scale: Self-reported competence among nursing students on the point of graduation. (2016). *Nurs Educ Today*; **36**:165–171. Doi: 10.1016/j.nedt.2015.09.013.
10. Govranos M, Newton JM (2014). Exploring ward nurses' perceptions of continuing education in clinical settings. *Nurse Educ Today*; **34**:655–660.
11. Henderson A, Winch S (2008). Staff development in the Australian context: engaging with clinical contexts for successful knowledge transfer and utilisation. *Nurse Educ Pract.* **8**(3): 165–169. DOI:10.1016/j.nepr.2007.04.009
12. Hudáková Z, Novýsedláková Z (2019). Sestra a jej profesionálna príprava. *Nové trendy vo vzdelávaní*

- a praxi ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie. Ružomberok: VERBUM - vydavateľstvo Katoľickej univerzity v Ružomberku; 2019 [online]. [cit.2019 02-03]. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/files/>.
13. Cho E, Sloane DM, Kim EY, Kim S, Choi M *et al.* (2015). Effects on nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: an observational study. *Int J Nurs Stud* [online]. vol. 52, p. 535–542 [cit. 2016-06-23]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748914002090>.
 14. Kilíková M, Jakušová V (2013). Teória a prax manažmentu v ošetrovateľstve. Martin: Osveta. 2013. s. 148.
 15. Lasovská A, Králová J (2011). Motivace všeobecných sester ke zvyšování kvalifikace. *Professe on-line*; **6**(1):11-15. Doi:10.5507/pol. 2011.003
 16. Manley K, McCormack B (2003). Practice development: purpose, methodology, facilitation and evaluation. *Nurs Crit Care*. 2003; **8**(1): 22–29. Doi:10.1046/j.1478-5153.2003.00003.x.
 17. Moškurjak P, Hudáková T (2018). Sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. *Sestra*, 2018; **17**(1-2):10-11.
 18. Obkročníková A, Majerníková L (2013). Motivačné a demotivačné činitele pre vzdelávanie a prácu sestier. Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva. 2013. Dostupné z: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Dernarova6/subor/p15.pdf>
 19. Rudy J, Luptáková S, Sulíková R *et al.* (2007). Organizačné správanie. Bratislava: FABER 2007. ISBN 80–89019–07–2.
 20. Vágnerová M (2005). Základy psychologie. Praha: Karolinum. 2005. ISBN 80-246-0841-3.
 21. Williams C (2010). Understanding the essential elements of work-based learning and its relevance to everyday clinical practice. *J Nurs Manag*; **18**(6): 624–632. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.0 1141.x.

PORUCHY SLUCHU U DETÍ A MOŽNOSTI ICH REHABILITÁCIE HEARING DISORDERS IN CHILDREN AND POSSIBILITIES OF THEIR REHABILITATION

Jana BOROŇOVÁ,¹ Jaroslav STANČIAK,² Pavol BEŇO³

¹ Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Katedra ošetrovateľstva, Trnava, Slovenská republika

² Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Bratislava, Slovenská republika

³ Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Katedra laboratórných vyšetrovacích metód v zdravotníctve, Trnava, Slovenská republika

Korešpondenčná adresa: doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc., Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra LVMvZ, Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava; e-mail: pavol.beno@truni.sk

ABSTRAKT **Úvod:** Sluch je jedným z najdôležitejších zmyslov u ľudí. Jeho anatomický i fyziologický vývoj začína už v prenatálnom období. Rovnako už v tomto období môže dôjsť k jeho nesprávnemu vývoju. Približne jedno z tisíc narodených detí sa rodí nepočujúce a približne tri sa narodia s menšou poruchou sluchu.

Zameranie: Príspevok sa zaoberá poruchami sluchu u detí a spôsobmi ako aj významom sluchovej rehabilitácie.

Jadro práce: Novorodenecký skrining je prvým ukazovateľom týchto porúch. Neodhalená a nekorigovaná ťažká porucha sluchu až hluchota má za následok nevyvinutie reči a zabrzdenie mentálneho vývoja dieťaťa. Poruchy sluchu sa však môžu prejaviť aj v neskorších vekových obdobiach. Ide o postihnutia v rozličných miestach sluchového aparátu (choroby vonkajšieho, stredného alebo vnútorného ucha) a z rôznych príčin.

Záver: Pre fungovanie sluchovo postihnutého dieťaťa (človeka) v spoločnosti je nesmierne dôležité nájsť vhodné spôsoby komunikácie. Predpokladom adekvátnej sluchovej rehabilitácie je včasné všímanie si „porúch počutia“ u dieťaťa a ich riešenie v rámci multidisciplinárneho tímu, do ktorého okrem zdravotníkov patria aj rodičia dieťaťa, sociálni pracovníci a ďalšie pomáhajúce profesie.

Kľúčové slova: sluch; poruchy sluchu; načúvací aparát; kochleárny implantát; rehabilitácia

ABSTRACT **Introduction:** Hearing is one of the most important senses of human beings. The anatomical and physiological development of hearing starts during the prenatal period, but at the same time its improper development may occur. About one in a thousand children are born deaf and about three are born with a small hearing disorder.

Objective: The paper deals with hearing disorders in children and the importance and possibilities of their aural rehabilitation.

Core: Neonatal screening is the first indicator of mentioned disorders. Undiscovered and uncorrected severe hearing impairment and deafness results in underdeveloped speech as well as it hampers the mental development of a child. However, hearing impairments may also appear in later stages, where due to various causes the disabilities appear in various parts of the auditory apparatus (diseases of the outer, middle or inner ear).

Conclusion: It is extremely important to find appropriate means of communication to promote participation of hearing-impaired children (human) in the society. Adequate aural rehabilitation

requires timely observation of “hearing disorders” in children together with the solution within a multidisciplinary team, including the health worker and child's parents, social workers and other helping professions.

Key words: hearing, hearing disorders, hearing aid, cochlear implant, rehabilitation

ÚVOD

Jedným z prejavov chorôb ucha je porucha sluchu. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) považuje sluchové postihnutie za druhé najzávažnejšie, hneď za mentálnym postihnutím. Nie všetky vnemy sú nutné pre zachovanie života, ale aj tak by sme na význam sluchových vnemov nemali zabúdať. Súvisia s nimi naše pocity, zážitky, myšlienky a prania, ktoré sa najčastejšie vyjadrujú rečou, samozrejme pokiaľ si ľudia v komunikácii vzájomne porozumejú. Ľudský jedinec je pri poškodení sluchu ochudobnený až o 60 % poskytovaných informácií, čo je zásadné najmä u detskej populácie pre správny komplexný bio-psycho-sociálny rozvoj dieťaťa (Mukšnáblová 2014). Porucha sluchu predstavuje pre dieťa závažný problém, pretože môže spôsobovať komunikačné problémy, ktoré vedú k vzniku rečových, emocionálnych, sociálnych a kognitívnych ťažkostí. Sluch umožňuje dieťaťu učiť sa rozpoznávať hlasy, napodobňovať zvuky, zachytiť signály nebezpečenstva, komunikovať a tak rozvíjať sociálne vzťahy. Pre rozvoj reči a intelektuálnych schopností je najdôležitejšie obdobie do 3. roku života (Jakubíková *et al.* 2006).

ROZDELENIE PORÚCH SLUCHU

Slovné spojenie „sluchové postihnutie“ je termín, ktorým sa v tom najširšom ponímaní označuje zdravotné postihnutie (poškodenie sluchového systému a jeho jednotlivých častí, ktoré vzniká následkom úrazov, choroby, vývinových porúch a iných patologických vplyvov) ľudí s rôznou úrovňou straty sluchu, ktorá ich vymedzuje vzhľadom k intaktnej, normálne počujúcej spoločnosti. Populácia ľudí so sluchovým postihnutím ako jednej skupiny zdravotného postihnutia je výrazne nehomogénna. Nie všetky vymedzenia dokážu obsiahnuť skutočnú podstatu sluchového postihnutia. Tento jav je predmetom viacerých vedných disciplín a preto sa aj definície rôznia. Rôzni autori definujú sluchové postihnutie rozdielne. Iné sú definície medicínske, iné

pedagogické a inak na sluchové postihnutie nazerá psychológia alebo sociálna práca, či sociálna politika.

Odborná verejnosť charakterizuje sluchové postihnutia vymedzenejšie. Najčastejšie je sluchové postihnutie kategorizované podľa príčin vzniku, podľa obdobia, kedy k poškodeniu sluchu došlo.

Rozdelenie podľa priebehu:

- *akútne poruchy sluchu* – prichádzajú nečakane, napr. po tom, čo bol človek vystavený veľmi hlasnému zvuku,
- *chronické poruchy sluchu* – postupom času sa zhoršujú;

Rozdelenie podľa typu:

- *jednostranné vs. obojstranné poruchy sluchu* – jednostranné postihujú len jedno ucho, obojstranné znamenajú poruchu v oboch ušiach;
- *symetrické vs. asymetrické poruchy sluchu* – symetrická strata znamená, že stupeň aj typ poruchy sluchu sú v oboch ušiach rovnaké, asymetrická znamená, že na každom uchu je iný typ a stupeň poruchy sluchu;
- *premenlivé vs. stále poruchy sluchu* - premenlivá porucha sluchu sa časom zlepšuje či zhoršuje, zatiaľ čo stála zostáva nemenná (Kabátová 2007).

Rozdelenie podľa etiológie:

- *vrodené (dedičné) poruchy sluchu* - dieťa sa narodí s poruchou sluchu. V zásade sa môže ísť ako o dedičnú chybu tak aj o problémy, ktoré sa vyskytli či už počas tehotenstva alebo počas pôrodu. Dedičné sluchové postihnutie sa môže dediť z generácie na generáciu, čo však nie je podmienkou. Pri dieťati, ktoré zdedí sluchové postihnutie sa nemusí prejavovať hneď, ale sluch sa môže začať zhoršovať postupne v neskoršom veku pričom sa zväčša veľkosť poruchy sluchu nemení. Porucha sluchu sa dá zistiť už pri narodení objektívnymi vyšetrovacími metódami, napr. vyšetrením otoakustických emisií. Syndrómové poruchy sluchu predstavujú asi 20 – 30 %. Medzi najčastejšie syndrómy spojené s poruchou sluchu sa

radí Alportov syndróm (nefritída, porucha zraku a sluchu), Usherov syndróm (retinitis pigmentosa vedúca k poruche zraku až slepote a porucha sluchu až hluchota), Apertov syndróm (mnohopočetné abnormality skeletu a prevodová porucha sluchu) a mnoho ďalších. Nesyndrómové poruchy sluchu (70 – 80 % vrodenných porúch sluchu), za ich vznik je zodpovedný niektorý z génov (doteraz sa identifikovalo viac ako 40 génov);

- *získané poruchy sluchu* - vzniká, keď nastane poškodenie normálne vyvinutého sluchového orgánu a to napríklad pri nedostatku kyslíka, z dôvodu infekcie alebo pre inú príčinu, napríklad v priebehu pôrodu alebo tesne po ňom.

Podľa obdobia vzniku poruchy sluchu sa rozdeľujú na:

- *prenatálne* – vznikajú počas embryonálneho vývoja následkom pôsobenia rôznych infekcií či iných škodlivín. Rodičia sú často nositeľmi jedného zdravého a jedného poškodeného znaku, oni sami však počujú,
- *perinatálne* – vznikajú počas pôrodu alebo krátko po ňom,
- *postnatálne* – môžu vzniknúť v detstve aj v dospelosti (Kabátová 2012);

Príčiny sluchových porúch

Viac ako polovica detí so sluchovým postihnutím má vrodennú poruchu sluchu. Viac ako 50 % z nich má príčinu genetickú, 30 % je spôsobené ostatnými prenatálnymi rizikami a u 20 % porúch nefiguruje žiadne zistiteľné riziko. Nad 80 % detí s poruchou sluchu pochádza z rodín počujúcich rodičov (Mukšnáblova 2014).

- **Prenatálne príčiny:** najcitlivejším obdobím vzhľadom na vývoj ucha je prvých 12 týždňov tehotenstva. Napr. toxoplazmóza v prvom trimestri sa v 90% prenáša na plod, pričom u matky sa ochorenia v 50% nemusí prejavíť, ale prebieha a 25% takto infikovaných plodov trpí následne sluchovým postihnutím. Ďalšie príčiny: dedične podmienené poruchy sluchu; ochorenia matky počas tehotenstva: čierny kašeľ, syfilis, cytomegalovírus; ďalej to môže byť alkoholizmus matky, drogy, nikotinizmus; diabetes mellitus, neliečená hypertenzia. Poruchy sluchu môžu súvisieť aj s kraniofaciálnymi anomáliami dieťaťa (ťažké rážštep pier a podnebia). U nedonosených

detí je výskyt sluchových porúch 30:1000 narodených detí.

- **Perinatálne príčiny:** predčasný pôrod, asfyxia pri pôrode, hypoxia, ťažký pôrod spojený krvácaním do vnútorného ucha či mozgu, pôrodná hmotnosť pod 1 500 g, poranenia lebky, novorodenecká sepsa, novorodenecká žltáčka alebo Rh inkompatibilita. Deti intubované a umelo ventilované dlhšie ako štyri dni majú 10 krát vyššie riziko recidivujúcich otitíd a 2 – 4 % týchto detí má vážne sluchové poruchy. Až 10% narodených detí by malo byť zaradené do sedembodového registra vysokého rizika hluchoty (Point Committee on Infant Hearing Screening USA 1982). Týmto nepriaznivými bodmi sú: asfyxia, bakteriálne meningitída, (toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovírusy, herpes), anomálie v oblasti hlavy a krku, popôrodná váha menej ako 1 500 g. Možno tiež použiť štvorbodové schéma, kde je potrebné myslieť na perinatálne infekcie, rodinnou záťaž, dĺžku pobytu na JIS. Zo všetkých novorodencov s postihnutím sluchu nie je 50 % v rizikovej skupine a príčinu nie je možné presne určiť (Mukšnáblova, 2014).

- **Postnatálne príčiny:** meningitída, encefalitída, herpes zoster oticus, dystrofia, mumps, záškrt, bakteriálny zápal labyrintu ušného bubienka, akustická trauma z explózie, silný hluk, lymfická borelióza, toxoplazmóza, HIV infekcie, syfilis.
- Iné delenie, tiež z *hľadiska doby vzniku* sluchovej poruchy, na ktorom sa zhodujú viacerí autori, je *hľadisko* vývinu reči (Slowik, 2007, Leonhardt, 2001, Tarcsiová, 2014).

Rozdelenie podľa obdobia vývinu reči:

- prelingválna – pred začiatkom vývinu reči,
- perilingválna – počas vývinu reči,
- postlingválna – po vývine reči;

Pri prelingválnu poruchu sluchu strata sluchu vznikla pred osvojením si hovorenej reči, teda pred 6.-7. rokom života. *Pri postlingválnu poruchu sluchu* porucha sluchu vznikla až po osvojení hovorenej reči. Toto delenie poukazuje práve na problém, ktorý je počujúcej majorite navonok skrytý, ale je v súvislosti s vývinom osobnosti najvýznamnejší. Včas neodhalená a nekorigovaná ťažká porucha sluchu alebo hluchota

u dieťaťa spôsobí, že sa u neho nevyvinie reč (surdomutitas) a zabrzdí sa u neho mentálny vývoj. Po narodení sa zvukovou stimuláciou rozvíja nielen sluchové centrum, ale vyvíja sa aj rečové centrum a šanca vybudenia adekvátnej činnosti rečového centra je podľa súčasných poznatkov do konca 4. roku života (Jakubíková 2008). Postihnutí s prelingválnou poruchou, ako uvádza Tarcsiová (2014), majú problémy nielen s prijímaním informácii hovorenou rečou ale aj tvorením hovoreného jazyka. Pri stredne ťažkej poruche sluchu je oneskorený vývoj reči a ľahká porucha sluchu môže byť príčinou horšieho prospechu v škole.

Osoby s postlingválnou stratou sluchu majú v porovnaní s nimi reč už vytvorenú. Väčšinou majú osvojené písmo a dokážu aj čítať text s porozumením jeho obsahu. Nemajú problém s recepciou hovorenej reči ale s jej percepciou – tj. porozumením reči.

Rozdelenie podľa miesta poškodenia:

- *prevodové alebo tiež konduktívne poruchy sluchu* – týkajú sa všetkých problémov, ktoré bránia zvuku dostať sa z vonkajšieho alebo stredného ucha do kochley,
- *senzorineurálne alebo tiež percepčné poruchy sluchu* - spôsobené chýbaním alebo poškodením zmyslových buniek (vláskových buniek) v kochlei,
- *kombinované poruchy sluchu* (kombinácia senzoroneurálnej a prevodovej poruchy),
- *centrálne poruchy sluchu* (nastávajú, keď sluchový nerv nemôže poslať signál do mozgu, to znamená, že prenos zvukového signálu do mozgu je zablokovaný).

Rozdelenie podľa stupňa poruchy sluchu:

O normálnom sluchu možno hovoriť vtedy, ak je pri vyšetrení tónovou audiometriou nameraný na všetkých meraných frekvenciách (250 – 6 000 Hz) prah sluchu (vzdušného aj kostného vedenia) menší ako 25 dB. Ďalšia dôležitá hranica pri vyšetrení prahu sluchu je úroveň 40 dB, ktorá sa považuje za hranicu tzv. sociálneho sluchu.

- *ľahká porucha sluchu* - prah počutia medzi 20 – 40 dB, pri chronickom priebehu si chorí túto poruchu nemusia všimnúť; takýto pacienti nemajú žiadne komunikačné problémy;
- *stredná porucha sluchu* - tí, ktorí majú prah sluchu najmä na rečových frekvenciách (500 – 2000 Hz) vyšší ako 40 dB, majú problémy pri dorozumívaní

sa, hlasnejšie si púšťajú rádio, televízor. Poruchu sluchu u nich je možné liečiť buď operačne (u pacientov s prevodovou a zmiešanou poruchou sluchu, ak prah sluchu pre kostné vedenie je nižší ako 40 dB), alebo pomocou načúvacieho aparátu (u pacientov s percepčnou poruchou sluchu alebo kombinovanou poruchou sluchu, ak je prah pre kostné vedenie vyšší ako 40 dB).

- *stredne ťažká porucha sluchu* - nedoslýchaví so stredne ťažkou poruchou sluchu majú prah sluchu medzi 40 – 70 dB. Problém majú aj pri bežnej konverzácii a najmä pri rozhovore v hlučnom prostredí.
- *ťažká porucha sluchu* - Pacienti, ktorí majú ťažkú poruchu sluchu (priemerný prah sluchu 70 – 90 dB), počujú reč len pri veľmi hlasnom hovorení tesne pri uchu.
- *hluchota* - ak je prah sluchu na rečových frekvenciách vyšší ako 80 dB (81 dB a viac). Nepočujúcim s hluchotou väčšinou už nepomáha zlepšiť porozumenie reči ani načúvací aparát. Vtedy je potrebné pri obojstrannej hluchote zvážiť kochleárnu implantáciu, keď sa do spánkovej kosti vloží implantát, ktorý svojimi elektródami elektricky stimuluje zakončenia sluchového nervu (Eliášová, Derňárová et al. 2010).

Klasifikácia podľa WHO

Svetová zdravotnícka organizácia - WHO klasifikuje sluchové postihnutie z *hl'adiska strát sluchu*. Rozdeľuje ich na päť stupňov, ku ktorým radí audiometrické ISO hodnoty v dB, popisuje úroveň počutia a dáva odporúčania k jednotlivým stupňom. Za normálny sluch považuje stratu sluchu 25 dB, alebo lepšiu. Je to úroveň keď človek počuje kvapkajúcu vodu, šepot, hrkútanie holuba alebo šum listia na stromoch. Za *ľahkú stratu* považuje počutie na hranici 26–40 dB. Osoby v tejto úrovni sú schopní počuť a opakovať slová hovorené normálnym hlasom na vzdialenosť jedného metra. Tu už WHO odporúča ako vhodné poradenstvo a výnimočne sa môžu použiť kompenzačné pomôcky. *Stredná strata sluchu* je na úrovni počutia 41–60 dB. Tu osoby počujú len adresné hlasné slová na vzdialenosť jedného metra. V tomto prípade už sú zvyčajne odporúčané kompenzačné pomôcky. *Ťažká strata sluchu* je ďalšia úroveň v rozmedzí 61–80 dB. Je to úroveň veľmi hlasného rozhovoru, až kričania, štekotu psa alebo behu motora

osobného auta. Tu už kompenzačné pomôcky sú potrebné. WHO v tomto prípade aj odporúča učiť sa odzeranie a posunkový jazyk. Za veľmi ťažkú stratu sluchu a hluchotu považuje WHO neschopnosť zachytávať zvuky na úrovni 81 dB a viac. Tu ide o neschopnosť počuť a porozumieť ľudskému hlasu, počuť motor nákladného auta, kosačky či hluk vysávača. V takomto prípade môžu kompenzačné pomôcky pomôcť pri porozumení slov. Nutná je aj podporná rehabilitácia. WHO tiež klasifikuje strednú a ťažkú a veľmi ťažkú stratu sluchu za obmedzujúce stupne (Tarciová 2014).

INCIDENCIA PORÚCH SLUCHU

Podľa údajov WHO z roku 2018 je na celom svete približne 466 miliónov ľudí s poruchou sluchu. Z toho je 34 miliónov detí, čo je viac ako 5 % populácie. Približne tretina ľudí nad 65 rokov tiež trpí poruchou sluchu. WHO vymedzuje sluchovú poruchu od hranice straty sluchu vyššej ako je 40 decibelov (dB) v lepšom uchu u dospelého a 30 dB u detí. Odhaduje sa, že do roku 2050 bude osôb s poruchou sluchu viac ako 900 miliónov. Za hlavné príčiny nárastu považujú experti WHO rastúcu krivku starnutia populácie, pretrvávajúce riziká ako sú infekcie a ochorenia ohrozujúce sluch (osýpky, rubeola, mumps). A tiež aj očkovania a lieky, ktoré môžu poškodiť sluch (napr. antibiotiká streptomycin, gentamicin zo skupiny aminoglykozidov). Až 60 % straty sluchu u detí vo svete zapríčiňujú preventívne očkovania a lieky. Mladí ľudia vo veku od 12–35 rokov, ktorých je asi 1,1 miliardy, riskujú poruchy až stratu sluchu vystavovaním sa hlasným zvukom (hudby) prostredníctvom osobných zvukových zariadení, mp3 prehrávačov a nadmernému hluku v zábavných zariadeniach (diskotéky, puby, ...) ale aj na pracoviskách (WHO, Deafness 2018a). Nárast dokumentujú aj výsledky výskumov, ktoré Svetová zdravotnícka organizácia predkladá vo svojej publikácii o riešení nárastu prevalencie straty sluchu (WHO addressing, 2018b).

WHO uvádza, že na 1000 novonarodených je jedno dieťa nepočujúce a 3–6 nedoslýchavých. WHO tiež upozorňuje podľa jej slov na to, že počet osôb so sluchovým postihnutím narastá (Tarciová 2014). Podľa uznávanej odborníčky na surdopedagogiku Tarciovej (2014) je v celej populácii 7-8% sluchovo postihnutých bez ohľadu na stupeň, typ a vek. Na

Slovensku nemáme štatisticky presné údaje o počte sluchovo postihnutých, ale na základe všeobecne uznávaných východísk autorka konštatuje, že na Slovensku pri pôrodnosti asi 50 000 detí ročne sa rodí 50 nepočujúcich detí a 150 až 300 nedoslýchavých detí. Pri vyššie deklarovanom výskyte 7-8 % so stratami sluchu v populácii a pri počte 5 410 728 obyvateľov SR (podľa údajov k 31. marcu 2013), odhaduje autorka asi 400 tisíc osôb so stratou sluchu. Aj keď sa tento údaj javí ako veľmi vysoký, patria tu všetky kategórie, ktoré zastrešuje výraz *sluchové postihnutie*, napr. seniori, ktorí strácajú sluch vekom.

Strata sluchu predstavuje aj rastúci problém verejného zdravotníctva. Podľa autorov Chadha, Cieza a Krug (2018) možno predchádzať zbytočným poruchám sluchu. Napriek varovným prognózam zo strany odborníkov aj expertov WHO nikto, ani politickí činitelia, nepripisuje stratám sluchu veľký význam. Pri snahách o vysvetlenie tejto skutočnosti odborníci poukazujú, že je to preto, lebo strata sluchu nie je viditeľné postihnutie. Autori sa tiež zmieňujú o stratégiách, ktoré boli v niektorých krajinách implementované, hlavne v krajinách s vyššími zdrojmi. Pritom však tiež poukazujú na to, že prerozdeľovanie zdrojov a služby práve na pomoc osobám so sluchovým postihnutím aj v týchto krajinách stále zaostáva.

DIEŤA SO SLUCHOVÝM POSTIHNUTÍM V ZDRAVOTNÍCKOM ZARIADENÍ

V kontakte so sluchovo postihnutými deťmi je v prvom rade potrebné si uvedomiť, že dieťa je *dôležitejšie než handicap*.

V starostlivosti o sluchovo postihnutých a nielen pri tomto druhu postihnutia je u nás typické využívanie medicínskeho modelu, teda skôr sa zameriavame na zmierňovanie dôsledkov, ako na podporu osobnostného rozvoja, životných zručností či komunikáciu. Sluchové postihnutie sa objavuje aj u rómskej komunity, takto postihnuté dieťa je ako keby znevýhodnené dvojnásobne – v dôsledku príslušnosti k etnickej menšine a v dôsledku samotnej straty sluchu. Zdravotnícky personál nie je na tento aspekt pripravený (Ludvigh Cintulová 2019).

Stretnúť lekára, sestru prípadne sociálneho pracovníka, ktorý by ovládal posunkový jazyk/reč, je skôr výnimkou, v slovenských podmienkach to platí zvlášť. Treba si uvedomiť, že úspešne odzerať možno iba tie slová, ktoré má sluchovo postihnutý jedinec

v slovnej zásobe. Preto nemožno očakávať, že takto postihnuté dieťa bude rozumieť odbornej komunikácii, na ktorú sú zdravotnícki pracovníci profesionálne zvyknutí. Pri trpezlivosti, ochote a dobrej vôli (empatii) nie je nevyhnutné, aby zdravotnícki pracovníci ovládali posunkový jazyk/reč. Predpokladá sa pritom, že nepočujúce deti prídu do ordinácie foniatra alebo iného lekára s rodičom prípadne s tlmočníkom, a tak bude možné sa s nimi adekvátne komunikovať aj na úrovni nepočujúceho dieťaťa. Prelingválne nepočujúci pacient (nielen dospelý, ale aj detský) má právo na tlmočníka, ktorému dôveruje. Pre použitie posunkového jazyka je potrebné nechať dieťaťu priestor a voľné ruky. Pri počiatočnom vyšetrení, zahájení komunikácie sa ošetrojúci personál musí s dieťaťom, resp. jeho rodičom (opatrovníkom, tlmočníkom) dohodovať na spôsobe dorozumievania, ktorý vyhovuje obom stranám. Odporúča sa použiť všetky dostupné pomôcky, ktoré uľahčujú komunikáciu (PC program, tlmočenie online, a pod.) (Beňo, Juhásová, Novotná 2016).

Pri oznamovaní informácií ústnou formou treba dodržiavať všeobecne známe a platné pravidlá pre odzeranie, (udržiavať očný kontakt, upozorniť na zahájenie komunikácie, dobrá viditeľnosť pier, optimálna vzdialenosť pre odzeranie a pod.). Rúško na tvári zdravotníka predstavuje prakticky neprekonateľnú bariéru tým, že znemožní vnímanie priestorovej dimenzie reči a tým aj možnosť úspešného odzerania. To je potrebné mať na zreteli zvlášť pri operačných zákrokoch. Veľmi dôležité je venovať náležitú pozornosť všetkým poučeniam pri vyšetrení, kedy nie je možno vidieť ústa vyšetrujúceho zdravotníka, pri predoperačnej príprave a presvedčiť sa (spätná väzba), čo takto znevýhodnený pacient skutočne rozumel (Beňo 2014a). Iným príkladom sťaženia odzerania je napr. osvetlenie ústnej dutiny lampou pri ošetrovaní sluchovo postihnutého dieťaťa v stomatologickej ambulancii. Zdravotnícki pracovníci musia mať na zreteli, že v kontakte s takto znevýhodnenými deťmi (aj dospelými) pacientmi je dôležité vždy zachovať pokoj a udržať sebaovládanie, aj v situácii, kedy pacient napriek opakovanému vysvetleniu naďalej nerozumie. Dôležité je nezvyšovať hlas, nekričať. Kričanie, ktorému nepočujúce deti nerozumejú, im môže spôsobiť traumy, ktorú sa budú snažiť riešiť zmenou zdravotníckeho zariadenia alebo ošetrojúceho lekára. Dôležitý je individuálny, empatický prístup bez

predsudkov, podpora sebestačnosti nepočujúcich detí (Beňo 2014).

MOŽNOSTI REHABILITÁCIE DETÍ SO SLUCHOVÝM POSTIHNUTÍM

Rehabilitácia je chápaná ako „interdisciplinárny odbor“, ktorý zahŕňa starostlivosť nielen zdravotnícku, ale tiež pedagogicko-psychologickú, sociálnu a právnu. Ucelená rehabilitácia sa skladá zo štyroch hlavných zložiek: rehabilitácia liečebná, pedagogická, pracovná a sociálna. Komplexná rehabilitácia detí so sluchovým postihnutím sleduje dvojaký cieľ, a to: predchádzať ďalšiemu poškodzovaniu organizmu sluchovo postihnutých detí alebo predchádzať následkom, ktoré porucha prináša v rámci vývinu osobnosti dieťaťa a jeho zaraďovania do spoločnosti; a taktiež zmierňovať dôsledky v oblasti hmotného a sociálneho zabezpečenia (Tarciová, 2008; Beňo 2014a; Marák 2018a).

Nutné predpoklady úspešnej rehabilitácie detí so sluchovým postihnutím sú:

- *včasná diagnostika* – pri vrodených sluchových poruchách už v dojčenskom veku, pri získaných poruchách sluchu čo najskôr po ich vzniku,
- *včasné pridelenie a používanie načúvacieho aparátu* - ihneď po stanovení diagnózy,
- *včasná reedukácia sluchu a reči*.

Viac ako 80 % porúch sluchu u detí sú vrodené alebo získané v perinatálnom období, a preto je pre včasnú diagnostiku nutný celoplošný sluchový skríning u novorodencov (Universal Newborn Hearing Screening – UNHS). Na Slovensku bol nariadený UNHS od 1.5.2006. Pri porovnaní identifikácie obojstrannej ťažkej poruchy sluchu/hluchoty, pred a po zavedení celoplošného skríningu sluchu novorodencov sa na Slovensku odhalilo o 22,8 % viac detí s poruchou sluchu ako pred jeho zavedením (Jakubíková 2008).

Príznaky sluchových porúch u detí

Pokiaľ sa jedná o vrodené sluchové postihnutie, už vnútromaternicovo alebo ihneď po pôrode je sluch limitovaný, sú príznaky zrejme už od novorodeneckého veku. Zdravé dieťa otáča hlavičku za výrazným zvukovým podnetom, nepočujúce deti na silný zvukový podnet nereagujú ani úľakom (prudký pohyb, mrknutie) či plačom.

U dojčiat s poruchou sluchu je nápadné, že nekomunikujú ako počujúce deti zhruba od 6. mesiacov bľabotáním. Rodičia často postrehnú prvé príznaky až okolo 1. roku, čo je vzhľadom na psychomotorický vývoj neskoro. Pre dobrý vývoj dieťaťa je potrebné poruchu liečiť od 6. mesiaca veku. Vrodené vývojové poruchy ucha sa môžu prejavovať zmenou vzhľadu jednotlivých nevyvinutých častí ucha. Vrodené anomálie ušnice sami o sebe neznamenajú závažnú poruchu sluchu, ale sú často príznakom pridruženej anomálie ostatných častí sluchového ústroja. Na pohľad nápadné sú tiež atrézie zvukovodu či nádorové výrastky z vonkajšieho ucha. Nádorové ochorenia stredného a vnútorného ucha môžu byť spojené s výtokom z ucha či s parézou lícneho nervu (Munkšnáblova, 2014).

Aj malé problémy s počutím sa môžu stať závažným problémom, ak nie sú zachytené, liečené a kompenzované včas. Deti, ktoré majú poruchu sluchu si často nie sú vedomé, že mnohé zvuky nepočujú a to predovšetkým vtedy, keď sa strata sluchu u nich zhoršuje pomaly. Príznaky poruchy sluchu sa dajú lepšie odpozorovať v domácom prostredí, kde hluk v pozadí neinterferuje s normálnym počutím.

Je potrebné všímať si, že dieťa počas dňa nereaguje na zavolanie, je nepozorné, nevšímne si prítomnosť iných ľudí, pokiaľ ich nevidí, sleduje iných v snahe ich napodobňovať, nevyľaká sa pri hlasitých a nečakaných zvukoch, nahlas počúva rádio či televízor, má problémy započuť niektoré zvuky, iné však počuje dobre (strata sluchu iba na niektorých frekvenciách, prípadne na jednom uchu), preferuje prácu osamote, prípadne má problémy s učením sa v škole.

Najčastejšie príznaky zhoršeného sluchu u detí - keď sa s dieťaťom rozprávate, často od vás chce, aby ste zopakovali, čo ste povedali. Niektorým slovám neporozumie na prvý raz, iné si vysvetľuje svojším spôsobom. Keď sa učí rozprávať, má problém zopakovať jednotlivé slová správne a porozumieť ich významu. Dieťa sa môže sťažovať na pískanie v ušiach či iné „divné“ zvuky.

Faktory ovplyvňujúce rehabilitáciu detí so sluchovým postihnutím:

- vek, v ktorom bola sluchová porucha diagnostikovaná a bola zahájená liečba,
- príčina sluchového postihnutia,
- typ a stupeň sluchovej poruchy,

- schopnosť dieťaťa využiť svoj sluchový potenciál,
- nadanie dieťaťa pre reč,
- celkový zdravotný stav dieťaťa,
- povahové vlastnosti a schopnosti,
- inteligencia,
- psychická odolnosť,
- rodina – inteligencia s schopnosťou edukácie rodičov (Houdková 2005).

Vzdelávanie detí so sluchovým postihnutím

Podľa stupňa postihnutia sú predškolské a školské zariadenia (primárne, sekundárne a terciálne vzdelanie) pre nedoslýchavých a nepočujúcich jedincov (Horáková, 2012). Pri **voľbe vhodnej rehabilitačnej metódy** zohrávajú hlavnú úlohu rodičia, ktorí musia prevziať a niesť zodpovednosť za ich rozhodnutie. Každé dieťa je jedinečné a je teda nutný individuálny prístup. Voľba medzi vzdelávaním detí v posunkovom jazyku a v hovorenej artikulovanej reči nie je taká jednoznačná, ako by sa to na prvý pohľad zdalo. Veľa závisí od samotného dieťaťa, presnejšie od rozsahu postihnutia sluch prípadne od jeho ďalších problémov a pridružených porúch (rôzne formy dysfunkcií). Do úvahy sa musia brať typ a stupeň postihnutia sluchu a jeho dôsledky pre osvojovanie si reči. Dôležitá je nielen strata sluchu vyjadrená v decibeloch ale aj frekvenčný rozsah zvukov, ktoré je dieťa schopné počuť (vyšetrené audiometricky). Čím väčšia je strata sluchu v dB a menší rozsah frekvencií, tým ťažšie sa u sluchovo postihnutých detí vytvára hovorená reč. Ani samotní odborníci z oblasti pedagogiky nie sú v názoroch na problematiku vzdelávania sluchovo postihnutých jednotní (Tarciová, 2008; Tarciová 2014; Groma 2012). Jedna skupina zastáva názor, že vo výchove a vzdelávaní nepočujúcich detí je potrebné uprednostňovať posunkový jazyk, ktorý je v podstate ich „materinským jazykom“. Druhí vyslovujú názor, že aj tieto deti treba vychovávať k hovorenej reči (orálna koncepcia vzdelávania). Veľmi často počujúci rodičia nepočujúcich detí sa ťažko zmierujú s predstavou, že by ich dieťa nemalo normálne hovoriť. V prípade prelingválne nepočujúcich detí, u ktorých naučiť hovorenú reč si vyžaduje enormné úsilie, sa odporúča naučiť ich aspoň posunkový jazyk/reč, ale dôkladne, aby boli schopní komunikovať s počujúcou majoritou prostredníctvom tlmočníka. Pokiaľ sa pacient so sluchovým postihnutím sám

začleňuje medzi členov kultúrnej a jazykovej komunity (menšiny) „*N/nepočujúcich*“, stáva sa pre neho porucha sluchu súčasťou životného štýlu (Mukšňablová 2014).

Ľahká a stredne ťažká nedoslýchavosť si vyžaduje u detí zvláštnu pozornosť. Neskorá diagnostika spôsobuje zlý prospech v škole, nevhodné správanie, dokonca sa stáva, dieťa je chybné hodnotené, ako mentálne zaostalé. Namiesto je korekcia načúvacími prístrojmi, rehabilitácia oneskorene sa vyvíjajúcej reči logopédom, komplexná starostlivosť foniatra, prípadne psychológa – konkrétnu alternatívu navrhne lekár.

Nepočujúcich jedincov je potrebné rehabilitovať prirodzenou posunkovou rečou, znakovou rečou a orálnou metódou. Ide o totálnu komunikáciu s cieľom komunikovať s tými, ktorí počujú aj nepočujú. Pre úspešnú rehabilitáciu je rozhodujúca doba zistenia sluchovej poruchy (Hahn *et al.* 2007). V prípade, že sa jedná o postlingválnu poruchu sluchu, kedy vie dieťa hovoriť, ale následne o sluch prišlo, treba počítať aj s možnosťou odzerala.

Prvým z prístupov je komunikácia iba s využitím *znakového jazyka*. Dôležité je, aby jazyk ovládala dokonale celá rodina a rodičia si uvedomili, že dieťa bude patriť skôr do komunity Nepočujúcich.

Dvojazyčná metóda propaguje osvojenie si najskôr znakového jazyka a až potom sa učiť jazyk hovorený. Totálna komunikácia využíva všetky dostupné prostriedky k rozvoju komunikácie. Zásadným cieľom je naučiť dieťa komunikovať.

Orálne sluchová metóda sa snaží maximálne využiť zostatkový sluch a bezpodmienečne viesť dieťa k rečovej produkcii od najmenšieho veku. Táto metóda je dôležitá pri možnosti realizácie kochleárnej implantácie (Houdková 2005).

Pri *tonálnej komunikácii* ide o komplexný komunikačný systém dorozumievania sa nepočujúcich. Tento prístup si vyžaduje využitie vhodných orálnych, auditívnych a manuálnych prostriedkov komunikácie s nepočujúcimi a medzi počujúcimi (Tarciová 2008; Tarciová 2014).

Simultánna komunikácia je jedným zo spôsobov sluchovej rehabilitácie, kedy dochádza k dorozumievaniu medzi počujúcimi a nepočujúcimi osobami, kedy dotyčná osoba hovorí a zároveň používa posunky s tým istým významom, aby podporila hovorené slová (Tarciová 2008).

Cued-speech (náznaková reč) je orálna metóda, založená na používaní jedného druhu prstových znakov. Výhodou je možnosť rodičov pomerne rýchlo si osvojiť náznaky a využívať ich s deťmi, za použitia národného hovoreného jazyka (Tarciová 2008).

Auditívno-verbálna metóda je orientovaná monosenzoricky. Všetka pozornosť je venovaná rozvíjaniu reziduálneho sluchu prostredníctvom vysokovýkonných načúvacích aparátov a individuálne spracovaného programu. Postupujú podľa nej aj deti s kochleárnym implantátom (Leonhardt 2001).

NAČÚVACÍ PRÍSTROJ

Bežná intaktná počujúca populácia a často aj ľudia, u ktorých sa začne zhoršovať sluch, predpokladajú, že problémy s počutím sa dajú vyriešiť načúvacím prístrojom, ktorý predstavuje najznámejšiu audioprotetickú pomôcku. Tieto pomôcky boli z medicínskeho hľadiska pričasto prezentované ako všeliek, ako kompenzačné pomôcky či zariadenia, ktoré „obnovujú“ schopnosť počutia do takej miery, ako to poznáme u normálne počujúcej osoby. Táto viera implikuje chybný predpoklad, že zabezpečenie jedinca s poruchou sluchu načúvacím prístrojom je samo o sebe dostačujúce riešenie a odstraňuje dôsledky poruchy sluchu. Pacientom podľa toho už netreba poskytnúť inú formu intervencie. V skutočnosti načúvacie prístroje nezlepšia sluch, ale ich úlohou ako kompenzačnej pomôcky je napomôcť k zlepšeniu zrozumiteľnosti reči a tým zlepšujú komunikáciu ako takú. A preto predstava, že postihnutý už nepotrebuje ani žiadnu ďalšiu intervenciu, je mylná. Autor Groma upozornil (2009), že získaná porucha sluchu vyžaduje oveľa viac ako iba pridelenie a nastavenie načúvacieho prístroja. Zmieňuje sa o rehabilitácii a hlavne o adaptácii. Píše, že „problematika adaptácie na získanú poruchu sluchu sa v našich podmienkach podceňuje, prípadne sa zamieňa za problém „vyrovnávania sa“ s postihnutím (čo sa uvádza ako imperatív: „*musíte sa s poruchou vyrovnat!*“) Ďalej zmienený autor vysvetľuje, že proces adaptácie sa často zjednodušuje na klasický adaptačný model: hnev - apatia - postupné vyrovnávanie sa – opätovný návrat do života“ (Groma 2009). U osôb so sluchovým postihnutím nemožno adaptáciu modelovať rovnako ako pri ostatných druhoch postihnutia. A to minimálne z toho dôvodu, že u osoby so sluchovým postihnutím vzniká uvedomovaná komunikačná bariéra s ostatnými

(počujúcimi) ľuďmi. Výsledky publikovaných štúdií autor sumarizuje, že proces adaptácie je úspešnejší tam, kde je podporovaný poradenskou činnosťou. Poradenská intervencia ovplyvní postoje k vlastnej poruche sluchu a zvýšila povedomie o sluchovom postihnutí. Zlepšil sa tým tiež vzťah s okolím, komfort z používania načúvacieho prístroja/aparátu, zvýšila sa sebadôvera a aj schopnosť používať zvládacie (copingové) stratégie. Adaptácia na zmenenú životnú situáciu sa tak ukázala ako primeranejšia vďaka poradenským aktivitám. V prípade načúvacích aparátov hrá u detí veľkú úlohu ich akceptácia a spolupráca dieťaťa. Možnosť vnímania zvuku z okolia a reči je zásadnou zmenou pre dieťa, jeho celú rodinu i okolitý svet. Rodičia i ľudia mimo rodiny častejšie komunikujú so svojim dieťaťom a to má pozitívny vplyv na celkový rozvoj jeho osobnosti.

KOCHLEÁRNY IMPLANTÁT

Ľuďom s ťažším stupňom poruchy sluchu priniesli v 20. storočí novú nádej kochleárne implantáty. Ale aj pri *kochleárnej implantácii*, podobne ako pri načúvacích aparátoch, je potrebné si uvedomiť si, že nie sú zázračnou rýchlou metódou obnovujúcou počutie, lež vyžadujú dôslednú rehabilitačnú prácu. Kochleárny implantát je elektronické zariadenie, stimulujúce elektrickým signálom priamo sluchový nerv, ktorý vedie zvuk z kochley do mozgu. Poskytuje ľuďom s ťažkou poruchou sluchu informácie o zvuku vo forme elektrických impulzov, čím zvyšuje schopnosť rozpoznávania reči sluchom. Je účinnejší, ako načúvací prístroj, nakoľko pomocou voperovaných elektród priamo stimuluje sluchový nerv. Kochleárny implantát umožňuje rozpoznať prítomnosť zvukov, diferencovať zvuky prostredia i zvuky reči, identifikovať každodenné zvuky, zlepšiť komunikáciu, lepšie porozumieť reč v kombinácii zlepšeného sluchového vnímania s odzeraním a spontánnejšie verbálne vyjadrovanie. U mnohých pacientov sa významne zlepšila schopnosť porozumenia reči aj bez nutnosti odzerania reči z úst. Pri výbere kandidátov na kochleárnu implantáciu sa berú do úvahy viaceré faktory, a to: vek kandidáta a typ hluchoty, audiologické kritériá, pedagogické kritériá, posúdenie kandidáta a rodičov psychológom a medicínske kritériá (Eliášová, Derňárová *et al.* 2010).

Aj keď počujúca verejnosť bude viac-menej prirodzene predpokladať, že rodičia nepočujúcich detí

uvítajú možnosť obnovy počutia pomocou kochleárnych implantátov, v praxi je to iné. S negatívnym postojom ku kochleárnym implantátom a to zvlášť implantátov u detí sa stretávame zo strany tých, ktorí seba samých považujú za príslušníkov komunity jazykovo a kultúrne N/nepočujúcich a zástupcov ich organizácií. Diskusie medzi zástancami a odporcami prínosu kochleárnych implantátov v mnohom pripomínajú diskusie medzi zástancami a odporcami prínosu očkovania. Zástancovia kochleárnych implantátov poukazujú na skutočnosť, že u dieťaťa po úspešnej implantácii a kvalitnej rehabilitácii sa spontánne začína rozvíjať reč. Jazyk takého dieťaťa sa vyvíja presnejším a predovšetkým prirodzenejším spôsobom. Odporcovia kochleárnych implantátov u detí okrem iného zdôvodňujú negatívny postoj tým, že kochleárne implantáty označujú ako riziko „genocídy komunity Nepočujúcich.“

TLMOČENIE

V Českej republike bolo vysokoškolské vzdelávanie tlmočníkov posunkového jazyka inštitucionálne zabezpečené vzdelávaním tlmočníkov v bakalárskom stupni na Filozofickej fakulte Univerzity Karlovej v Prahe. Na Slovensku pretrváva akútny nedostatok tlmočníkov, má ich tu pôsobiť len približne 25. Postupné zvyšovanie počtu tlmočníkov možno očakávať po zavedení štvorročného profesijne orientovaného bakalárskeho študijného programu slovenský jazyk v komunikácii nepočujúcich v roku 2020. Nový študijný program je možné študovať od septembra 2020 len na Pedagogickej fakulte Trnavskej univerzity v Trnave. Zameriava sa na jazykové a tlmočnické zručnosti a ponúkne vedomosti z problematiky života nepočujúcich osôb. „Novoakreditovaný študijný program si kladie za cieľ vyplniť medzeru spôsobenú nedostatkom kvalifikovaných tlmočníkov medzi slovenským jazykom a slovenským posunkovým jazykom na celom území Slovenska. Je v súlade s hodnotovými prioritami Trnavskej univerzity v Trnave. Je zameraný na odstraňovanie bariér, ktoré delia nepočujúcich od tých, ktorí takéto znevýhodnenie nemajú.

SIMULTÁNNY PREPIS HOVORENEJ REČI

Simultánný prepis hovorenej reči je činnosť, pri ktorej prepisovateľ súčasne (simultánne) prepisuje hovorený prejav do písomnej podoby hovoreného jazyka. Hovorený prejav je prepisovaný doslovne do textu (Vojtechovský, 2016). Pre mnohé osoby so sluchovým postihnutím, ktoré (na rozdiel od prelingválne nepočujúcich) nemajú problém s čítaním textu s jeho porozumením, by služba prepis v mnohom uľahčila komunikáciu. Nehovoriac o tom, že využiteľnosť tejto služby je výrazne väčšia a zaujímavá aj pre mnohé iné situácie v spoločenskom živote.

V Českej republike bola už táto služba zavedená. Z výsledkov výskumu v dizertačnej práci autora Maráka (2018) vyplýva, že záujem o túto službu je aj medzi sluchovo postihnutými v Slovenskej republike. Ale to, či a kedy sa u nás táto dostane do zákonov a používania, je otázne. Právny poriadok SR prikladá komunikácii pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zvláštny význam a obsahuje právne záruky, ktoré majú podporovať efektívnu komunikáciu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (Capíková 2014), avšak vo všeobecnosti môžeme konštatovať, že v slovenskej legislatíve je celkovo nedostatočne podporovaná dostupnosť a využívanie nových technológií, vrátane informačných a komunikačných technológií, pomôcok na dorozumievanie, zariadení a podporných technológií, vhodných pre osoby s rôznym stupňom a druhom postihnutia sluchu. Podrobnosti by mohli riešiť napr. podzákonné predpisy, ktoré by mohli vydať jednotlivé ministerstvá s platnosťou pre jednotlivé rezorty.

SLUCHOVÉ POSTIHNUTIE A PSYCHICKÉ DÔSLEDKY

Porucha sluchu závažným spôsobom ovplyvňuje psychiku človeka, jeho existenciu, spôsoby komunikácie a udržiavanie alebo vytváranie nových vzťahov vo svojom okolí. Prelingválne nepočujúci majú v porovnaní s postlingválne nepočujúcimi, ohluchnutými alebo nedoslýchavými ľuďmi niekoľko výhod. Jednou z nich je, že netrpia psychickými problémami, nechýba im v živote až tak veľmi zvuk, pretože s ním nemajú viac-menej pozitívnu skúsenosť, nepoznajú z vlastnej skúsenosti cenu zvuku a dôležitosť počutia v živote človeka. Závažným problémom pre sluchovo postihnutého človeka je pocit

odlúčenia od okolia. Nepočujúci ľudia, žijú v akomsi uzavretom svete ticha, ktorý akoby bol od sveta počujúcich, obrazne prirovnané, oddelený sklenenými stenami. V tomto smere prelingválne nepočujúci oproti neskôr ohluchnutým majú výhodu v tom, že nemajú výrazné psychologické problémy zo stáleho ticha, pretože zvuk a jeho hodnotu prostredníctvom normálne fungujúceho sluchu nikdy predtým nepoznali (Hrubý, 1993). Špecifikom postlingválnej straty sluchu je, že tieto osoby si viac uvedomujú, čo stratili, a preto sú psychické dôsledky výraznejšie ako u prelingválne postihnutých. V prípade detí sa to týka zvlášť napr. detí integrovaných v školách s počujúcimi rovesníkmi. Osoby s takýmto sluchovým postihnutím mávajú obrovský psychický problém zo straty sluchu a teda zo straty možnosti počutia zvukov, ktorých cenu a význam v praktickom živote dobre poznajú. Hlavné problémy ohluchnutých bývajú psychické a spoločenské a tie sú enormné. Vývinové obdobie, v ktorom človek získa sluchové postihnutie, rozhodujúcim spôsobom ovplyvňuje jeho ďalšiu existenciu a osobnostný vývin.

Podľa autora Gromu (2009) skúsenosti klinických pracovníkov participujúcich na starostlivosti o pacientov s poruchami sluchu jednoznačne hovoria o významnom vplyve postlingválnej poruchy sluchu na kvalitu života, mentálne zdravie a na zmeny subjektívnej pohody. Zmienovaný autor tiež popisuje psychosociálne dopady na osobnosť sluchovo postihnutého. Dáva ich do úzkeho vzťahu k schopnosti postihnutého jedinca opierať sa o funkčné komunikačné stratégie. Mentálny distress vzniká podľa neho v situácii, v ktorej nie je možné bezproblémovo realizovať komunikáciu, ktorá vychádza nielen z potrieb samotného postihnutého ale aj z potrieb jeho okolia. Psychosociálne dopady poruchy sluchu sú v úzkom vzťahu k schopnosti človeka s poruchou sluchu opierať sa o funkčné komunikačné stratégie. Sprievodnými znakmi mentálneho distressu sú, ako píše: frustrácia, hnev a aj bezmocnosť. Prirodzeným dôsledkom toho je rezignácia alebo obavy zo zlyhávania v komunikácii a následná sociálna izolácia.

Frekvencia výskytu psychických porúch je u ľudí s poruchou sluchu vyššia ako v intaktnej populácii. Potvrdzuje to aj štúdia Čerňanovej (2012), ktorá pracuje na psychiatrickej klinike a zaoberá sa psychickými poruchami vyplývajúcimi zo sluchového postihnutia. Autorka píše, že porucha sluchu v dôsledku nepriaznivého vplyvu na komunikáciu a tým aj interakciu s okolím, spôsobuje mnoho

negatívnych psychosociálnych následkov. Osoby s postihnutím sluchu majú v porovnaní s ostatnou populáciou vyššiu úroveň psychického distressu, nižšiu úroveň sociálneho fungovania, menej bežných spoločenských aktivít, viac vzťahových problémov, s rodinou, s priateľmi, v práci, väčšie emocionálne problémy, vyššiu mieru úzkosti, depresie, fobie a tiež vyššiu mieru interpersonálnej senzitivity a hostility.

NEDOSLÝCHAVÍ

Nedoslýchavé deti sa odporúča podľa možnosti vzdelávať normálne, viesť k osvojeniu hovorenej reči. V odbornej literatúre sa otázky integrácie zameriavajú väčšinou na integráciu sluchovo znevýhodnenej časti populácie do bežných škôl (Groma 2012). Vysokoškolské vzdelanie môžu v slovenských podmienkach dosiahnuť len za integrovaných podmienok v počujúcom prostredí.

Sluchové postihnutie patrí medzi najmenej chápané druhy postihnutí. Počujúci ľudia nedoslýchavých väčšinou považujú za nepočujúcich. Prístup počujúcich ale aj n/Nepočujúcich k nedoslýchavým ľuďom býva väčšinou zjednodušený. Nedoslýchaví sú považovaní skôr za počujúcich, ktorí „trochu horšie“ počujú.

V podstate sú považovaní za skupinu, ktorá je „niekde medzi“. Podľa týchto názorov:

1. Nie sú to nepočujúci, ktorí sú natoľko silne sluchovo postihnutí, že by komunikovali prevažne posunkovým jazykom a oproti nepočujúcim majú vlastne výhodu, že majú zvyšky sluchu, ktoré môžu využívať.
2. Nie sú to počujúci, pretože im ich sluchová porucha prináša vo svete počujúcich isté obmedzenia.

Problémom nedoslýchavých sa u nás venuje len malá časť odborníkov. V počujúcej verejnosti u nás pretrváva mylná predstava, že osoby s takýmto typom postihnutia sluchu nie sú odkázané na žiadnu zo sociálnych služieb určených pre cieľovú skupinu osôb s postihnutím sluchu. Táto simplifikácia je pre nedoslýchavých veľmi neprijemná, pretože nie je braný zreteľ na ich špecifické potreby a práva (Beňo 2014a). Nedoslýchaví majú tak často problémy napr. na úradoch práce, alebo pri zamietnutí kompenzačných príspevkov s odôvodnením, že to „nepotrebné“, že „nie sú na to odkázaní“, alebo podľa platných zákonov o sociálnom zabezpečení nemajú nárok. Zástupcovia Občianskych združení založených nedoslýchavými

a samotní nedoslýchaví sa v tejto súvislosti vyjadrujú, že sa na ich potreby mnohokrát neberie ohľad, prípadne že sú diskriminovaní, alebo „hádzaní do jedného vreca“ s nepočujúcimi a celá skupina sa označuje ako nepočujúci/Nepočujúci.

Nedoslýchaví ľudia tvoria širokú a rôznorodú skupinu osôb s rôznymi druhmi a stupňami poškodenia sluchu, ktorí sa od seba môžu líšiť spôsobom komunikácie (úrovňou osvojenia hovorenej reči), dosiahnutým vzdelaním, sociálnymi skúsenosťami, a ktorá v populácii sluchovo postihnutých početne prevažuje nad počtom prelingválne nepočujúcich. Ako ukázali výskumy niektorých autorov (Israelite Nelita, 2002 in Beňo 2014a), nedoslýchaví netvorí, podobne ako kultúrne Nepočujúci, jazykovú menšinu v rámci väčšinovej počujúcej spoločnosti a nemajú tak výraznú tendenciu spájať sa do viditeľných komunít. Ak si ako komunikačný prostriedok osvojili hovorenú reč, prikláňajú (integrujú) sa väčšinou do sveta počujúcich a stávajú sa jeho súčasťou. Identita nedoslýchavých sa vytvára kontrastne a odlišne od identity kultúrne Nepočujúcich ľudí: Tým, že sa považujú za nedoslýchavých, sa líšia od počujúcich: miesto zdôrazňovania rozdielov však kladú dôraz viac na to, čo majú s počujúcim svetom spoločné.

PORADENSTVO

Spoločenské zmeny po v r.1989 viedli k založeniu jednotného Slovenského zväzu sluchovo postihnutých (SZSP) v r. 1990. SZSP spájala dve skupiny sluchového postihnutia – nepočujúcich (preferujúcich ako komunikačný prostriedok posunkovú reč/jazyk) a tzv. „nedoslýchavých“, t.j. sluchovo postihnutých, ktorí používajú načúvacie prístroje alebo kochleárne implantáty a ako komunikačný prostriedok preferujú hovorenú reč. Podľa monografie prof. Plevu (2006) stav členov dosiahol v polovici 90.rokov 6 624 členov. Zmyslom a činnosťou SZSP bola aj poradenská činnosť, ktorá sa riadila a koordinovala hlavne v ústredí Zväzu. Informácie, rady a postupy z ústredia sa poskytovali aj základným organizáciám, kde poradenstvo o problematike poskytovali členom i klientom u skupiny Nepočujúcich – tlmočník posunkovej reči a u tzv. „Nedoslýchavých“ poradenstvo poskytovali funkcionári základných organizácií na schôdzach. Poradenstvo o problematike sluchového postihnutia, riešenia kompenzácie a pomoc pri získavaní kompenzačných pomôcok pre sluchovo

postihnutých vykonávali skúsení funkcionári na základe vlastných skúseností a informácií, ktoré im boli poskytované z ústredia a boli školení v špeciálnych kurzoch. Veľkým prínosom pri získavaní dôležitých informácií, poradenstva a pomoci boli pre členov SP organizované Sociálno-rehabilitačné kurzy, kde sa pozývali odborníci na problematiku sluchovo postihnutých, lekári, psychológovia, logopédi, audiológovia, akustici, pracovníci z ministerstva práce, soc. vecí a rodiny pri vysvetľovaní soc. zákonov, alebo to boli úradníci z úradov práce, soc. vecí a rodiny z oddelenia kompenzácií. Tieto aktivity boli veľmi populárne a obľúbené u členov a zúčastňovali sa rádovo stovky členov ročne! Neskôr tieto aktivity klesali, ubúdali z dôvodu nízkych dotácií poskytovaných štátom až postupne prakticky zanikli okrem iného aj pre nové legislatívne úpravy.

V neskoršom období istá, prevažne mladšia, časť generácie slovenských nepočujúcich sa začala uberať smerom k vyčleňovaniu sa od skupiny nedoslýchavých a v r. 2006 presadili zánik SZSP. Svoje postihnutie nechápu v dimenziách zdravotného postihnutia ale ako kultúrnu a jazykovú inakosť (čo sa vyjadruje označením komunity veľkým počiatočným písmenom – Nepočujúci). Výsledkom zániku SZSP bolo roztrieštenie členskej základne SZSP do množstva novozaložených občianskych združení (OZ), ktorých počet rýchle narastal a v súčasnosti je ich vyše 100, pričom väčšinu z nich založili Nepočujúci, a iba malý zlomok z nich založili Nedoslýchaví. Po viac ako 10 rokoch od zániku spoločného SZSP možno konštatovať, že roztrieštením do množstva OZ sa zhoršilo aj poskytovanie poradenstva pre osoby s rôznymi druhmi sluchového postihnutia na Slovensku. Ich hlavný zámer už nebol v uskutočňovaní ďalšej línie poradenských služieb, ale hlavne v možnosti stretávať sa a organizovať spoločné podujatia komunit. Pre nedostatok poskytovaných finančných prostriedkov zo strany štátu zanikli aj špecifické časopisy pre sluchovo postihnutých ako Slovenský Gong, Infonep. Súčasná situácia u nás je charakterizovaná vysokou mierou roztrieštenosti a nespolupráce jednotlivých OZ ako aj medzi zástupcami jednotlivých skupín sluchovo postihnutých. Máme množstvo organizácií, ale poradenstvo poskytuje len niekoľko málo z nich.

Novelizácia zákonov o sociálnych službách neuláhčila ale skôr sťažila situáciu v oblasti sociálneho poradenstva. Tieto začali sťažovať až komplikovať prácu dlhoročných pracovníkov ktorí dovtedy

poskytovali poradenstvo, zavedením požiadavok na vysokoškolské vzdelanie, požiadavkami na získavanie certifikátov, potrebou garantov, presúvaním kompetencií na Vyššie územné celky (samosprávne kraje) a komplikáciami financovania iba krajských organizácií. Situáciu po zániku SZSP možno charakterizovať aj tým, že počujúca majorita akoby poznala len problematiku Nepočujúcich. Ostatní sluchovo postihnutí (nedoslýchaví, užívatelia kochleárných implantátov), ktorí nepoužívajú posunkovú reč/jazyk bývajú akoby hádzaní do „jedného vreca“ spolu s Nepočujúcimi (Beňo 2014b). Neberie sa tu do úvahy, že sluchovo postihnutí, ktorí nepoužívajú ako komunikačný prostriedok posunkový jazyk/reč, majú tiež svoje práva a špecifické problémy v kontakte s počujúcou majoritou. Návrhy podávané zástupcami sluchovo postihnutých na Ministerstve práce, sociálnych vecí a rodiny sú zamerané prevažne na n/Nepočujúcich, menej na ostatné skupiny ľudí so sluchovým postihnutím. Aj pri tvorbe nových sociálnych zákonov sa akosi opomenulo, či obišlo, že existuje odlišné poradenstvo pre Nepočujúcich a odlišné poradenstvo pre ostatné poruchy sluchu (nedoslýchaví, užívatelia kochleárných implantátov)!

Poradenstvo je veľmi dôležité pre deti s poruchami sluchu ako aj pre tých, ktorí sluch stráti v neskoršom veku (keďže sa bežne nestretávajú s ľuďmi s podobnými problémami, nemá im kto poradiť). Preto by bolo dobré, keby existovala sieť poradní, na ktoré by rodičov detí s poruchami sluchu upozornili už samotní foniatri. Aj na základe vlastných skúseností zastáva autor článku názor, že poradenstvo a sociálna rehabilitácia v kontexte sluchového postihnutia má byť zamerané na prekonávanie psychologickéj a sociálnej „traumy“ zo sluchového postihnutia. V prípade že ide o postihnutia s nižšou úrovňou straty sluchu, musí jedinec s postihnutím v prvom rade pochopiť, aké má konkrétne postihnutie, aká je prognóza a aké budú dôsledky. Musí vedieť či má prevodovú, senzoneurinálnu (percepčnú) alebo kombinovanú poruchu sluchu, či zle počuje vysoké alebo nízke tóny zvuku, či netrpí na tinnitus (hučanie v ušiach, šelesty). Na základe týchto informácií potrebuje rady o tom, aký načúvací aparát je vhodný, aké má možnosti, aké firmy distribuuju načúvacie prístroje, aké sú doplatky poisťovne a ďalšie kompenzačné pomôcky. Potrebuje usmerniť napr. v pochopení rozdielov medzi závesnými a zvukovodovými aparátmi, ďalej v tom, aké sú rozdiely medzi digitálnymi a analógovými

prístrojmi. Vysvetliť mu, aké existujú ďalšie pomôcky, ktoré mu pomôžu lepšie kvantitatívne aj kvalitatívne prijímať zvukové signály. Potrebuje informácie o možných peňažných príspevkoch, o spôsobe ako sa orientovať v systéme sociálnych služieb, ako a kde žiadať o pomoc. Okrem toho upozorniť aj na ďalšie možnosti. Napríklad možnosť mať signálneho asistenčného psa, v čom všetkom mu môže pes pomôcť a ako mu uľahčí život. Tiež sa môže dozvedieť, že kompenzačné pomôcky môže najskôr vyskúšať. Môže sa dozvedieť ako sa zdokonaľovať v odzeraní a využívať túto techniku pri komunikácii, informácie o kurzoch odzerania, ako sa správať v spoločnosti a na pracovisku. Rodinní príslušníci takto postihnutých detí môžu získať rady, ako sa správať k členovi domácnosti so sluchovým postihnutím. Samotnej osobe so sluchovým postihnutím pomáha už pocítiť, že nie je so svojim problémom sám, a že rady, ktoré dostáva, sa týkajú mnohých. Že to, čo prežíva, čo prináša toto postihnutie, rieši okrem neho aj mnoho ďalších a že odpovede môže hľadať v literatúre, v komunitách, na internete ale hlavne od pracovníkov, ktorí majú skúsenosť s tým, ako pomáhať.

Súčasná slovenská legislatíva má k poradenstvu vytvorené podmienky. Ale jej problémom je to, že je zameraná len na osoby s ťažkým postihnutím sluchu. Netýka sa osôb, ktoré označujeme ako nedoslýchavé. Súčasný zákon 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 sa príliš nezaobrá rozdielmi medzi jednotlivými druhmi sluchového postihnutia a ani ich nositeľmi. Nerieši vyššie zmienené kategórie, ktoré sú každá osve špecifická aj svojimi potrebami. V častiach týkajúcich sa sociálnej pomoci alebo služieb takýmto osobám sa zmieňuje len o osobe so sluchovým postihnutím, ktorá nepočuje hovorenú reč, o osobe s obojstrannou ťažkou nedoslýchavosťou a o nepočujúcej osobe. Takáto diferenciácia je podľa nášho názoru zbytočná. Pretože podľa tabuliek zákona 447/2008 ide vo všetkých prípadoch o stratu sluchu tak významnú, že pri nej môžu byť všetci označení za nepočujúcich, za hluchých,. Všetci, ktorých sa to týka, totiž vykazujú straty nad 80%. Zákon, samozrejme, pamätá svojimi ustanoveniami na zmiernenie dôsledkov, ale tie sa týkajú len časti populácie s poruchou sluchu, ktorá spĺňa predpísaný limit. Väčšina všetkých sluchovo postihnutých v populácii však nie sú n/Nepočujúci ale

časť označovaná ako nedoslýchaví alebo sluchovo postihnutí, ktorí nepoužívajú posunkový jazyk/reč. Teda takí, ktorí na rôznej úrovni počuje hovorenú reč a preferuje komunikáciu v hovorenej (artikulovanej) reči. To, že má často problém porozumieť jej, žiaľ, uvedené nie je.

ODPORÚČANIA PRE PRAX

- **pomoc štátu pri integrácii a pri vytváraní inkluzívnych podmienok a inkluzívneho prostredia**

Docieľiť by to bolo možné vzdelávaním zamestnancov verejných inštitúcií, ktorí sú v prvom kontakte s ľuďmi, využívajúcimi ich služby zdravotníckimi pracovníkmi, sociálni pracovníci. Vzdelávanie je potrebné orientovať v prvom rade na získanie komunikačných zručností a vedomostí o tomto zdravotnom postihnutí. Zvážiť zavedenie takého vzdelávania v zdravotníctve formou voliteľného predmetu v pregraduálnom vzdelávaní a jeho doplnenie v postgraduálnom vzdelávaní v zdravotníctve. Podpora výskumu v tejto oblasti.

Súčasťou podpory inkluzívnych podmienok môže byť aj podpora sociálnej integrácie, teda vytváranie podpornej siete ľudí, ktorí môžu prispieť k lepším životným podmienkam (Zbořilová, Radi, Bundzelová, Ludvig Cintulová 2015).

- **zvýšenie povedomia verejnosti o sluchovom postihnutí**

- **zmena systému dávok a sociálnej pomoci**

Rozšíriť intervenciu štátu aj zabezpečenie pomoci aj pre osoby s nižšou stratou sluchu ako predpisujú súčasné tabuľky zákonov (pomoc ľuďom, ktorí musia používať načúvací prístroj); podpora aktivít ako sú kurzy odzerania (ktoré by zvýšili možnosť socializácie a komunikácie). Rehabilitačné programy zmiernenie negatívnych mentálnych a emocionálnych dôsledkov sluchového postihnutia, školenia o kompenzačných možnostiach a komunikačných zručnostiach, podpora logopedickej starostlivosti a pod.

- **vytváranie motivujúcich prostriedkov pre využívanie a uplatňovanie Medzinárodnej klasifikácie funkčnej schopnosti, dizability a zdravia (MKF) v pomáhajúcich profesiách**

Vďaka MKF možno vnímať postihnutého človeka komplexne.

Problém je v komplikovanosti a rozsiahlosti vyhodnocovania. Pravdepodobne preto sa MKF u nás neujala (Marák 2018).

- **Uzákonenie služby „prepis“**

Pre mnohé osoby so sluchovým postihnutím, ktoré neovládajú, nepoužívajú posunkový reč/jazyk by služba prepis v mnohom uľahčila získavanie informácií.

- **Zmeny v dotovaní načúvacích prístrojov a kompenzačných pomôcok štátom**

V súčasnosti sú kritéria určované podľa stupňa invalidity. Zhruba 60% posunkujúcich respondentov používa načúvací prístroj, zvyšok ho nepoužíva, pretože im nepomáha, alebo ho už ani nemajú. U nedoslýchavých – neposunkujúcich respondentov používa načúvací prístroj asi 90% respondentov (Marák 2018; Marák et Beňo 2018). Nie každá porucha sluchu sa dá kompenzovať načúvacím aparátom.

- **Nepodceňovanie psychosociálnych dôsledkov sluchového postihnutia**

Participovanie na rehabilitácii, vzdelávaní v kurzoch odzberania, informačnej pomoci o dostupných kompenzačných pomôckach osobám, ktoré rýchlo strácajú sluch, ako riešenie psychosomatických, psychických sociálnych dôsledkov straty sluchu.

ZÁVER

Nie je to tak dávno, kedy sa v období spoločenských zmien po r. 1989 aj neskôr v období ekonomických reforiem hovorilo, že svoje potreby poznajú najlepšie samotní zdravotne postihnutí a práve im by sa mala dať možnosť spolupodieľať sa na prijímaní rozhodnutí, ako riešiť ich potreby. S odstupom času možno konštatovať, že to ostalo iba na papieri; v realite naďalej o potrebách zdravotne postihnutých, sluchovo postihnutých nevynímajúc, rozhodujú zdraví, často bez prihliadania ku skutočným potrebám zdravotne/sluchovo postihnutých.

Súčasná, aktuálne mimoriadna situácia vo svete aj v Slovenskej republike vyvolaná pandémiou koronavírusom COVID-19 nám umožňuje poukázať a upozorniť na dosť závažnú skutočnosť, že aj u nás je veľmi veľa občanov so sluchovým postihnutím rôzneho stupňa a rozsahu poruchy, ktorí pri svojej

komunikácii nepoužívajú primárne posunkový reč/jazyk ale hovorenú reč/jazyk. Na Slovensku sa to týka cca 130 000 občanov, Táto veľmi početná skupina, prevažne z radov pracovne aktívnych a starších občanov, ale aj týka sa to aj sluchovo postihnutých detí, nemá stále zabezpečený prístup ku dôležitým informáciám z verejných vystúpení (tlačové konferencie, informácie o rozhodnutiach zo zasadnutí krízového štábu a pod.) Prístup k informáciám je pri chýbaní služby „prepis“ a vystúpeniach hovoriacich s rúskom na tvári aktuálne zabezpečený iba pre menej početnú skupinu sluchovo postihnutých, ktorí pri bežnej komunikácii preferujú primárne posunkový jazyk. Rúško prekrývajúce na tvári ústa predstavuje neprekonateľnú bariéru pre vnímanie priestorovej dimenzie hovorenej reči a v dôsledku prakticky znemožňuje aj úspešné odzberanie hovorenej reči. Táto väčšinová časť populácie sluchovo postihnutých neovláda a nepoužíva posunkový jazyk a v situácii pandémie, kedy všetci vládni predstavitelia vystupujú s rúskom na tvári, je výrazne znevýhodnená, diskriminovaná v prístupe ku informáciám, vzhľadom na to, že má veľký problém porozumieť hovorenému slovu a nedokáže si pomôcť odzberaním z tváre hovoriaceho. Pri chýbaní simultánneho prepisu hovoreného slova nie je zabezpečený rovnocenný prístup ku informáciám pre obe skupiny sluchovo postihnutých.

Populácia sluchovo postihnutých je veľmi heterogénna. Je smutným faktom, že možnosti medicíny ako zlepšiť sluch, nie sú veľké. Pri rehabilitácii sluchovo postihnutých detí je preto okrem zdravotníkov potrebná spoluúčasť ďalších pomáhajúcich profesií, ako sú klinickí logopédi, sociálni pracovníci, špeciálnych pedagógov pri ich vzdelávaní, atď. Každé sluchovo postihnuté dieťa je iné, rovnako ako „iná“ je jeho porucha. Preto nemožno dávať univerzálne odporúčania, všeobecne platné pre všetky skupiny sluchovo postihnutých detí, čo platí aj pri dospelých. Preto je nutné využívať individuálny prístup ku každému dieťaťu. V našom článku spomenuté niektoré predpoklady, nevyhnutné pre úspešnú rehabilitáciu porúch sluchu u detí, môžu byť východiskom pre dlhodobý program komplexnej starostlivosti o dieťa so sluchovým postihnutím.

Konflikt záujmov:

Autori prehlasujú neexistenciu konfliktu záujmov.

Autor P. Beňo je sluchovo postihnutý.

LITERATÚRA

1. Beňo P (2014a). Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci. In: Beňo P, Tarcsiová D, Čapíková S: Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci. Vydavateľstvo Typi Universitatis Tyrnaviensis a VEDA SAV, Bratislava 2014. p. 171-267. Druhé rozšírené a prepracované vydanie. ISBN 978-80-8082-786-1.
2. Beňo P (2014b). Komunikácia môže zlyhať na maličkostiach (Rozhovor). In Zdravotnícke noviny (ZdN). 2014, No 30.
3. Beňo P, Juhásová I, Novotná J (2016). Ako moderné informačné technológie pomáhajú prekonávať bariéry v komunikácii so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci / How modern information technologies are helping to overcome the barriers in communication with hearing impaired in health and social work. In: Beňo P, Sabová A, Šramka M (eds.): Sociálne problémy marginalizovaných skupín. Aktuálne problémy v sociálnej práci, rodina a deti, Rómska minorita, zdravotne postihnutí, závislosti, dopady ekonomickej krízy, etické a právne aspekty. Báčsky Petrovec: Ústav sociálnej práce Martina Luthera, detašované pracovisko Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2016. - ISBN 978-86-80092-19-5. str. 181-189
4. Čapíková S (2014). Právne súvislosti zdravotnej starostlivosti o pacienta s postihnutím sluchu. s. 90-170 In: Beňo, Pavol, Tarcsiová, Darina, Čapíková, Silvia: Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci. Druhé, rozšírené a prepracované vyd., Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2014. ISBN 978-80-8082-786-1.
5. Čerňanová A (2012). Duševné poruchy u ľudí so sluchovým postihnutím In CD Zborník Komunikácia s pacientmi/klientmi s postihnutím sluchu. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, Trnava, 244 s. ISBN: 978-80-8082-536-2
6. Eliašová A, Derňárová E et al. (2010). Komunikácia zdravotníckeho pracovníka so sluchovo postihnutými. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, FZO, 2010. 178 p., ISBN 978-80-555-0 271-7.
7. Groma M (2009). Psychologické aspekty postlingválnej poruchy sluchu In CD Zborník Komunikácia s pacientmi s postihnutím sluchu. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, Trnava, s.82-88. ISBN 978-80-8082-315-3.
8. Groma M (2012). Kariérové poradenstvo a možnosti facilitácie kariérového vývinu nepočujúcich. Univerzita Komenského v Bratislave. 1.vyd. Bratislava 2012. 175p. ISBN 978-80-223-3297-2.
9. Hahn A et al. (2007). Otorinolaryngologie a foniatrie v súčasnej praxi. Praha: Grada Publishing, 1.vyd. 2007. 27 s. ISBN 978-80-247-0529-3.
10. Horáková R (2012). Sluchové postihnutí – úvod do surdopedie. 1. Vyd. – Praha: Portál, 2012. 14 s. ISBN 978-80-262-0084-0
11. Houdková Z (2005). Sluchové postihnutí u dětí – komplexní péče. Praha: Triton, 2005. 25 s. ISBN 80-7254-623-6-1
12. Chadha S, Cieza A, Krug E (2018). Global hearing health: future directions [2018-03-02]. Available on: <http://www.who.int/bulletin/volumes/96/3/18-209767.pdf?ua=1>
13. Jakubíková J, Závodná M, Chebenová M, Kabátová Z, Profant M, Šimková L, Groma M, Seginko K (2006). *Detská audiológia 0 – 4 roky*. SAP; Bratislava 2006: 196 s.
14. Jakubíková J (2008). Poruchy sluchu u dětí: principy poruchy sluchu u dětí: principy a postupy pre včasnú diagnostiku, a postupy pre včasnú diagnostiku, identifikáciu etiológie a liečbu. *Pediatr. prax*, 2008; roč. 5: 252–256
15. Kabátová Z (2007). Poruchy sluchu v ordinácii praktického lekára. *Via pract.*, 2007; 4(1): 38-40.
16. Langer J (2008). Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 48 s. ISBN 978-802441935-0.
17. Leonhardt A (2001). Úvod do pedagogiky sluchovo postihnutých. Bratislava: Sapientia, 2001. ISBN 80-967180-8-8.
18. Ludvigh Cintulová L (2019). Sociálna práca s marginalizovanými skupinami – špecifiká rómskej komunity. Veľké Leváre : Protect work 2019. p. 83. ISBN 978-80-971835-2-3.
19. Marák M (2018). Názov práce: Determinanty v sociálnej politike štátu voči osobám so sluchovým postihnutím v kontexte komunikačnej debarierizácie. Dizertačná práca. Školiteľ: Beňo P. Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Katedra sociologických štúdií, Trnava 2018.

20. Marak M, Beňo P (2018). The Opinions of Persons with Hearing Impairment on the Help of Assistive Devices – Hearing Aids (Original Article). *Clinical Social Work and Health Intervention*. 2018; (9)1: 60-66. ISSN 2222-386X/Print ISSN 2079-9741/Online. DOI: 10.22359/cswhi_9_1_09
21. Mukšnáblová M (2014). Péče o dítě s postižením sluchu. 1.vyd. Praha: Grada 2014. 17 s. ISBN 978-80-247-5034-7.
22. Pleva J (2006). Rozvoj organizovanej starostlivosti o sluchovo postihnutých na Slovensku. 3.diel Na ceste k samostatnej organizácii sluchovo postihnutých. SZSP Bratislava 2006. 120 s. (ISBN neuvedené).
23. Slowík J (2007). Speciální pedagogika. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
24. Tarciová D (2008). Pedagogika sluchovo postihnutých. Bratislava, Vyd. MABAG 2008, 98 s.
25. Tarciová D (2014). Etiológia, klasifikácia porúch sluchu a komunikačný systém osôb so sluchovým postihnutím. In: Beňo P, Tarciová D, Capíková S: Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci. Vydavateľstvo Typi Universitatis Tyrnaviensis a VEDA SAV, Bratislava 2014. II. Rozšírené a prepracované vydanie. ISBN 978-80-8082-786-1.
26. Vojtechovský R, Hefty A, Hefty M (2016). Služby pre osoby so sluchovým postihnutím v kontexte implementácie Dohovoru OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím. In Konferencia pre osoby so sluchovým postihnutím: Viac informácií, vyššie vzdelanie. [online]. [2016-10-21]. Dostupné na: <http://www.snepeda.sk/prezentacie_-_konferencia/vojtechovsky_hefty_hefty.pdf
27. WHO. 2018a. Deafness and hearing loss. [online]. [2016-10-24]. Dostupné na internete: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>
28. WHO. 2018b. Addressing the rising prevalence of hearing loss [online]. [2016-10-24]. Dostupné na internete: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260336/1/9789241550260-eng.pdf>
29. Zbořilová S, Radi F, Bundzelová K, Ludvigh Cintulová L. (2015). Sociální integrace osob s poruchou pohybového aparátu. Sociálně zdravotnický horizont, 2015; 2(2). ISSN 2336-2479.
30. Zákon č 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.
31. Zákon č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

* * * * *



Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave,
v spolupráci so Slovenskou Komorou sestier a pôrodných asistentiek
a Slovenskou Komorou sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce
a v spolupráci s Sliezkou lekárskou univerzitou,
Fakultou zdravotníckych vied v Katowiciach, Fakultou fyzioterapie
pripravujú usporiadanie 16. medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie



SPOLUPRÁCA POMÁHAJÚCICH PROFESIÍ POLSKO – ČESKO – SLOVENSKÉ ŠTÚDIE

Miesto konania konferencie: Ustroń, 23. – 24. október 2020

Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy „Muflon” 43-450 Ustroń – Zawodzie ul. Sanatoryjna 32, Polska

Cieľom konferencie je prehliť spoluprácu v oblasti zdravotníctva, ošetrovateľstva, sociálnej práce
a v pomáhajúcich profesiách v 21.storočí.

Tématické zameranie konferencie zahŕňa:

Zdravotníctvo, Ošetrovateľstvo, Rehabilitácia, Fyzioterapia, Laboratórne vyšetrovacie metódy,
Sociálna práca, Sociálne služby, Dobrovoľníctvo, Etika, Náboženstvo, Pedagogika, Varia.

Aktívna účasť je možná formou plenárnej prednášky, prednášky v jednotlivých sekciách a v sekcii posterov.

Dĺžka trvania prednášky: 10 minút. Diskusia po skončení prednášky: 5 minút

Predpísané rozmery posterov: 120 cm (výška) x 90 cm (šírka); Postery budú vystavené na paneloch
v miestnosti určenej na tento účel. Diskusiu v sekcii postery bude moderovať moderátor.

Abstrakty príspevkov a posterov odprezentovaných na konferencii vyjdú na CD nosiči
ako Supplementum časopisu Zdravotníctvo a sociálna práca číslo 3 / 2020.

Plnotextové práce dodané autormi budú publikované v zahraničnom recenzovanom zborníku vedeckých prác
Každý aktívny účastník zasiela prihlášku samostatne.

Prihlásiť sa na konferenciu a uhradiť konferenčný poplatok musí nielen prvý autor príspevku alebo posteru
ale aj všetci ostatní spoluautori uvedení v prihlásenom príspevku alebo posteru.

**V prípade pretrvávajúcej nepriaznivej epidemiologickej situácie v dôsledku pandémie Corona vírusom
sa konferencia uskutoční ako telekonferencia. Fultexty dodané prihlásenými účastníkmi budú vydané
formou knižnej publikácie prostredníctvom Sliezskej lekárskej univerzity s poľským ISBN.**

Návrh programu konferencie:

23.10.2020 (piatok):

Registrácia účastníkov do 13:00 hod.;

Obed (s obsluhou); 13:00 - 14:00 hod.

Otvárací ceremoniál; 14:00 - 14:20 hod.

Plenárne prednášky: 4 – 5 prednášky (čas 15 min.); 14:20 - 16:00 hod.

Prestávka na kávu. 16:00 - 16:30 hod.

Štyri sekcie po 6 prednášok (prezentácií) podľa počtu prihlásených účastníkov (v dĺžke trvania 10 min.
a diskusiu). 16:30 - 18:00 hod.

Postery: 18:00 – 18:30 hod.

Spoločenské posedenie 19:00 hod

24.10.2020 (sobota):

8:00 – 8:30 raňajky

8:45 - 10:30 hod. 4 sekcie po 6 prezentácií podľa počtu prihlásených účastníkov

10:30 prestávka na kávu a záver konferencie

11:00 Odchod z hotela.

Doprava zo Slovenska: Bratislava – Žilina – Čadca (SR) – Třinec (ČR) – Leszna Górna – Ustroń (PL)

Kontaktná adresa (prihlášky a informácie): konferencia.ustron2020@gmail.com





NAŠE PRIORITY:

- » PACIENT na prvom mieste
- » BEZPEČNÁ a KVALITNÁ starostlivosť
- » ZAMESTNANCI sú potenciálom spoločnosti
- » Podpora VEDY, VÝSKUMU a VZDELÁVANIA
- » SPOLUPRÁCA so školami a univerzitami

PONUKA PRE ŠTUDENTOV

ŠTIPENDIJNÝ PROGRAM PRE ŠTUDENTOV V ODBORE - VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO - OŠETROVATEĽSTVO - DIPLOMOVANÁ VŠEOBECNÁ SESTRA

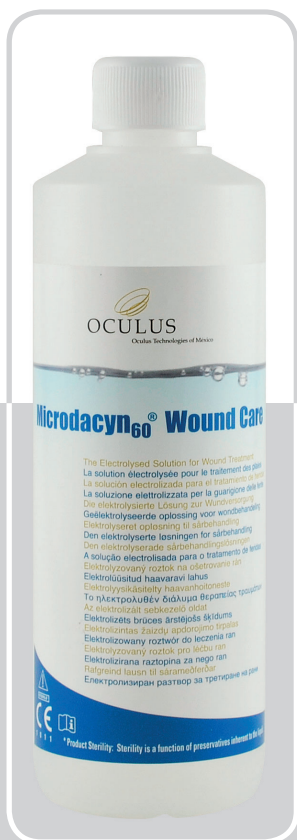
Viac na
www.agelsk.sk/kariera



Microdacyn₆₀[®] Wound Care

Microdacyn[®] hydrogel

A care



Vysoko účinná liečba na čistenie, zvlhčenie a zníženie mikrobiálnej záťaže akútnych a chronických rán, infikovaných rán, dekubitov, odrenín, popálenín a ulcerácii inej etiológie. Jediný produkt so stabilným pH od otvorenia balenia až po jeho spotrebovanie.

Indikácie

- ošetrovanie akútnych a chronických rán – dekubity, chronické vredy, vredy diabetickej nohy, vredy predkolenia, onkologické rany, chirurgické rany, infikované a nekrotické rany, ošetrovanie popálenín (aj po opalovaní)
- ošetrovanie odrenín, škrabančov a menších poranení
- ošetrovanie okolia stomií
- výplach slizníc, ústnej dutiny a hrdla
- MRSA – dekontaminácia celého tela
- Dekontaminácia pred cievkovaním

Fakty a výhody

- antimikrobiálny, protizápalový a regeneračný účinok
- likviduje baktérie, vrátane MRSA a VRE, vírusy, kvasinky, spóry
- nepoškodzuje zdravé tkanivo
- pH neutrálny
- eliminuje zápach
- kompatibilný so všetkými formami liečby rán
- nákladovo efektívny – znižuje celkovú dobu liečby a hospitalizácie
- vysoká stabilita – až 24 mesiacov
- nevedie k rezistentným reakciám
- účinne hydratuje ranu a jej okolie
- neštípe, nedráždi pokožku, oči ani sliznice

A care, s.r.o.

Hraničná 5, 922 10 Trebatice
acare@acare.sk, www.acare.sk
Bezplatná infolinka: 0800 183 801

Revamil®

A care



Indikácie

- ošetrovanie akútnych a chronických rán – dekubity, chronické vredy, vredy diabetickej nohy, vredy predkolenia, onkologické rany, chirurgické rany, infikované a nekrotické rany, ošetrovanie popálenín (aj po opalovaní)
- ošetrovanie odrenín, škrabancov a menších poranení

Fakty a výhody

- Protizápalové a antibakteriálne účinky
- Prírodné antibiotikum, antioxidant
- Zabezpečuje vlhké prostredie v rane
- Redukuje zápach
- Bez alergických reakcií a vedľajších účinkov

Revamil je hydrofilný produkt, ktorý obsahuje 100% sterilný lekárske med, ktorý je získavaný z kontrolovaného chovu včiel, neobsahuje stopy pesticídov. Je určený na ošetrovanie akútnych a chronických rán, infikovaných rán a popálenín. Rýchle hojenie je dosiahnuté v kombinácii vlhkého prostredia rany, antibakteriálnych vlastností a protizápalových účinkov prípravku Revamil.

Revamil sa z veľkej časti skladá z cukrov, malého množstva vody, organických zlúčenín a enzýmov. Enzým glukooxidáza sa do medu dostáva prostredníctvom včiel a spoločne s ďalšími faktormi zaisťuje antibakteriálny účinok Revamilu. Pri kontakte s ranou sa med rozriedi s vlhkosťou rany a aktivuje sa enzým glukooxidáza. Enzým glukooxidáza je zodpovedný za kontinuálnu tvorbu veľmi malého množstva peroxidu vodíka (0,003%). Táto koncentrácia peroxidu vodíka je dostatočne vysoká na to, aby usmrtila patogénne baktérie a naopak nepoškodila ranu vo fáze hojenia.

A care, s.r.o.

Hraničná 5, 922 10 Trebatice
acare@acare.sk, www.acare.sk
Bezplatná infolinka: 0800 183 801

Inovatívne riešenia pre Váš biznis



Vývoj softvéru na mieru

Dodávky hardvéru

Dodávky dátových sietí

Realizácia bezpečnostných
projektov

Vývoj a úprava IS

Analytické práce

Vzdelávanie a školenia

Konzultácie pre zákazníkov

SÍDLO SPOLOČNOSTI

Kupecká 9, 949 01 Nitra

Pobočka Bratislava

Budova Pressburg Tower
Plynárenská 6/a, 821 09 Bratislava

Pobočka Banská Bystrica

Námestie Slobody 2, 974 01, Banská Bystrica

Sme spoľahlivý partner

www.microcomp.sk