

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. ALŽBETY BRATISLAVA
KATEDRA SOCIÁLNEJ PRÁCE**



Prednáška z predmetu

Sociálna práca v zdravotníctve

**1. ročník magisterský stupeň sociálna práca – externá forma
Bratislava**

Prednášajúca: doc. PhDr. Emília Vranková, PhD.

Cieľom zdravotnej starostlivosti je predĺženie života človeka, zvýšenie kvality života a zdravý vývoj budúcich generácií.

Zdravotnú starostlivosť vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín.

Zdravie je jediná hodnota uznávaná všetkými (latinské príslovie)

Predmetom zdravotnej starostlivosti je pacient ako klient zdravotníckych služieb. V demokratickom svete sa začal v ostatných desaťročiach kvalitatívne meniť vzťah medzi pacientom na jednej strane a lekárom či zdravotníckym personálom, ale i celým systémom zdravotnej starostlivosti na strane druhej. Klient/pacient prestáva byť iba pasívnym objektom zdravotnej starostlivosti, ale sám sa stáva partnerom zdravotníckych pracovníkov (lekárov, sestier, pôrodných asistentiek...) a váženým klientom zdravotníckych služieb.

Proces zdravotno-sociálnej starostlivosti je zameraný na individuálny prístup k pacientovi/klientovi a jeho rodine:

- prispieva ku skráteniu doby hospitalizácie a znižuje riziko rehospitalizácie,
- motivuje klientov/pacientov k riešeniu vlastných problémov,
- napomáha k zabezpečovaniu jeho biologických, psychologických, sociálnych a spirituálnych potrieb,
- napomáha účelnému využitiu materiálnych a finančných prostriedkov sociálnych služieb a
- prispieva k prevencii patologických sociálnych javov.

Sociálna práca v zdravotníctve je medicínsky orientovaná sociálna práca.

Zaoberá sa všetkými aspektmi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientom v nemocnici alebo v domácom prostredí klienta.

Je najstaršou súčasťou sociálnej práce a zameriava sa na prácu s chorými a členmi ich rodín.

Taktiež sa upriamuje na problémy, ktoré sa spájajú:

- so zhoršujúcim sa životným prostredím,
- na vplyv stresu v oblasti psychického zdravia,
- na neprimerané zaťaženie spojené s niektorými rizikovými povolaniami alebo
- prácu, ktorá sa realizuje v život ohrozujúcom prostredí.

Svetová zdravotnícka organizácia (1993) rozdeľuje štyri oblasti, ktoré vystihujú dimenziu ľudského života bez ohľadu na vek, pohlavie, etnikum či postihnutie:

- **fyzické zdravie** a úroveň samostatnosti (energiu, únavu, bolesť, odpočinok, mobilitu, každodenný život a závislosť na pomoci),

- **psychické zdravie** a duchovná stránka (sebahodnotenie, negatívne a pozitívne city, myslenie, učenie, pamäť, viera a spiritualita),
- **sociálne vzťahy** (osobné vzťahy, sociálna opora a sociálna podpora, sexuálna aktivita),
- **prostredie** (finančné zdroje, sloboda, bezpečie, dostupnosť zdravotnej a sociálnej starostlivosti, domáce prostredie, získanie nových schopností a fyzikálne prostredie).

História SP na úseku starostlivosti o chorých a umierajúcich

Neorganizovaná forma pomoci – náhodná, neuvedomelá je spájaná s kresťanstvom, najmä starostlivosť o chorých, otrokov, opustených, siroty ...

- rehoľné spoločenstvá a kláštory sa zaoberali charitatívnymi ošetrovateľsko-opatrovateľskými činnosťami, starostlivosťou o ľudí zdravotne handicapovaných,
- r. 238 p.n.l. – India – Ášoka zakladá útulok vo Varani pre tulákov, biednych a opustených, ktorí tu prichádzajú zomrieť je to jeden z prvých hospicov
- r. 337 – Zocitus založil prvý známy Dom pre mrzákov
- 3. stor. – prvá ošetrovňa pre chorých založená sv. Pachomiusom pri jeho pustovni
- 4. stor. – Basil z Cézarey – zriadil útočisko pre chorých v Kapadónii
- r. 651 vzniká nemocnica Hotel De dieu (Boží hotel) v Paríži. (Oláh a kol., 2010).

Organizovaná forma pomoci – začína v 9. storočí v európskych podmienkach a má multidisciplinárny charakter sociálnej práce (ďalej len SP).

- **SP o chorých je najskôr viazaná na kláštory a rehoľné spoločenstvá, neskôr začali vznikať prvé mestské nemocnice, ktoré boli kombináciou domova a útulku pre rôzne vekové kategórie chorých ľudí s ošetrovateľskou a opatrovateľskou starostlivosťou.**
- 18. a 19. st. spolková činnosť a starostlivosť je prevažne zameraná na zomierajúcich (začiatky inštitucionalizácie smrti).
- **V 19. storočí sú prvé záznamy o pôsobení sociálnych pracovníčok – sociálnych sestier v nemocniciach: Londýn – 1895, Berlín – 1914, Francúzsko – 1917 (ich zameranie bolo prevažne na problémy dojčenskej úmrtnosti, alkoholizmus, pohlavné prenosné choroby, TBC).**
- **Rozvoj sociálneho lekárstva** – bol pre SP prínosom, pretože lekári a sestry upozorňovali na nutnosť zmeny životných podmienok chudobných, na nevhodnosť bytových podmienok, na šírenie infekčných chorôb v dôsledku zlej informovanosti obyvateľstva, na priamu súvislosť medzi šírením určitých druhov chorôb a extrémnou chudobou (TBC, pohlavné prenosné choroby ...).
- Lekári a sestry tiež prvýkrát poukázali na telesné týranie detí, predovšetkým v odboroch chirurgie a pediatrie (MUDr. Kempe – CAN), o dva roky neskôr aj seniorov.

- Do tejto kategórie patrí aj rozvoj sociálnej psychiatrie najmä humánny prístup k psychiatricky chorým a vytvorenie rodinného zázemia pre stabilizáciu zdravotného stavu klientov/pacientov (MUDr. Pinel – Francúzsko).

História na našom území

- Začiatky sociálnej práce na našom území sa taktiež úzko viažu k pôsobeniu kresťanstva. K najstarším záznamom patrí informácia z roku **1095** o založení pravdepodobne prvej nemocnice na Slovensku. Nemocnicu, čiže **špitál** založili v Bratislave antoniti a dodnes je známy ako špitál sv. Ladislava. Pôvodné špitály slúžili vo svojej dobe ako útulky chudobných, chorých, starých, vdovy, siroty ...
- V 15. – 17. storočí zriaďovali väčšie mestá na Slovensku **lazarety** pre chorých (mor, cholera, ovčie kiahne, suchoty – tuberkulóza). Starostlivosť o chorých a umierajúcich bola najskôr v rodinách, neskôr v zariadeniach, ktoré vznikali na podnet miest na riešenie aktuálnej spoločenskej a zdravotnej situácie.
- V roku 1908 bola v Prahe založená sekcia sociálneho lekárstva.
- **V roku 1925 v Martine, Živena na Ústave M. R. Štefánika vyučuje aj sociálno – zdravotnú starostlivosť pre sociálno – zdravotné pracovníčky, ktoré pracovali s lekármi v poradniach pre matky a kojencov. Zároveň získavali matky pre spoluprácu s poradňou.**

Chýbajú síce oficiálne záznamy, ale môžeme sa domnievať, že sestry pri ošetrovaní ranených počas vojny, ale aj v ďalšom doliečovaní, rehabilitácii či resocializácii si priberali aj úlohy sociálne – udržiavanie kontaktu s rodinou, vyhľadávanie príbuzných, či pozostalých, vybavovanie invalidných dôchodkov ...

- **V roku 1938 začínajú v pražských nemocniciach pôsobiť prvé sociálne sestry.**
- 50-te roky sú charakteristické chybou v nazeraní na životné potreby a problémy občanov. Je prezentovaný a hlásaný predpoklad, že sociálni pracovníci sú nepotrební.
- **V roku 1951 bola u nás zrušená funkcia sociálnej sestry a tiež koncepcia sociálnej služby.**

Napriek tomu sa v praxi ukázala potreba sociálnych sestier a už v roku 1952 akademik Šiška obsadil miesto sociálnej sestry v Liečebnom ústave vo Vyšných Hágoch (prínos v liečbe TBC).

Postupne boli zaraďované sociálne sestry aj na detské oddelenia, do oblasti pedopsychiatrie, do protialkoholických poradní, do nemocníc s poliklinikami, ale aj prednemocničnej a následnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

Koncepcia sociálnej služby v zdravotníctve bola opätovne schválená až v roku 1984 a bola platná do roku 2005 (6 prijatých zákonov a reforma zdravotníctva spôsobila zánik funkcie sociálna sestra).

Súčasnosť – holistický pohľad

Starostlivosť o chorého človeka má multidisciplinárny charakter.

Biologická rovina starostlivosti – lekár a ošetrojúci personál (sestra, pôrodná asistentka, zdravotnícky asistent, sanitár a ostatní zdravotnícki pracovníci);

Sociálna rovina starostlivosti – sociálny pracovník;

Psychologická rovina – psychológ;

Spirituálna rovina – duchovný.

SP v zdravotníctve by mala byť súčasťou liečebno-preventívnej starostlivosti o pacienta a jeho rodinu.

Zdravie definícia (WHO): je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, nie len neprítomnosť choroby a defektu. Je výsledkom vzťahov medzi ľudským organizmom a sociálnymi, ekonomickými, fyzikálnymi a chemickými faktormi. Je to proces, ktorý má svoju dynamiku a tento proces prebieha v istom vzťahu k prostrediu.

Všeobecne sa hovorí, že keď prispôsobivosť organizmu presahuje nároky prostredia, človek je zdravý, ale ak nastane porucha rovnováhy vzťahu medzi organizmom a prostredím vzniká choroba.

Definície zdravia

Zdravie – podľa WHO, je stav úplnej telesnej, duševnej, sociálnej a spirituálnej pohody (často býva definícia kritizovaná a spochybňovaná ako nereálna a nedosiadateľná). Touto definíciou sa WHO dištancovala od názoru, že zdravie je nebyť chorým, prípadne neprítomnosť choroby a zároveň uznáva, že zdravie je nielen telesnou, ale aj duševnou, sociálnou a spirituálnou pohodou. Táto definícia nevylučuje prítomnosť ochorenia, ale zdôrazňuje schopnosť vyrovnať sa s ním.

Křivohlavý (2009, s. 30) uvádza náhľad Seedhousa štyroch profesií na „pojmem zdravia:

Lekár – pod pojmom „zdravie“ rozumie neprítomnosť nemoci, choroby či úrazu.

Sociológ – rozumie pojmom „zdravý človek“ človeka, ktorý je schopný dobre fungovať vo všetkých jemu príslušných sociálnych rolách.

Humanista – slovami „zdravý človek“ označuje takého človeka, ktorý je schopný pozitívne sa vyrovnávať so životnými úlohami, ktoré sa pred ním naskytnú.

Idealista – pod pojmom „zdravý človek“ si predstavuje človeka, ktorému je dobre – telesne, duševne, duchovne a sociálne.“

Spravodlivosť a rovnosť v zdraví sú aj hlavnými cieľmi programu „Zdravie 21. storočia“
Spravodlivosť v zdravotnej starostlivosti definuje WHO: všetkým rovnaký prístup k starostlivosti pri rovnakej potrebe.

Národný program podpory zdravia (NPPZ)

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

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

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

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

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

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

Súčasná aktualizácia je zameraná predovšetkým na jeho „Otvorenie a prístupnosť“ a je charakterizované:

- vytvorením a skvalitnením partnerstiev pre zdravie,
- zvýšením informovanosti obyvateľov o zdraví,
- posilnením rýchlej a koordinovanej odozvy na ohrozenie zdravia,
- merateľnosťou, účinnosťou a efektívnosťou prijatých opatrení.

Aktualizovaný NPPZ je zameraný na vybrané determinanty zdravia a skladá sa z 11 cieľov:

- **zdravý životný štýl;**

- starostlivosť o zdravie;
- zdravá výživa;
- prevencia alkoholu, tabaku, drogám;
- prevencia úrazovosti;
- zdravá rodina;
- zdravé pracovné podmienky;
- zdravé životné podmienky;
- zníženie výskytu infekčných chorôb;
- zníženie výskytu neinfekčných chorôb;
- pohybová aktivita.

Hodnotenie NPPZ sa realizuje každých 5 rokov, najbližšie bude prehodnotenie v roku 2015.

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

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

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

Formovanie zdravotnej politiky ovplyvnili v polovici 20 storočia:

- zmeny chorobnosti a úmrtnosti, procesy v demografii,
- rozvoj medicínskych poznatkov, nové ekonomické a spoločenské vzťahy.

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

Systém zdravotnej starostlivosti:

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

Úlohy MZ SR:

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

Výkon miestnej štátnej správy a samosprávy na úseku zdravotníctva

Lekár a sestra samosprávneho kraja:

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

Čím je človek zdravší a vzdelanejší, tým väčšie má predpoklady na dosiahnutie vyššej kvality svojho života ale súčasne rast kvality života spôsobený rastom ekonomiky a vzdelanosti je spojený so zlepšovaním zdravotného stavu jedinca a zároveň i spoločnosti.

Význam zdravia pre spoločnosť

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

Úlohy spoločnosti (štátu)

- zabezpečiť odstraňovanie všetkých rizík poškodenia zdravia;
- vytvárať základné podmienky a predpoklady pre zdravý spôsob života;

- zvyšovanie úrovne zdravotnej starostlivosti;
- prijíma ďalšie úlohy: sociálne, ekonomické, politické.

Súčasný stav v spoločnosti (subjektívny pohľad):

- populácia nadobúda charakter starnúcej generácie;
- pediatria – OK (preventívne programy);
- predčasná úmrtnosť je do 64 roku;
- onkologické ochorenia: zlepšenie z dôvodu aktivít týkajúcich sa stravovania, pohybu, proti fajčiarske aktivity;
- diabetes ↑ tendencia (hlavne 2. typ);
- infekčné choroby ↓
- očkovanie – OK.
- dôraz na skupinu „5“ – kardiovaskulárne choroby, onkologické choroby, choroby dýchacej sústavy, choroby tráviacej sústavy a na vonkajšie vplyvy.

Úsilie spoločnosti stroskotá vtedy, ak sa nedoplní primeraným úsilím každého jednotlivca starať sa o vlastné zdravie.

Životný štýl a osobné správanie sa jednotlivca ovplyvňuje zdravotný stav jednotlivca v 50 %, úroveň zdravotníctva (systém zdravotnej starostlivosti a poskytovatelia zdravotníckych služieb) 10 %, genetické danosti 20 %, a prostredie 20 %.

Prostredie

prostredím vo všeobecnosti rozumieme všetko, čo človeka obklopuje:

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

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

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

Sociálne prostredie a jeho dôležitosť

Dôvody:

- Prostredie je rozhodujúcou mierou určené spoločensky – sociálne faktory determinujú celé vonkajšie prostredie.
- Faktory spoločenského prostredia pôsobia psychosociálnymi vplyvmi – na psychiku človeka a jeho zdravotný stav.

- Všetky opatrenia preventívneho a liečebného charakteru sú realizovateľné za predpokladu vytvorenia spoločenských podmienok.
- *Sociálne prostredie vytvorené cieľavedome človekom je ním ovládateľné, záleží na spoločnosti aké určí postavenie zdraviu, ochranu zdravia v hierarchii hodnôt.*
- Stupeň – miera ovplyvniteľnosti biopozitívnych a bionegatívnych faktorov je daná možnosťami spoločnosti vytvoriť podmienky:

ekonomické;
sociálne;
politické;
kultúrne;
organizačné.

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

Podmienky ovplyvniteľnosti faktorov pôsobiacich na zdravie človeka:

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

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

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

Reformné zákony:

- Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

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

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

S účinnosťou od 1. 1. 2005, 8 častí, 50 paragrafov, viac krát novelizovaný.

Zákon upravuje:

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

Zdravotná starostlivosť (ďalej len ZS) je:

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

- **Neodkladná zdravotná starostlivosť** je zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život, alebo niektoré životné funkcie a bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a neznesiteľnú bolesť, alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania a konania pod ktorých vplyvom ohrozuje bezprostredne seba, alebo svoje okolie. Zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode je taktiež neodkladná starostlivosť.

- **Urgentná zdravotná starostlivosť** je neodkladná starostlivosť poskytovaná osobe, pri náhlej zmene jej zdravotného stavu a ktorá bezprostredne ohrozuje jej život, alebo niektorú zo základných životných funkcií. Súčasťou je: neodkladná preprava osoby do zdravotníckeho zariadenia, neodkladná preprava medzi zdravotníckymi zariadeniami a neodkladná preprava darcov orgánov, tkanív a buniek určených na transplantáciu, ktorú vykonávajú poskytovatelia záchrannej zdravotnej služby.

Základnou jednotkou poskytovania zdravotnej starostlivosti je zdravotný výkon. **Katalóg** zdravotných výkonov je súhrn všetkých zdravotných výkonov s uvedením ich charakteristík. **Zoznam** zdravotných výkonov indikovaných pri jednotlivých chorobách je súhrn zdravotných výkonov uvedených v katalógu zdravotných výkonov, ich frekvencií a indikačných obmedzení patriacich k jednotlivým chorobám, a predstavujú nevyhnutný predpoklad na správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti. Vydáva ho Vláda SR nariadením.

- **Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne:**

ak sa vykonajú všetky zdravotnícke výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej a ošetrovateľskej vedy.

Zdravotná starostlivosť a medicínska etika

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

Základné princípy medicínskej etiky:

- **Princíp beneficencie** (dobročinnosti) – konanie dobra v záujme života a zdravia klienta/pacienta Hipokratovské heslo „**zdravie pacienta je najvyšším zákonom**“
- **Princíp non-maleficiencie** (neuškodiť inému) – požaduje také konanie, ktoré klientovi/pacientovi nikdy neuškodí. V uvedenom princípe je zahrnutá i požiadavka obmedzenia diagnostických, preventívnych a terapeutických výkonov na minimum. Hippokratovské pravidlo „**predovšetkým nepoškodiť**“
- **Princíp spravodlivosti** – požaduje poskytovanie zdravotnej starostlivosti výlučne na základe medicínskych kritérií, a to každému človeku bez ohľadu na príslušnosť k určitej rase, národu, politickému, náboženskému presvedčeniu, bez ohľadu na jeho vek, spoločenské postavenie a pohlavie. Toto však naráža na problémy, ktoré súvisia s absolútnym alebo relatívnym nedostatkom materiálnych, finančných či personálnych zdrojov (zadefinované minimálne normatívy).

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

Etické otázky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

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

Nezávislú etickú komisiu zriaďuje:

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

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

Poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti na posudzovanie etickej prijateľnosti projektov biomedicínskeho výskumu a etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní ústavnej ZS. Etická komisia musí mať najmenej piatich členov. Skladá sa zo zdravotníckych pracovníkov, právnika a z osôb bez odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania (duchovný, sociálny pracovník) alebo v oblasti výskumu. Členom etickej komisie je aj zástupca menovaný stavovskými organizáciami v zdravotníctve. Počet členov etickej komisie bez odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania alebo v oblasti výskumu nesmie presiahnuť nadpolovičnú väčšinu.

Členovia etickej komisie sú povinní:

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

Poučenie a informovaný súhlas pacienta

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

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

Informovaný súhlas sa nevyžaduje:

- ak neodkladnú starostlivosť možno predpokladať,
- ak je nariadené súdom ochranné liečenie klienta/pacienta,
- ak prenosná choroba závažným spôsobom ohrozuje okolie klienta/pacienta,
- ak príznaky duševnej choroby signalizujú, že klient/pacient ohrozuje seba a okolie.

Všetky tieto údaje musia byť súčasťou zdravotnej dokumentácie (dôležité)!

Formy zdravotnej starostlivosti:

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

Ústavná starostlivosť sa poskytuje na základe odporúčania ošetrojúceho lekára alebo súdu. Po prepustení z ústavnej starostlivosti sa poskytujú lieky na 3 dni a zdravotná dokumentácia klienta/pacienta. Prepúšťáciu správu vystavuje lekár, sestra (pôrodná asistentka). U prepustenia osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas ošetrojúci lekár má povinnosť s predstihom informovať zákonného zástupcu.

Práva a povinnosti osôb pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti:

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

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

- Ozbrojených síl SR,
- Policajného zboru,
- SIS,
- Národného bezpečnostného úradu,
- Zboru väzenskej a justičnej stráže,
- Hasičského a záchranného zboru, ak takejto osobe určil poskytovateľ služobný orgán alebo služobný úrad.

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti má každý právo na:

- ochranu dôstojnosti, rešpektovanie svojej telesnej a psychickej integrity,
- informácie týkajúce sa jeho zdravotného stavu,

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

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

Služby súvisiace s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti:

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

Zdravotná dokumentácia

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

Zdravotná dokumentácia obsahuje:

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

Zápis do zdravotnej dokumentácie obsahuje:

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

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

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

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

- vojakovi v zálohe po predložení písomného vyžiadania územnej vojenskej správy na účely prieskumu jeho zdravotnej spôsobilosti,
- príslušnému orgánu na účely sociálnej pomoci, štátnej sociálnej dávky alebo služieb zamestnanosti podľa osobitných predpisov,
- inšpektorátu práce a orgánom dozoru podľa osobitných predpisov na účely vyšetrovania pracovného úrazu alebo choroby z povolania,

- príslušnému orgánu na účely medzištátneho osvojenia dieťaťa,
- osobám oprávneným nahliadať do zdravotnej dokumentácie, ak rozsah vyžiadania nepresahuje rozsah sprístupňovania údajov zo zdravotnej dokumentácie,
- policajnému orgánu, vyšetrovateľovi, prokurátorovi alebo súdu na účely trestného konania alebo občianskeho súdneho konania.

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

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

Človek – klient/pacient

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

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

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

P A C I E N T = K L I E N T S O C I Á L N E J P R Á C E

Keď zdravotný stav neumožňuje človeku plnohodnotne fungovať v spoločnosti (rodina, práca, širšie sociálne okolie, kultúra ...) alebo je jeho fungovanie v spoločnosti limitované alebo

podmienené využívaním kompenzačných pomôcok a užívaním liekov stáva sa aj klientom SP a tiež aj pacientom v rámci poskytovania ZS.

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

Zvláštne postavenie má úraz – trauma.

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

Choroby:

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

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

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

Vhodné formy pomoci – sociálne poradenstvo, sociálna terapia, rekvalifikácia...

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

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

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

Narušenie životných rolí pri chorobe je ovplyvnené faktormi:

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

Telesné zmeny v chorobe

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

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

Psychické zmeny počas choroby

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

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

Zdravotná starostlivosť v Slovenskej republike je poskytovaná podľa zákona č. 576/2004 Z. z. v znení niektorých predpisov

Zdravotná starostlivosť je starostlivosť o ochranu, zachovanie a navrátenie zdravia, ktorú poskytuje zdravotnícky pracovník. Poskytuje sa v zdraví a chorobe, v tehotenstve, pri pôrode a v šestonedelí. Zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, diagnostiku a liečbu vrátane rehabilitácie, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu, záchrannú zdravotnú službu a osobitnú zdravotnú starostlivosť. Poskytuje sa formou ambulantnej a ústavnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť je aj lekárenská starostlivosť a kúpeľná starostlivosť.

Prevencia v zdravotníctve

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

Preventívne opatrenia:

- ✓ **špecifické;**

✓ **nešpecifické.**

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

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

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

✚ **Primárna prevencia** je ochrana zdravia pomocou osobných a kolektívnych faktorov. Príkladom sú preventívne prehliadky, zdravotnícka osвета (životospráva jednotlivca), očkovanie (proti chrípke u starších občanov, detí, ľudí so zníženou imunitou...), hygienicko-epidemiologické zásahy, opatrenia proti vzniku chorôb, uplatňuje sa pred vznikom choroby.

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

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

Zdravotná výchova

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

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

Zdravotná výchova je zameraná na:

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

Zdravotnú výchovu uskutočňujú:

- zdravotnícki pracovníci,
- sociálni pracovníci pôsobiaci v zdravotníctve,
- pedagogickí pracovníci,
- nezávislé združenia, tretí sektor a
- médiá.

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

Zameranie zdravotnej výchovy by malo byť na:

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

Financovanie zdravotnej starostlivosti

Stojí na 3 pilieroch:

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

Zdravotné poistenie

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

Štátny rozpočet

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

Iné zdroje financovania

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

Ochrana ľudských práv a zdravotná starostlivosť

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

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

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

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

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

Všeobecná deklarácia ľudských práv prijatá 10.12.1948 Valným zhromaždením OSN

Boli v nej zovšeobecnené príčiny všetkých foriem ľudského utrpenia a nedôstojného postoja k ľudskej bytosti. Tieto hodnoty sa stali základom ústav novodobých štátov, boli a stále sú konkretizované v systémoch zákonodarstva. Špecifické postavenie z hľadiska akceptovania ľudskej dôstojnosti má problematika ľudí, ktorí sa ocitli v situácii núdze a odkázanosti na iných, pretože poskytovatelia pomoci môžu svoju nadradenosť mocensky zneužívať. **Norimberský proces** – po ňom prijaté morálne a právne opatrenia regulujúce biomedicínsky výskum, vypracovanie ďalších dokumentov, novelizovaná Hippokratova prísaha, prijatý Etický kódex sestier a pôrodných asistentiek, Etický kódex zdravotníka.

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

Deklarácia práv pacientov bola prijatá Radou Európy v roku 1984

Charta práv pacienta v Slovenskej republike prijatá 11.4.2001 vládou SR

Obsahuje 10 článkov:

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

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

Povinnosti pacienta

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

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

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

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

Koncepcia sociálnej služby v zdravotníctve (minulosť)

Koncepcia sociálnej služby v zdravotníctve (Vestník MZ z roku 1984) – sociálna služba v zdravotníctve bola súčasťou komplexnej liečebno-preventívnej starostlivosti o človeka. Sociálna sestra sledovala v spolupráci s ďalšími odbornými spolupracovníkmi v zdravotníctve pacientov. Pomáhala riešiť narušené vzťahy a situácie, ktoré vznikli v živote človeka ako dôsledok choroby, chorobných prejavov, úrazu, škodlivých návykov, invalidity a staroby, prameniace zo sťažených sociálnych pomerov v spolupráci so štátnou správou, v prípade detí školou, u dospelých so zamestnávateľom;

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

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

Akútne a chronické ochorenia obmedzujú prirodzené aktivity a potreby pacienta.

Faktory, ktoré ovplyvňujú prijatie diagnózy ochorenia:

- **Vlastná choroba** a jej subjektívne prežívanie.
- **Vek klienta/pacienta**
 - v detstve je skôr prevaha emočnej stránky a strach z odlúčenia, bolesti, hospitalizácie,
 - stredný vek – obavy z následkov ochorenia (existencionálne, pracovné, spoločenské, sociálne),
 - staroba – obava z opustenosti, straty sebestačnosti, smrti alebo umierania.
- **Prostredie** – rodinné, pracovné, širšie sociálne prostredie, nemocničné prostredie.

- **Situácia, v ktorej choroba vznikla** – ochorenie v cudzine, náhle ochorenie pred významnou životnou udalosťou.
- **Osobnosť klienta/pacienta** – premorbídna osobnosť (osobnosť pacienta pred ochorením), temperament, charakter, vôľa, reaktivita, adaptabilia, sociálne postavenie, spoločenské postavenie.

Reakcie na ochorenie zo strany klienta/pacienta:

- **Stenické** – sekundárna mobilizácia duševnej energie a dostatok kladných citov, veľké vôľové úsilie na dosiahnutie sebauplatnenia tak, ako pred chorobou, nevzdáva sa životných cieľov, niekedy sa prejavujú rozličné kompenzačné prejavy, ktoré nemusia byť vždy primerané.
- **Astenické** – vyskytujú sa častejšie. Klient/pacient viac menej rezignuje, je pasívny, depresívny, zvýšene sa pozoruje, usiluje sa o to, aby bol stredobodom, pozornosti. Výnimkou nie je hypochondrické sebaopozorovanie, keď sa klient/pacient domnieva, že trpí na vážnu, obyčajne nevyliciteľnú chorobu.
- **Adekvátne** – chorý sa správa primerane. Spolupracuje pri liečbe.

Neadekvátne reakcie:

- **Bagatelizujúci vzťah** – chorý si nahovára, že choroba nie je závažná, že je najlepšie si ju nevšimáť, má neprimeraný optimizmus k prognóze. Ide o stenické reagovanie.
- **Repudiačný vzťah** – je to ešte výraznejší typ stenického reagovania. Človek si nepripúšťa ochorenie, nejde k lekárovi alebo neuznáva diagnózu.
- **Nozofóbny vzťah** – astenické reagovanie s vystupňovaním obáv z choroby a jej následkov.
- **Nozofilny vzťah** – klient/pacient je akoby rád, že ochorel, požíva výhody, ktoré plynú z choroby.
- **Účelový vzťah** – je vystupňovaním nozofilného vzťahu. Sleduje sa istý cieľ, napr. únik z nepríjemnej situácie, získanie súcitu, ohľadov...

Etapy procesu boja s chorobou:

1. **Šok** s iracionálnym myslením a cítením. Mentálne odpútanie sa od reality.
2. **Popieranie a útek zo situácie** – klient/pacient má neusporiadané, dezorganizované myslenie, emócie sú výrazne negatívne. Má obavy, strach a zármutok. Klienti/pacienti neveria, neustále chcú preverovať výsledky vyšetrení, opakovane sa dožadujú vyšetrení, objavujú sa aj pokusy vyjednávať s Bohom...
3. **Smútok, zlosť a pocity viny** – hľadanie viny u iných, sebaobviňovanie, agresivita namierená voči sebe aj voči iným.

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

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

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

Negatívne stránky života klienta/pacienta počas hospitalizácie:

- depersonalizácia, neosobné konanie, neuspokojené potreby, bolesť, sebakontrola, znížená sebaúcta (samotný fakt ochorenia, málo dôstojné podmienky liečenia a ošetrovania, informačná a sociálna izolácia, existencionálna kríza),
- pasivita,
- zmena v kvalite a kvantite výkonu,
- zmena životného rytmu,
- relatívna závislosť,
- zmena prostredia,
- zmena záujmov,
- zmena v citovom stave,
- zmena v obsahu vedomia,
- vzťah k vlastnému telu,
- zmena v sociálnej interakcii,
- zmena v sociálnej komunikácii až
- hospitalizmus.

Zmeny v rodine:

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

Oznámenie diagnózy ochorenia

Kto? má informovať klienta/pacienta alebo jeho rodinu o zdravotnom stave, skutočnej diagnóze a prognóze, prípadne o plánovaných vyšetreniach a terapii predstavuje jednu z najnáročnejších úloh, pred ktorou stoja zdravotnícki pracovníci. Predpokladom jej úspešného zvládnutia v praxi sú nielen odborné poznatky o psychológii chorých všeobecne

a poznanie konkrétneho pacienta. Ale najmä isté osobnostné a morálne kvality, ktoré sa okrem iného prejavujú aj schopnosťou empatie a dobrými komunikačnými schopnosťami.

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

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

Obsah informácií

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

Spôsob podania informácie:

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

- ak je to potrebné, dohodnúť si s klientom/pacientom ďalšie stretnutie.

Pozitívny reverz – informovaný súhlas je podmienkou každého medicínskeho zásahu.

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

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

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

Zdravotná starostlivosť bez súhlasu pacienta

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

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

Každý občan Slovenskej republiky, v súvislosti so zdravím a chorobou má právo na zdravotnú starostlivosť v zákonom rozsahu, primerane zdravotným potrebám a finančným možnostiam verejného zdravotného poistenia v okamihu zdravotnej potreby. Terminologické spojenie zdravotná starostlivosť môžeme v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vnímať ako súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín. Na základe súčasnej platnej legislatívy sú zadefinované formy zdravotnej starostlivosti nasledovne:

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

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

Starostlivosť v ústavných zdravotníckych zariadeniach sa člení na:

1. zdravotnú akútnu:
 - a) intenzívna a resuscitačná;
 - b) akútna;
 - c) včasná rehabilitačná;
2. zdravotnú dlhodobú (chronickú):
 - a) doliečovacia – následná (LDCH, ODCH, doliečovacie oddelenia);
 - b) paliatívna – hospicová;
 - c) ošetrovateľská;
2. zdravotno-sociálnu. (MZ SR, 2012).

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

rešpektovanie a dodržiavanie ústavného poriadku, pobyt medzi ťažko chorými spolupacientmi a iné. (Špatenková, 2003).

Na základe týchto negatívnych javov, ktoré pôsobia na chorého človeka, môže dôjsť k hospitalizmu. Strieženec (1996, s. 72) definuje **hospitalizmus** „ako poruchu vývoja osobnosti, ktorá bola vyvolaná dlhším pobytom v nemocnici alebo kolektívnom zariadení, kde sa mu nedostávalo dostatočnej sociálnej starostlivosti.“ U dospelých sa môže hospitalizmus prejavovať apatiou, depresiou, nechutenstvom alebo nespavosťou. Hospitalizmus je patologický stav, je to individuálna silná reakcia na hospitalizáciu. Hospitalizmom sú najviac ohrození dlhodobo hospitalizovaní pacienti hlavne deti a starší chronicky ale aj dlhodobo chorí ľudia v produktívnom veku. U detí býva hospitalizmus vyvolaný príčinou izolácie, nečinnosti, prísnyim pobytom na lôžku a málo podnetným prostredím v rámci nemocničnej izby či oddelenia. Šustrová (2012, s. 11) v súvislosti s pobytom v neznámom prostredí uvádza, že „hospitalizmus je výrazne negatívnou reakciou na hospitalizáciu. Prejavuje sa určitou pasivitou, strnulosťou, pocitom únavy, nezáujmom, nechutťou do akejkoľvek činnosti, strachom alebo úzkosťou. Najcitlivejšou skupinou sú deti a seniori.“ Autorka poukazuje na skutočnosti súvisiace s negatívnym javom hospitalizácie u detí, kedy často dochádza k nečinnosti, sklúčenosti až k negativizmu alebo neustálemu plaču a agresivite, ale i k získaniu rôznych zlovykov napr. cmúľanie prstov, stereotypným pohybom či búchaním hlavy o postieľku dieťaťa.

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

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

Pokiaľ bude človek človekom, vždy bude viac-menej pri chorobe, úraze trpieť, bude emocionálne labilný, bude potrebovať vrelý kontakt iného človeka a tým často môže byť

i sociálny pracovník, ktorý ako pomáhajúci profesionál sa má vedieť prispôbiť danej problematike.

Špecifiká sociálnej práce v ústavnej zdravotnej starostlivosti

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

Podľa zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, § 7, ods. 4, sú zariadeniami ústavnej zdravotnej starostlivosti: „a) *nemocnica* 1. *všeobecná*, 2. *špecializovaná*, b) *liečebňa*, c) *hospic*, d) *dom ošetrovateľskej starostlivosti*, e) *prírodné liečebné kúpele*, f) *kúpeľná liečebňa*, g) *zariadenie biomedicínskeho výskumu*.“

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

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

V zdravotníckom zariadení sú hospitalizovaní pacienti podľa veku a medicínskych, klinických odborov. Z tohto dôvodu je potrebné uviesť základnú typológiu

klientov v súvislosti s pojednávanou problematikou. Charakteristickou typológiou, ktorú môže využiť sociálny pracovník v ústavnej zdravotnej starostlivosti je typológia podľa veku klienta:

- + **detský klient** – klient do veku 15 rokov, ktorý je z dôvodu veku nespôsobilý na právne úkony, a s ktorým sociálny pracovník rieši problémy v prítomnosti zákonného zástupcu. Detský klient na základe stanovenej medicínskej diagnózy, môže byť hospitalizovaný na jednotlivých klinických oddeleniach napr. novorodeneckom, pediatrickom ale aj infekčnom, traumatologickom, ortopedickom, chirurgickom, otorinolaryngologickom, fyziatrickom, kardiologickom a ďalších. K detskému klientovi v poslednom období pribúdajú i deti vložené do hniezd záchrany.
- + **mládež** – klienti v adolescencii, ktorí sú charakteristickí svojou zraniteľnosťou z dôvodu dospievania. Túto skupinu klientov viacerí odborníci charakterizujú ako najrizikovejšiu skupinu z dôvodu častého experimentovania s návykovými látkami či samostatnosťou v rozhodovaní bez adekvátneho zváženia dôsledkov správania a možného poškodenia zdravia. Klienti v adolescencii sú často hospitalizovaní na akútnych alebo chronických lôžkach viacerých oddelení napríklad pediatrickom, infekčnom, chirurgickom, traumatologickom, vnútorného lekárstva, psychiatrickom, neurologickom, doliečovacom, LDCH ale i gynekologicko-pôrodníckom, onkologickom či paliatívnej medicíny a iné.
- + **klient v produktívnom veku** – pre sociálnu prácu v zdravotníctve je klientom, ktorý si uvedomuje dôsledky sociálno-zdravotných problémov. Prejavuje snahu riešiť problémy vyskytujúce sa v súvislosti s hospitalizáciou a následnou starostlivosťou ak to bude potrebné. Klienti sú hospitalizovaní okrem pediatrického a geriatrického oddelenia na všetkých ostatných oddeleniach klinických odborov.
- + **klient v seniorskom veku** – charakteristická je ich životná skúsenosť. Z dôvodu vyššieho veku dochádza k opotrebovaniu organizmu jednotlivých systémov, čo býva často príčinou hospitalizácie na oddelení vnútorného lekárstva, neurologickom, urologickom, infekčnom, chirurgickom, traumatologickom, geriatrickom, onkologickom, ošetrovateľskom (DOS) ale i paliatívnom.

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

- **sociálna patológia** – klienti s prezentujúcimi sa sociálno-patologickými javmi – delikvencia, kriminalita, poruchy správania, násilie, prostitúcia, závislosti, suicidálne prejavy, zneužívanie osôb, poruchy rodinného spolužitia.

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

Pre sociálnu prácu v zdravotníctve je charakteristická typológia na základe správania sa klienta od Levickej a kol. (2007), ktorá zdôrazňuje, že správanie klienta môže byť signálom budúcej spolupráce a vzťahu pri riešení problémov.

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

- **neonatológia** – sociálny pracovník môže poskytnúť sociálnu pomoc pri problémových situáciách v starostlivosti o novú generáciu. K závažným situáciám dochádza po utajenom pôrode a riešenia adopcie, v prípade novorodencov uložených do hniezd záchrany či nechcených narodených detí alebo v prípade, že matky po pôrode resp. rodičia sa o svoje dieťa nechcú, nemôžu alebo nevedia postarať a v takýchto prípadoch je dôležitá tímová spolupráca,
- **pediatria** – počas hospitalizácie dieťaťa od novorodeneckého veku až po obdobie adolescencie (18 rokov) sa odvíja široké spektrum možných sociálnych problémov (CAN syndróm, závislosti, poruchy príjmu potravy – bulímia, anorexia a iné), na ktoré môže sociálny pracovník v záujme dieťaťa a jeho rodiny reagovať či už počas ústavnej starostlivosti alebo predpokladanej starostlivosti následnej,
- **gynekológia a pôrodníctvo** – počas hospitalizácie žien v tomto medicínskom odbore, často dochádza k nepriaznivým až problémovým situáciám, ktoré zdravotníci neriešia. Sociálnu pomoc potrebujú najmä mladé matky a ženy po utajovanom pôrode, ženy po komplikáciách v súvislosti s UPT, ženy bez domova, týrané ženy, osamelé alebo chronicky dlhodobo choré či zdravotné postihnuté ženy,

- **anestéziológia a intenzívna medicína** – špecifický odbor, ktorý v rámci hospitalizácie pacientov pri poskytovaní intenzívnej a resuscitačnej starostlivosti rieši náhle a život ohrožujúce príhody dôležitých orgánov (mozog, srdce, pľúca, obličky) a systémov často krát s poruchou vedomia až v bezvedomí, bez totožnosti alebo dokladov pacienta,
- **vnútorné lekárstvo** – rozmanitosť odboru pri diagnostike a liečbe vnútorných chorôb, ochorení jednotlivých systémov (kardiovaskulárny, respiračný, gastrointestinálny) často prináša nepriaznivé sociálne udalosti a problémy, na ktoré zdravotníci nereagujú z dôvodu neznalosti riešenia alebo pracovného vytŕaženia,
- **neuroológia** – v súvislosti s ochorením CNS (cievne ochorenia mozgu, záchvatové ochorenia, expanzívne ochorenia miechy a mozgu, zápalové ochorenia, svalové a zápalové ochorenia alebo následky po úraze CNS) je nevyhnutná i následná sociálno-zdravotná starostlivosť, ktorá spadá do kompetencie sociálneho pracovníka,
- **reumatológia** – odbor riešiaci problematiku reumatických ochorení všetkých vekových skupín vyžadujúcich sociálnu pomoc nie len v ústavnej zdravotnej starostlivosti ale prevažne v následnej sociálno-zdravotnej starostlivosti,
- **chirurgia** – odbor je charakteristický prevažne krátkodobou hospitalizáciou po rôznych chirurgických zákrokoch prinášajúcich často krát závažné sociálne problémy. Sociálny pracovník klientom s komplikáciami po chirurgických výkonoch môže byť nápomocný v následnej sociálno-zdravotnej starostlivosti v súvislosti s nárokom na kompenzáciu,
- **traumatológia** – rieši problematiku úrazov a poúrazových stavov. Klientmi sú často krát ľudia bez domova, po pracovných, domácich úrazoch, po ťažkých dopravných nehodách či úrazoch zapríčinených vonkajšími vplyvmi, ktoré prinášajú závažné sociálne problémy spadajúce do kompetencie sociálneho pracovníka,
- **ortopédia** – odbor počas hospitalizácie pacientov rieši ochorenia a úrazy pohybového ústrojenstva, vyžadujúce následnú sociálno-zdravotnú starostlivosť aj prostredníctvom sociálneho pracovníka,
- **otorinolaryngológia** – pacienti v liečbe odboru majú zdravotné problémy súvisiace s chorobami ucha, dýchacích orgánov, dutiny ústnej, hltana, pažeráka, tváre a krku, slinných žliaz, štítnej žľazy, zmyslového orgánu sluchu a rovnováhy, čuchu a chuti. Sociálna pomoc môže výrazným spôsobom prispieť ku kvalite života hospitalizovaných pacientov,
- **oftalmológia** – poskytuje diagnostiku a liečbu pacientom s poruchou alebo stratou zraku, ktorí sú častými klientmi sociálneho pracovníka z dôvodu zdravotného postihnutia,

- **psychiatria** – rieši narušenie psychického zdravia hospitalizovaných pacientov. V rámci koncepcie odboru má psychiatria zadefinovanú pozíciu sociálneho pracovníka pre riešenie akútnych sociálnych problémov, sociálnu rehabilitáciu a socializáciu chorých,
- **geriatria** – poskytuje zdravotnú starostlivosť seniorom, t.j. pacientom vekovej kategórie nad 65 rokov, ktorá so sebou prináša celý rad nepriaznivých sociálnych situácií a problémov vyžadujúcich intervencie sociálneho pracovníka,
- **onkológia** – z dôvodu častosti výskytu onkologických ochorení všetkých vekových kategórií, ktoré sa dotýkajú nie len pacienta ale aj jeho rodiny je potreba tímovej spolupráce a tým i intervencie sociálneho pracovníka,
- **paliatívna medicína** – poskytuje diagnostiku a liečbu pacientom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním. V rámci personálneho obsadenia má pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zadefinovanú i pozíciu sociálneho pracovníka pre riešenie sociálnych problémov,
- **dom ošetrovateľskej starostlivosti (DOS)** – novo vznikajúce oddelenie poskytujúce dlhodobú odbornú ošetrovateľskú a rehabilitačnú starostlivosť pre pacientov/klientov nad 18 rokov, ktorí nevyžadujú sústavnú lekársku starostlivosť a ocitli sa v sociálnej nepriaznivej situácii či sociálnej neistote. Sme presvedčení, že je nevyhnutná účasť kvalifikovaného sociálneho pracovníka pri poskytovaní tohto typu ústavnej zdravotnej starostlivosti, v ktorej sa neriešia sociálne problémy. Personálne obsadenie s vysokou odbornou erudíciou v oblasti ošetrovateľstva ale s minimálnou až absentujúcou znalosťou riešenia sociálnych problémov klientov v produktívnom či poproduktívnom veku nedokáže komplexne uspokojovať potreby hospitalizovaných pacientov,
- **ďalšie odborné a špecializované pracoviská** – poskytujúce vysoko špecializovanú zdravotnú starostlivosť.

Metódy sociálnej práce v ústavnej zdravotnej starostlivosti

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

Terminologický je možné vzhľadom na skutočnosť, že chorý klient sociálneho pracovníka ako jedinečná nenahraditeľná osobnosť a nemožno ho vyňať z kontextu rodiny zvážiť, či klientove problémy súvisiace so zmenou v oblasti zdravia a závažným spôsobom ovplyvňujú jeho kvalitu života, nepredstavujú určitý celok a prácu s klientom nepovažovať skôr za prípadovú sociálnu prácu. Mátel pri objasňovaní prípadovej sociálnej práce uvádza

„Prípados sociálneho pracovníka je špecifická sociálna situácia alebo sociálny problém, nie však osoba alebo osoby v ňom zúčastnené.“ (In Mátel a kol., 2011, s. 67). V rámci konkrétnej prípadovej sociálnej práce sociálny pracovník realizuje všetky činnosti v súlade s jasne zadefinovanými a konkrétnymi etapami sociálnej práce:

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

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

Sociálna práca s jednotlivcom (prípadová SP)

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

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

v príjemnom prostredí, sociálny pracovník zaznamenáva všetky získané informácie v sociálnej dokumentácii klienta, ktorú vedie počas celého procesu (diagnostického a liečebného) ústavnej zdravotnej starostlivosti, a ktorá po ukončení hospitalizácie je povinnou súčasťou chorobopisu. „*V priebehu prvého kontaktu ide o zoznámenie sa s klientom ako osobou a oboznámenie sa s jeho sociálnym problémom ako sa mu javí v prítomnosti, ďalej s jeho predpokladaným rozsahom, spoločenskou závažnosťou a časovou následnosťou, a to priamym kontaktom alebo sprostredkované.*“ (Mátel a kol., 2011, s. 72). Môže sa stať, že niektoré činnosti prvej etapy vzhľadom na zdravotný stav klienta, prostredie a charakter sociálneho problému sa presunú do diagnostickej etapy na čo musí byť sociálny pracovník pripravený.

V rámci **diagnostickej etapy** zameranej na psychosociálnu anamnézu sa sociálny pracovník snaží získať potrebné a neskreslené informácie, ktoré môžu resp. by mali objasniť vzniknutý sociálny problém a stanoviť sociálnu diagnózu. Popri analýze dokumentov zo zdravotnej dokumentácie a chorobopisu v rámci zdravotnej anamnézy, ktorú spracováva sociálny pracovník v spolupráci s ošetroujúcim lekárom, a s ktorým spolupracuje aj pri návrhu a realizácii diagnosticko-liečebného plánu sa taktiež zameriava na osobnú, rodinnú, školskú (v prípade detského klienta), pracovnú anamnézu podľa veku klienta, ale neopomína ani informácie zo životnej histórie klienta, ktoré mohli ovplyvniť vznik a charakter sociálneho problému. Výhodou pre získavanie potrebných informácií môže byť zadaný a schválený zdravotníckym zariadením formulár štruktúrovaného rozhovoru v rámci vstupného assessmentu pacienta. Bezprostredne po zahájení činnosti sociálneho pracovníka s klientom je vhodné čo najskôr nadviazať kontakt s rodinou hospitalizovaného klienta, z dôvodu získania dostatku relevantných informácií o sociálnej situácii klienta čo je predpokladom pre následné stanovenie vhodnej a účinnej sociálnej pomoci. V súvislosti s detským klientom je spolupráca s rodinou prvoradá a nevyhnutná. „*Hlavnými požiadavkami kladenými na získané informácie sú predovšetkým objektivnosť, úplnosť a prehľadnosť.*“ (Mátel a kol., 2011, s. 78). V procese diagnostiky nepriaznivej sociálnej situácie resp. sociálneho problému je vhodné okrem už spomínaných metód rozhovoru, pozorovania, analýzy dokumentov využiť známu techniku lámania ľadov a nereagovať na prípadné afektívne reakcie zo strany klienta alebo rodiny.

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

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

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

Po stanovení sociálnej diagnózy nasleduje tvorba sociálneho plánu a návrh možných riešení problému. Sociálny pracovník pri tvorbe plánu spolupracuje s klientom (ak to umožňuje zdravotný stav klienta), rodinou klienta, ošetrojúcim lekárom a zdravotníckymi pracovníkmi zainteresovanými na procese diagnostiky a liečbe. Môže sa stať, že z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu sa klient na tvorbe plánu nemôže, nechce alebo nemá záujem zúčastniť a potom sociálny pracovník po stanovení základných téz sociálneho plánu (krátkodobý, dlhodobý), spolupracuje s členmi tímu zdravotníckych ale i nezdravotníckych spolupracovníkov v záujme riešenia problémovej situácie klienta. V takom prípade, bude plán resp. návrh riešení kolektívnym dielom, s ktorým je klient oboznámený a s plánom súhlasí. Ak sociálny pracovník z dôvodu, povahy a charakteru ochorenia predpokladá, že sociálny problém bude riešiť prostredníctvom konkrétnej sociálnej služby zostaví individuálny rozvojový plán klienta, ktorý zohľadňuje jednotlivé klientove potreby, a ktorý je štandardným pravidlom pre užívateľa a prijímateľa sociálnej služby podľa zákona č. 448/2008 Z. z. Výhodou zadaného a schváleného plánu navrhovaných riešení je možnosť pravidelnej kontroly plnenia plánu (auditu) a prípadná korekcia podľa zdravotného stavu klienta a dĺžky hospitalizácie. Sociálny pracovník pri tvorbe plánu neopomína skutočnosti či sú plánované činnosti (intervencia) orientované na sociálnu pomoc k svojpomoci klienta alebo sociálnu starostlivosť o klienta v ústavnom zdravotníckom

zariadení či následnú sociálno-zdravotnú starostlivosť realizovanú v prirodzenom prostredí klienta (domácom, inštitucionálnom).

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

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

- komplexné spracovanie sociálnej anamnézy, definovanie sociálneho problému, pomoc pri vyplňaní formulárov a žiadostí,
- zostavenie plánu sociálnej terapie, rozsah, druh a potrebné sociálne opatrenia,
- realizácia sociálnej služby v úzkej interdisciplinárnej spolupráci s ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi v súčinnosti so samosprávou, školskými zariadeniami a ďalšími inštitúciami podľa potrieb a problémov klienta,
- základné a špecializované poradenstvo, podávanie informácií a rád prostredníctvom poradenského a terapeutického rozhovoru, prípadne pomoc v oblasti zdravotného poistenia, sociálneho zabezpečenia, pracovno-právnych vzťahov, rodinného práva a ďalších otázok týkajúcich sa konkrétnych problémových záležitostí klienta,
- starostlivosť o sociálne potreby, a sprostredkovanie pastorálnej starostlivosti,
- terénna práca v rodinách, inštitúciách, ÚPSVaR, ObÚ, VÚC, políciou, spolupráca s opatrovateľskou službou, zariadeniami pre seniorov, DSS,
- sprostredkovanie kontaktu s inými odborníkmi podľa charakteru sociálneho problému,
- predvolávanie príbuzných a blízkych spadajúcich do sociálnej siete klienta na pohovor, vyhľadávacia činnosť – depistáž,
- pomoc pri zistení totožnosti klienta, vybavovanie dokladov, komunikácia s matrikou,

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

Levická (2004, s. 120) uvádza, že názory odborníkov sa zhodujú „že pri poskytovaní intervencie je nutné:

- rešpektovať právo jednotlivca na určenie hraníc intervencie,
- dodržiavať ochranu sociálnej, psychickej, a fyzickej integrity klienta a to vrátane práva na odmietnutie pomoci,

- *intervencia musí byť realizovaná transparentným, pre klienta zrozumiteľným spôsobom,*
- *rešpektovať právo klienta nahliadnuť do vlastného spisu,*
- *v maximálnej možnej miere usilovať o dodržanie princípu dobrovoľnosti a súhlasu s intervenciou,*
- *poskytnúť klientovi maximálne možný priestor na prevzatie vlastnej zodpovednosti, rozhodovania a riešenia vlastnej situácie.“*

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

Počas výkonu činnosti sociálny pracovník v ústavnej zdravotnej starostlivosti všetky intervencie a zistené skutočnosti chronologicky zaznamenáva v sociálnej dokumentácii klienta, ktorá by mala byť povinnou súčasťou chorobopisu. Ideálom by bolo celý proces tvorby a vedenia sociálnej dokumentácie ošetriť štandardným pracovným postupom obdobne ako používajú zdravotnícki pracovníci pri vedení zdravotnej dokumentácie hospitalizovaného pacienta z foréznych dôvodov. Súhlasíme so Smoleňovou, ktorá uvádza, že *„nevyhnutnou súčasťou práce sociálneho pracovníka je precízna a kvalifikovaná dokumentácia. Doteraz*

najpoužívanejšou metódou práce sociálneho pracovníka v zdravotníctve je prípadová štúdia – *Case Study*.“ Správne vedená dokumentácia prostredníctvom prípadovej štúdie poskytuje ucelený obraz o problémoch, ktoré sa vyskytli v súvislosti s chorobou ako u klienta tak u jeho rodiny nie len v predchorobí ale i v procese diagnostiky a liečby v ústavnom zdravotníckom zariadení. (In Oláh a kol., 2012, s. 294).

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

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

Sociálny pracovník na úseku starostlivosti o dieťa:

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

Činnosť sociálneho pracovníka

- na základe kvalitnej sociálnej anamnézy stanoví sociálnu diagnózu a sociálnu prognózu
- vypracuje plán sociálnej terapie (navrhne rozsah, druh a potrebné sociálno-zdravotné opatrenia)

- poskytuje v rozsahu svojej kvalifikácie odborné poradenstvo rodičom v oblasti, sociálneho zabezpečenia, pracovno-právnych vzťahov a sociálnych služieb.

Právne normy v práci sociálneho pracovníka

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

Detský pacient a disharmónia rodiny

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

Sociálny pracovník a onkologická starostlivosť

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

Činnosť sociálneho pracovníka:

- s onkologickým pacientom a pre pacienta v rámci uspokojovania jeho sociálnych potrieb počas hospitalizácie, ale i v rámci ambulantnej liečby,
- s rodinou onkologického pacienta v rámci podpory rodiny a sociálno-právnom poradenstve,
- s členmi zdravotníckeho tímu, kde by mal byť rovnoprávnym členom tímu a mať v ňom stálu pozíciu,
- s podpornými svojpomocnými skupinami, napríklad: onko kluby alebo stoma kluby

Sociálny pracovník by mal byť schopný prekonávať komunikačné bariéry medzi najrôznejšími zainteresovanými subjektmi, ktoré sa podieľajú na diagnostickom, liečebnom a ošetrovateľskom procese. Taktiež môže participovať na plánovanom prepúšťaní pacientov

a komunitnej starostlivosti o onkologických pacientov, edukácii zdravotníckych pracovníkov pri riešení sociálnych problémov, ale taktiež sa môže spolupodieľať na prevencii vzniku nádorových ochorení a propagácii zdravého životného štýlu.

Sociálny pracovník na úseku geriatrickej starostlivosti

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

Uspokojovanie sociálnych potrieb je zamerané najmä na:

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

Pracovať so seniormi vyžaduje väčšiu mieru trpezlivosti, títo ľudia majú veľké životné skúsenosti a veľa krát, ak im pomôžeme, sú schopní rýchlo nájsť riešenia vlastných problémov. V rámci liečebného procesu má sociálny pracovník dôležité miesto v geriatrickom tíme a v celom procese majú byť rešpektované prania pacienta prípadne jeho rodiny. Úloha sociálneho pracovníka je nezastupiteľná pri dimisii do rodinného kruhu v spolupráci s rodinou seniora.

„Pred šedivou hlavou vstaň, cti si staršiu osobu“

„Mať úctu k starým osobám znamená trojakú povinnosť voči nim: prijať ich, starať sa o nich, oceňovať ich kvalitu“

Ján Pavol II.

Čas života sa meria rovnako spravodlivo všetkým generáciám, raz sa každá generácia stane najmladšou, ale aj najstaršou, so všetkými problémami, ktoré so sebou prináša staroba a preto zdravotno-sociálne problémy, je potrebné riešiť spoločne.

Sociálny pracovník na paliatívnom oddelení

Paliatívna starostlivosť zahŕňa zdravotnú starostlivosť, ošetrovateľskú starostlivosť, rehabilitáciu, psychologickú starostlivosť, duchovnú starostlivosť a sociálne poradenstvo.

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je starostlivosť zabezpečovaná sestrami a je zameraná na manažment a uspokojovanie ošetrovateľských potrieb pacienta.

Respitná starostlivosť je súčasťou paliatívnej starostlivosti, pod ktorou sa rozumie stimulujúca zmena prostredia umožňujúca vzájomnú podporu a spoluprácu osôb, ktoré sa starajú o pacienta.

Terminálna starostlivosť je súčasťou paliatívnej starostlivosti a predstavuje starostlivosť o nevyliciteľne chorého a zomierajúceho v posledných dňoch, hodinách či minútach pred úmrtím.

Úlohou paliatívnej starostlivosti je:

- integrovať psychologické a spirituálne aspekty starostlivosti o pacienta,
- poskytovať podporný systém, aby pacient mohol žiť, čo najaktívnejšie až do smrti,
- poskytovať pomoc príbuzným, blízkym osobám pacienta na zvládnutie problémov počas jeho choroby a aj po jeho smrti.

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

Činnosť sociálneho pracovníka môžeme rozdeliť do dvoch základných častí činnosti:

- starostlivosť o pacienta počas hospitalizácie – pomocou pri vybavovaní sociálnych dávok, invalidného dôchodku, zvýšení dôchodku pre nesebestačnosť,
- starostlivosť o rodinu pacienta – formou kontaktu, ktorý je navrhovaný buď rodinou alebo sociálnym pracovníkom.

Nárast výskytu pacientov, ktorí vyžadujú paliatívnu starostlivosť v Slovenskej republike si vyžaduje rôzne kroky na zabezpečenie strategického cieľa – poskytnúť zomierajúcemu pacientovi odbornú paliatívnu starostlivosť na všetkých úrovniach, aby takýto pacient prestal byť neželaným zaťažujúcim momentom a sociálno-ekonomickou dilemou spoločnosti.

Dobrovoľníctvo a poskytovanie zdravotnej starostlivosti

Dobrovoľník je každý, kto zo svojej dobrej vôle, vo svojom voľnom čase a bez nároku na finančnú odmenu vykonáva činnosť v prospech iných ľudí. (Zákon č. 406/2011 Z. z.).

Dobrovoľníctvo v zdravotníckych zariadeniach je možné najmä na onkologickej klinike či oddelení, geriatrickom oddelení, detskom oddelení a samozrejme na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, v hospicioch a domoch ošetrovateľskej starostlivosti.

Organizácia a manažérsky prístup v dobrovoľníctve

Na Slovensku existuje dobrovoľnícke združenie **Palium** založené v roku 1997 a dobrovoľnícka skupina **Vrba** založená v roku 1999, ktoré sa zaoberajú dobrovoľníctvom v nemocniciach, špeciálne pre onkologických pacientov. Na realizácii programu sa podieľajú okrem dobrovoľníkov aj **garant programu, koordinátor dobrovoľníkov a kontaktné osoby.**

Supervízia dobrovoľníkov je systematická pomoc pri riešení problémov dobrovoľníkov. Ocenenie dobrovoľníkov pri príležitosti Medzinárodného dňa dobrovoľníkov dňa 5. decembra, darček k narodeninám, Vianociam, usporiadanie školenia pre dobrovoľníkov, vyslanie na konferenciu, zaistenie zliav na plaváreň, do fitnes centra, spoločný výlet.

Príklady možných dobrovoľníckych aktivít počas hospitalizácie pacientov:

- spoločník pri lôžku (rozhovory, čítanie, spoločenské hry alebo tichá prítomnosť),

- doprovod na prechádzky a ďalšie aktivity s pacientom (hudba, predvčovanie, maľovanie),
- nákup pacientovi, informačná služba na recepcii, udržiavanie informačných nástieniek,
- pomoc koordinátorovi dobrovoľníkov,
- drobné technické opravy a údržba,
- úprava kvetov a záhrady,
- pomoc s administratívou,
- vianočné besiedky, Mikuláš,
- zorganizovanie hudobného podujatia,
- opekanie pri ohni,
- zorganizovanie benefičného koncertu,
- zorganizovanie seminára, konferencie, edukácia v tejto oblasti.

Literatúra:

- KUZNÍKOVÁ, I. et al. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- LEVICKÁ, J. a kol. 2007. *Sociálna práca I*. Trnava: ProSocio, 2007, 168 s. ISBN 978-80-969454-2-9.
- MÁTEL, A. a kol. 2011. *Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce I*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2011. 214 s. ISBN 978-80-8132-027-9.
- MOJTOVÁ, M. 2010. *Sociálna práca v zdravotníctve*. 2. vyd. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2010, 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.
- OLÁH, M. a kol. 2012. *Metódy sociálnej práce v praxi*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety Bratislava, ÚSVaZ bl. P. P. Gojdiča Prešov, 2012, 317 s. ISBN 978-80-8132-039-2.
- OLÁH, M. a kol. 2010. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2006. 174 s. ISBN 80- 969449-6-7.
- SCHAVEL, M. a kol. 2012. *Sociálna prevencia*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2012, 266 s. ISBN 978-80-89535-06-4.
- STRIEŽENEC, Š. 1996. *Slovník sociálního pracovníka*. Trnava: AD, 1996. 255 s. ISBN 80-967589-0-X.
- ŠPATENKOVÁ, N. 2003. *Problematika zdraví a nemoci*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 121 s. ISBN 80-244-0648-9.
- ŠUSTROVÁ, M. 2012. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2012. 122 s. ISBN 978-80-8132-041-5.
- Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 14. decembra 2012 č. 09780-OL-2012, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno – technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov.

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

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

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

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

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

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

Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

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

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

Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

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

Ukončenie predmetu bude prostredníctvom troch otvorených otázok v termínoch dohodnutých na prednáške. Na skúšku sa prosím prihláste u lídra skupiny. Ďakujem.

Vypracovala: doc. PhDr. Emília Vranková, PhD.

Čadca 29. október 2013