



**Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri Slovenskej
akadémii vied**

Katedra sociológie Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

PACIENT V ZDRAVOTNOM SYSTÉME A V SPOLOČNOSTI

Zborník referátov z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej dňa 14. Decembra 2012

V Bratislave

Bratislava 2014

Editorská poznámka

Medzinárodná vedecká konferencia „Pacient v zdravotnom systéme a v spoločnosti“ sa konala dňa 14. decembra 2012 v priestoroch Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave na Poliankach. Organizátormi konferencie boli Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri Slovenskej akadémii vied a Katedra sociológie Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety.

Cieľom konferencie bolo vytvoriť priestor pre výmenu poznatkov medzi sociológmi a pre ich dialóg s odborníkmi, ktorý k danej tematike pristupujú z pohľadu medicíny, verejného zdravotníctva, ošetrovateľstva, práva, ekonómie a sociálnej práce.

Konferencia mala multidisciplinárny charakter a príspevky odzneli v týchto tematických okruhoch:

- rola chorého,
- zdravotný systém, zdravotné poistenie a pacient,
- poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a pacient,
- chronicky chorí a ľudia so zdravotným postihnutím v spoločnosti,
- hospicová starostlivosť,
- rôzne.

Editori: prof. PhDr. Jozef Matulník, PhD.

PhDr. et Mgr. Roman Kollár, PhD.

PhDr. Margita Kollárová, PhD.

Recenzenti: doc. PhDr. Rastislav Bednárík, CSc.

MUDr. Michaela Kostičová, PhD., MPH

© Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri SAV

ISBN 978-80-85447-22-4

EAN 9788085447224

Obsah

ÚSKALIA REALIZÁCIE PRÁV PACIENTOV: VYBRANÉ PROBLÉMY VZŤAHU LEKÁR – PACIENT V PERSPEKTÍVE PRIESKUMU NÁZOROV POSLUCHÁČOV LF UK	
S. Capíková, D. Heřmanová, E. Chandogová, V.Ozorovský, J.Luha	4
HODNOTA INOVÁCIÍ PRE LEKÁRA	
R. Babel'a, V. Úraz, M. Faško	13
EVALUATION OF THE QUALITY OF HEALTH CARE SERVICES AND BEHAVIORAL MODEL OF HEALTH CARE CONSUMERS IN UKRAINE	
V.V. Boyko, P.N. Zamyatin, N.A. Dubrovina, D.P. Zamyatin, Yu. A. Chorna	18
TENDENCIE K EKONOMIZÁCIÍ PACIENTA A PREJAVY KORUPCIE V SYSTÉME ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	
M. Kollár, Z. Pačesová	35
POISŤOVŇA-PACIENT-PERSONÁL	
M. Faško, V. Úraz, R. Babel'a	44
INTERAKTÍVNE PONÍMANIE LEKÁRSKEJ A SESTERSKEJ STAROSTLIVOSTI VO VZŤAHU K PACIENTOVI	
A. Imrichová	48
PORADENSTVO A SLUŽBY PRE RODINY DETÍ S PORUCHOU SLUCHU	
K. Guštafiková	55
K TEORETICKÝM PRÍSTUPOM V SOCIOLOGICKOM SKÚMANÍ PROBLEMATIKY ĽUDÍ SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM	
J. Matulník	65
SOCIÁLNA DEBARIERIZÁCIA V ZDRAVOTNÍCTVE Z POHEADU PACIENTOV S POSTIHNUTÍM SLUCHU	
P. Beňo, S. Capíková	72
PREDSUDKY A STIGMA DUŠEVNEJ PORUCHY	
A. Čerňanová, S. Capíková	85
WOŁONTARIAT HOSPICYJNY W WIELOWYMIAROWYM WSPARCIU CHORYCH I ICH NAJBLIŻSZYCH	
L. Szot	94
ČLOVEK POST MORTEM	
M. Zdarilek, S. Capíková, M. Mojzešová	105
SOCIÁLNA PRÁCA S KLIENTMI NA RÔZNOM STUPNI DROGOVEJ KARIÉRY	
Eva Schnitzerová	114
PSYCHOAKTÍVNE LÁTKY VERSUS ZODPOVEDNOSŤ VODIČA MOTOROVÉHO VOZIDLA	
M. Zdarilek, J. Šidlo, J. Šikuta, K. Zdarileková, M. Mojzešová	125

ÚSKALIA REALIZÁCIE PRÁV PACIENTOV: VYBRANÉ PROBLÉMY VZŤAHU LEKÁR – PACIENT V PERSPEKTÍVE PRIESKUMU NÁZOROV POSLUCHÁČOV LF UK

S. Capíková¹, D. Heřmanová¹, E. Chandogová¹, V. Ozorovský¹, J. Luha²

¹ Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LF UK v Bratislave

² Ústavu lekárskej biológie, genetiky a klinickej genetiky LF UK a UN Bratislava

[†] In memoriam (18.11.2012)

Abstrakt

Práva pacientov sú oblasťou ktorá je veľmi široká a heterogénna. V príspevku sme sa pokúsili poukázať na niektoré problematické oblasti realizácie práv pacientov vo vzťahu lekára a pacienta. Vzťah lekára a pacienta je základným vzťahom v komplexe zdravotnej starostlivosti. Pomocou dotazníka sme realizovali prieskum názorov budúcich lekárov. Vzorku tvorilo 250 poslucháčov LF UK. Respondenti si uvedomujú veľký význam poskytovania informácií pacientom. Prevažná časť opýtaných pokladá za správne pacienta informovať pred závažným zákrokom v plnom rozsahu. Právo pacienta na informácie patrí podľa prieskumu k najviac ohrozeným. Respondenti si uvedomujú, popri výmene informácií, i dôležitosť dôvery vo vzťahu lekára a pacienta. To podľa nás potvrdzuje, že chápú tento vzťah ako mnohodimenzionálny sociálny vzťah.

Kľúčové slová: vzťah lekár – pacient, práva pacientov, právo na informácie, prieskum.

Abstract

Straits of realization of patients' rights: some problems in doctor-patient relationship from the results of opinion survey in fm cu medical students perspective. Patient's rights belong to the issue that is wide and heterogenous. The paper focuses to particular problem fields of realisation of Patient's rights in the doctor –patient relationship, which is considered the core relation within health care. The authors present results of the survey conducted on the sample of 250 medical students at Faculty of medicine, Comenius University. Prevailing amount of respondents claimed the necessity to give full information to the patient before serious medical treatment. The results of survey show that the right to information was considered as the most endangered one. Medical students were aware the importance of the trust in doctor-patient relationship, besides the information Exchange. The authors conclude, that medical students were able to recognise the doctor-patient relationship as multidimensional social relationship.

Keywords: doctor-patient relationship, patient's rights, right to information, survey.

Úvod

Práva pacientov sú súčasťou problematiky problematiky ktorá je veľmi široká a heterogénna. Zahŕňa široký diapazón otázok od organizácie a materiálneho zabezpečenia

zdravotnej starostlivosti (napr. Nováková 2014) až k otázkam mravnej identity človeka (napr. Vaculíková 2009). Právami pacientov sa zaoberajú najmä medicínska etika, medicínske právo, sociálne lekárstvo a sociológia medicíny.

Právom každého človeka ako základným ľudským právom je právo dosiahnuť najvyšší možný stupeň zdravia. Táto maxima je obsiahnutá v štatúte Svetovej zdravotníckej organizácie, štatúte Svetovej lekárskej asociácie a v právnej rovine je zakotvená ako „právo na zdravie“ vo Všeobecnej deklarácii ľudských práv.

Právo na zdravie človeka – ľudskej bytosti, implikuje oprávnenie človeka - pacienta aby mu bola zdravotná starostlivosť poskytnutá správne. V Slovenskej republike (SR) túto oblasť upravuje na základe Ústavy a medzinárodných zmlúv zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v platnom znení (ZoZS). Interpretáčnymi pomôckami sú súdne rozhodnutia (judikatúra) a rozhodovacia prax Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS SR). Legislatívne garantované rovnakým predpisom v SR je i právo pacienta na informácie.

Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne v zmysle §4 od.3 ZoZS, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby, so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy. Medzi ďalšie právne predpoklady správneho klinického postupu patrí podľa §4 ods.4 ZoZS informovaný súhlas osoby ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje, ak zákon výslovne neuvádza inak. Podľa §4 ods. 5 Zo ZS, neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti je vedenie zdravotnej dokumentácie.

Práva pacientov v SR sú sústredené v §11 ods.8 ZoZS, ktorý stanovuje, že každý má právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti sa zaručuje rovnako každému v súlade so zásadou rovnakého zaobchádzania v zdravotnej starostlivosti ustanovenou osobitným predpisom (antidiskriminačný zákon). Zakazuje sa diskriminácia aj z dôvodov pohlavia, náboženského vyznania alebo viery, manželského stavu a rodinného stavu, farby pleti, jazyka, politického alebo iného zmýšľania, odborovej činnosti, národného alebo sociálneho pôvodu, zdravotného postihnutia, veku, majetku, rodu alebo iného postavenia. Každý, kto sa domnieva, že jeho práva alebo právom chránené záujmy boli dotknuté v dôsledku nedodržania zásady rovnakého zaobchádzania, môže sa domáhať právnej ochrany na súde podľa osobitného zákona. Výkon práv a povinností vyplývajúcich z tohto zákona musí byť v súlade s dobrými mravmi. Nikto nesmie tieto práva a povinnosti zneužívať na škodu inej osoby. Osoba nesmie byť v súvislosti s

výkonom svojich práv prenasledovaná ani inak postihovaná za to, že podá na inú osobu, zdravotníckeho pracovníka, poskytovateľa sťažnosť, žalobu alebo návrh na začatie trestného stíhania. Poskytovateľ nesmie osobu postihovať alebo znevýhodňovať preto, že osoba uplatňuje svoje práva podľa tohto zákona.

Odsek 8 ustanovuje, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti má každý právo za podmienok ustanovených uvedeným zákonom na:

- a) ochranu dôstojnosti, rešpektovanie svojej telesnej integrity a psychickej integrity,
- b) informácie týkajúce sa jeho zdravotného stavu,
- c) informácie o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti (§ 6 ods. 1),
- d) odmietnutie poskytnutia zdravotnej starostlivosti okrem prípadov, v ktorých podľa tohto zákona možno poskytnúť zdravotnú starostlivosť bez informovaného súhlasu (§ 6 ods. 9),
- e) rozhodnutie o svojej účasti na výučbe alebo na biomedicínskom výskume,
- f) odmietnutie odoberania a prenosu orgánov, tkanív a buniek po svojej smrti,
- g) 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,
- h) zmiernenie utrpenia,
- i) humánny, etický a dôstojný prístup zdravotníckych pracovníkov.

Etický kódex zdravotníckeho pracovníka (príloha č. 4 zákona NR SR č. 578/2004 Z. z. (o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v platnom znení), je súčasťou právneho pozadku a právne vymáhateľný. (Capíková 2012) Podľa ustanovení kódexu: „Zdravotnícky pracovník sa k pacientovi správa korektne, s pochopením, s rešpektovaním intimity a trpezlivosťou a nezníži sa k hrubému alebo nemravnému konaniu.... Zdravotnícky pracovník rešpektuje pacienta ako rovnocenného partnera so všetkými občianskymi právami i povinnosťami - vrátane zodpovednosti za svoje zdravie. ... Zdravotnícky pracovník nesmie pomáhať porušovaniu cti a dôstojnosti človeka alebo sa na ňom zúčastňovať.“

Právna úprava platná v SR a vo vyspelých európskych krajinách akcentuje význam komunikácie vo vzťahu lekár-pacient. Komunikácia teda nadobúda:

- praktický rozmer,
- humánny rozmer,

- právny rozmer.

Právo na informácie je podporené právnym inštitútom poučenia a právnym inštitútom informovaného súhlasu. (Capíková 2012) Informovaný súhlas ktorému predchádzalo poučenie pacienta je súčasťou správnej klinickej praxe, požadovaný legislatívou. Splnenie informačnej povinnosti a spôsob jej splnenia má byť zaznamenaná čitateľne v zdravotnej dokumentácii.. Ako poukázali R. Vlček a Z. Hruběšová (2007), žiaden právny predpis v SR bližšie neurčuje, o ktorých skutočnostiach a v akom rozsahu je lekár povinný pacienta poučiť aby sa naplnilo ustanovenie §6 ods.1. Dosiaľ presnejšia právna úprava v SR absentuje, čo vytvára priestor na chyby, ktorých sa môžu dopustiť nie len začínajúci lekári.

Právo na informácie sa pokladá v teórii medicínskeho práva za súčasť osobnostných práv pacienta – existuje možnosť vyvodiť občianskoprávnu zodpovednosť a uložiť povinnosť kompenzovať ujmu na osobnostných právach pacienta aj vtedy, keď zdravotné výkony prebehli lege artis medicinae a škoda na zdraví nevznikla. (Humeník 2011)

Prieskum názorov budúcich lekárov

Vzťah lekára a pacienta je základným vzťahom liečebnej a preventívnej zdravotnej starostlivosti. Je sociálnym vzťahom ktorý je de facto asymetrický, na čo poukázali dnes už klasické štúdie T.Parsonsa. Táto asymetria je jednak znalostná (lekár disponuje expertným poznaním ktoré nadobudol v procese profesijnej prípravy a praxou, na rozdiel od pacienta), jednak mocenská. EV psychológii na asymetriu poukázal eric Berne svojou teóriou transakčnej analýzy. Aplikovaná na interakcie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, poukazuje na „tri roly, v ktorých môže vystupovať v interakcii lekár i pacient.“ (Morovicsová et al 2011: 89) Na prelome 19. a 20. storočia sa začalo kryštalizovať medicínske právo ako podvetvie právneho poriadku, ktorého ústredným objektom je práve vzťah lekára a pacienta pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. V súčasnosti môžeme konštatovať, že profesijné právne vedomie sa stalo neoddeliteľnou súčasťou odborného profilu lekára. Súčasťou lekárovej odbornosti je okrem medicínskych znalostí tiež špecifický rozsah znalosti práva (tzv. rolové minimum), ktoré zohľadňuje špecifickú náplň činnosti príslušníkov lekárskej profesie a jeho obsahom je najmä znalosť právneho postavenia lekára ako subjektu právnych vzťahov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Hoci niekedy je pohľad práva a pohľad etiky na riešenie určitého problému súvisiaceho s poskytovaním zdravotnej starostlivosti rozdielne mnohých aspektoch sa legislatívne požiadavky na interakciu lekár-pacient prekrývajú s nárokmi lekárskej deontológie. „Etické princípy, akými sú zachovávanie

mlčanlivosti, informovaný súhlas, dobrá komunikácia a kultivovaný dialóg sú oporami vzťahu lekár – pacient.“ (Trizuljaková 2011: 34)

V období marec – máj 2011 sme v Bratislave realizovali preskum vybraných charakteristík právneho vedomia poslucháčov LF UK. Použili sme dotazník vlastnej konštrukcie, s rôznymi typmi otázok, ktorý sa obsahovo zameriaval na rôzne problémové oblasti. Na analýzu primárnych dát sme použili software SPSS 12.0.1. V našom príspevku chceme prezentovať parciálne zistenia prieskumu názorov budúcich lekárov na vybrané problémy realizácie práv pacientov.

Zo skúmaného súboru – poslucháčov pregraduálneho štúdia odboru všeobecné lekárstvo, sme sa zamerali na poslucháčov vyššieho ročníka, ktorí už majú skúsenosti s klinickým vyučovaním. Vzorku tvorilo 250 poslucháčov 4. ročníka odboru všeobecné lekárstvo na LF UK v Bratislave, vo veku 21-32 rokov, najviac ich bolo vo veku 21-25 rokov (94%). Väčšie zastúpenie 177 (70,8%) mali ženy než muži (73 - 29,2%). Z hľadiska rodinného stavu prevažovali slobodní, 2 osoby deklarovali život v manželstve, 1 dotazník bol bez odpovede. Štátnu príslušnosť SR deklarovalo 249 (1 bez odpovede).

Zisťovali sme najvyššie dosiahnuté vzdelanie rodičov (Tabuľka 1). Väčšina poslucháčov mala aspoň jedného rodiča s vysokoškolským vzdelaním.

Tabuľka 1: Respondenti - najvyššie dosiahnuté vzdelanie rodičov.

Dosiahnuté vzdelanie	Matka	Otec
Základné	2	1
Vyučený/á	13	20
Vyučený/á s maturitou	19	20
Stredoškolské	3	4
Stredoškolské s maturitou	81	69
Vysokoškolské	132	132
Neuvedené	0	4
Spolu	250	246

Vo vzťahu k problematike práv pacientov sme respondentom položili niekoľko otázok. Na otázku „Aký je Váš názor na dodržiavanie práv pacientov v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku?“ sa takmer trojnásobne viac respondentov vyjadrilo pozitívne než negatívne.

Tabuľka 2: Názory na dodržiavanie práv pacientov v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku.

Názor	Počet odpovedí	% odpovedí
Sú úplne dodržiavané	3	1,2
Sú skôr dodržiavané	173	69,2
Skôr nie sú dodržiavané	58	23,2
Vôbec nie sú dodržiavané	2	0,8
Neviem	13	5,2
Bez odpovede	1	0,4
Spolu	250	100

Respondenti sa mali ďalej vyjadriť, či podľa ich názoru „Umožňuje spôsob fungovania zdravotníckych zariadení na Slovensku dodržiavanie práv pacientov?“. Na uvedenú otázku takmer polovica opýtaných odpovedalo kladne, avšak takmer štvrtina sa nevedela vyjadriť.

Tabuľka 3: Umožňuje spôsob fungovania zdravotníckych zariadení na Slovensku dodržiavanie práv pacientov?“

Odpovede	Počet odpovedí	% odpovedí
Skôr áno	119	47,6
Skôr nie	67	26,8
Neviem posúdiť	59	23,6
Bez odpovede	5	2,0
Spolu	250	100

Otvorenou otázkou sme zisťovali, čo by sa malo na Slovensku v dodržiavaní práv pacientov zlepšiť. Možnosť vyjadriť sa nevyužilo 129 (51,6%) respondentov. Získané odpovede sme rozdelili kvalitatívnou analýzou do 5 kategórií, do 6. kategórie sme zahrnuli ostatné odpovede ktoré boli príliš rôznorodé.

Tabuľka 4: Čo by sa malo v SR v dodržiavaní práv pacientov zlepšiť?

Odpovede	Počet odpovedí	Valid %
Zlepšiť informovanosť pacienta všeobecne	22	18,2
Dodržiavať platné právo, kontrolovať dodržiavanie práv pacientov	13	10,7
Dať lekárovi dostatok času na pacienta	8	6,6
Kvalita zdravotnej starostlivosti	5	4,1
Ochrana osobných údajov pacientov	3	1,2
Iná odpoveď	70	28,0
Spolu	121	100
Bez odpovede	129	

V prieskume pre použili aj otázky z dotazníka, ktorý bol použitý kolektívom riešiteľov z ÚSLLE LF UK v akademickom roku 1997/1998 (Remišová, Chandogová, Ozorovský 1999). Otázky sa zameriavali na vybrané aspekty informovania pacienta. Na uzavretú otázku s dvoma variantami „Informujú lekári v dostatočnom rozsahu pacientov o ich zdravotnom stave?“ iba 40% (100) opýtaných odpovedalo „áno“, kým 58% (145) odpovedalo „nie“ (5 bez odpovede). V citovanom výskume Remišovej et al. bola distribúcia odpovedí „áno“ 31,3% a „nie“ až 67,7%. Ďalšia otázka bola formulovaná nasledovne: „Podľa Vašich doterajších skúseností, domnievate sa že prevláda typ pacientov, ktorí:

- a) domáhajú sa informácií o svojom zdravotnom stave
- b) nedomáhajú sa informácií.“

Respondenti si mali vybrať jednu z dvoch možností. Pre prvú možnosť sa rozhodlo 170 (68,0 %) a pre druhú možnosť 78 (31,2%), dvaja respondenti neodpovedali.

Legislatíva platná v súčasnosti požaduje PLNÚ informovanosť pacienta pred každým zákrokom. Zaradili sme preto aj otázku: „Je podľa Vás správne, aby bol pacient pred závažným zákrokom v plnom rozsahu informovaný o rizikách, ktoré sa môžu v súvislosti s ním vyskytnúť?“ Respondenti pokladajú za správne pacienta informovať v plnom rozsahu („áno“ 235 odpovedí, t.j. 94%, kým „nie“ tvorilo iba 1, t.j. 5,2% odpovedí).

Ako poslednú otázku v dotazníku sme zaradili otvorenú otázku: „Čo pokladáte za najdôležitejšie vo vzťahu lekára a pacienta?“ Vyjadrilo sa až 224 opýtaných, čo naznačuje vysokú mieru ochoty uvažovať nad vzťahom lekára a pacienta. Najpočetnejšiu kategóriou

odpovedí, až 110, bolo „dôvera“ alebo „vzájomná dôvera.“ To podľa nás potvrdzuje, že chápu tento vzťah ako mnohodomenzionálny sociálny vzťah.

Záver

Náš prieskum, ktorý sme realizovali na obmedzenej vzorke 250 poslucháčov 4. ročníka odboru všeobecné lekárstvo na LF UK v Bratislave, bol sondou do problematiky ktorá je veľmi široká a heterogénna. V príspevku sme sa pokúsili poukázať na niektoré problematické oblasti realizácie práv pacientov vo vzťahu lekára a pacienta.

Lekár a pacient prežívajú dve rozdielne situácie. Pacient znáša chorobu, vie o nej málo alebo nič, kým lekár vie veľmi veľa (prinajlepšom všetko) ale chorobu sám nepociťuje. Z pohľadu medicínskej etiky, základom vzťahu lekár – pacient je dôvera. (Trizuljaková 2011: 33) Dôvera nie je pojem právne definovateľný, či vynútiteľný, v zásade je však fenoménom ktorý je súčasťou vzťahu lekár – pacient ako sociálneho vzťahu.

Respondenti si uvedomujú veľký význam poskytovania informácií pacientom. Prevažná časť opýtaných pokladá za správne pacienta informovať pred závažným zákrokom v plnom rozsahu. Právo pacienta na informácie patrí podľa prieskumu k najviac ohrozeným. Respondenti si uvedomujú, popri výmene informácii, najmä dôležitosť dôvery vo vzťahu lekára a pacienta.

Literatúra:

- (1) CAPÍKOVÁ Silvia: *Právne súvislosti zdravotnej starostlivosti o pacienta s postihnutím sluchu*. S.9-62 in: BEŇO Pavol, TARCSIOVÁ Darina, CAPÍKOVÁ Silvia: *Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci*. 1.vyd. Trnava: VEDA 2012 ISBN 978-80-8082-510-2.
- (2) HUMENÍK Ivan: *Ochrana osobnosti a medicínske právo*. 1.vyd. Bratislava: Eurokódex ISBN 978-80-89447-58-9.
- (3) MOROVICSOVÁ Eva et al.: *Komunikácia v medicíne*. 1. Vyd. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave 2011, ISBN 978-80-223-3025-1.
- (4) NOVÁKOVÁ Mária: *Lesk a bieda slovenského zdravotníctva*, s.1565-1571 in: Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie Bratislavské právnické fórum 2013. I. vydanie. [CD-ROM] Bratislava: Právnická fakulta UK, 2013, ISBN 978 - 80 - 7160 - 365 - 8.
- (5) TRIZULJAKOVÁ Jana Patrícia: *Úskalia dialógu vo vzťahu lekár – pacient. Právo a manažment v zdravotníctve*, Roč. 2, č. 6 (2011), s. 33-34.

(6) VACULÍKOVÁ, N.: *Právo a morálka - mravná identita človeka*. In: Dny práva - 2009 - Days of Law [CD ROM], Brno : Masarykova univerzita, 2009 S. 776-787. ISBN 978-80-210-4990-1

(7) VLČEK R., HRUBEŠOVÁ, Z.: *Zdravotnícke právo*. Bratislava: EPOS, 2007.

Právne predpisy citované v texte.

Kontaktná adresa:

Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky

Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Sasinkova 2

813 72 Bratislava

e-mail: silvia.capikova@fmed.uniba.sk

HODNOTA INOVÁCIÍ PRE LEKÁRA

R. Babel'a, V. Úraz, M. Faško

Abstrakt

Inovácie sú nevyhnutné v každej oblasti spoločnosti, zvyšujú konkurencieschopnosť a prinášajú pridanú hodnotu. V oblasti zdravia podmieňujú schopnosť liečiť nové ochorenia a zlepšovať kvalitu života. EU dnes v inováciách zaostáva a Slovensko v hodnotení inovačnej výkonnosti je až na chvoste, 22.mieste v EU27, pričom jej čerpanie zdrojov z EU v programovom období 2007-2013 je iba 51% a do konca roka 2015 je potrebné využiť ešte takmer 6mld. Zdravotníctvo má čerpanie zdrojov z roku 2013 iba vo výške 17,39% a do konca 2015 má využiť ešte 43,11 milióna €. Inovační lídri podporujú priaznivé podnikateľské prostredie a intenzívnu spoluprácu verejného a súkromného sektora. Výsledkom takéhoto prístupu je zlepšovanie stavu zdravia obyvateľstva, zvyšovanie produktivity a ekonomický rast. Skutočnými nákladmi spoločnosti nie sú výdavky na zdravie (výskum, lieky, systém), ale samotné ochorenia. Preto sa treba zamerať nie na kontrolu výdavkov na zdravie, ale na chápanie a budovanie vzťahu medzi zdravím a ekonomickým rastom. Slovensko v rámci svojej ŠPZ, kapitola Veda a výskum investuje do 0,5% HDP, pričom štátne zdroje predstavujú až 55% zdrojov a sú vo výške iba 45 milióna € (2013). Tento stav môže mať závažný dopad vo forme zhoršovania zdravotnej starostlivosti, poklesu produktivity a ekonomickej stagnácie či negatívneho trendu. Riešenie v úspešných krajinách spočíva v politike vytvárania vhodného prostredia pre podnikateľské aktivity, výške investícií do súkromného sektora, zručností a inovácií, budovaní silného lokálneho výskumu a kľúčovej spolupráce medzi štátnym a súkromným sektorom a zlepšení implementácie dosiahnutých technologických vedomostí do produktov a služieb.

Kľúčové slová: inovácie, konkurencieschopnosť, stav zdravia, kvalita života, inovačná výkonnosť, zdroje EU, spolupráca, verejný a súkromný sektor, produktivita, ekonomický rast, výdavky na zdravie, náklady na ochorenia, výskum, podnikateľské prostredie

Abstract

Value of innovations for a doctor. Innovations are inevitable part of each area of industry and society. They are also bringing added value and increase competitiveness. In healthcare, innovations bring ability to treat new diseases, treat existing diseases with new drugs or new technologies and increase quality of life. Slovakia is unfortunately at the end of the list of countries from innovation effectiveness aspect. We are able to use only 51% from allocated EU innovation budget and till the end of 2015 we need to allocate at least 6 billion EUR. Healthcare industry was able to use in 2013 only 17,39% of available funding and till the end of 2015 we have to spend approximately 43 million EUR. Countries considered as innovation leaders in EU support natural competition among companies and organizations and intense cooperation between private and state sectors. Slovakia is currently investing only 0,5% GDP in innovations and 55% resources are coming from government/state resources. There are several key factors that influence positive innovation strategy that can be learned from innovation leaders such as improving conditions for private sector, increase investments into private sector, increase investment into professional skills, local research and focus on more effective implementation of existing or new innovations.

Key words: innovations, healthcare, research

Inovácie sú v spoločnosti, ktorá sa chce vyvíjať a úspešne napredovať, nevyhnutné v každej oblasti jej života. Rozhodujú nielen o tom, ako žijeme dnes, ale sú určujúce aj pre našu budúcnosť. Inovácie nepredstavujú všeliek na všetky problémy, ale sú kľúčové pre zvýšenie konkurencieschopnosti a diverzifikáciu smerom k aktivitám, ktoré prinášajú vyššiu pridanú hodnotu.

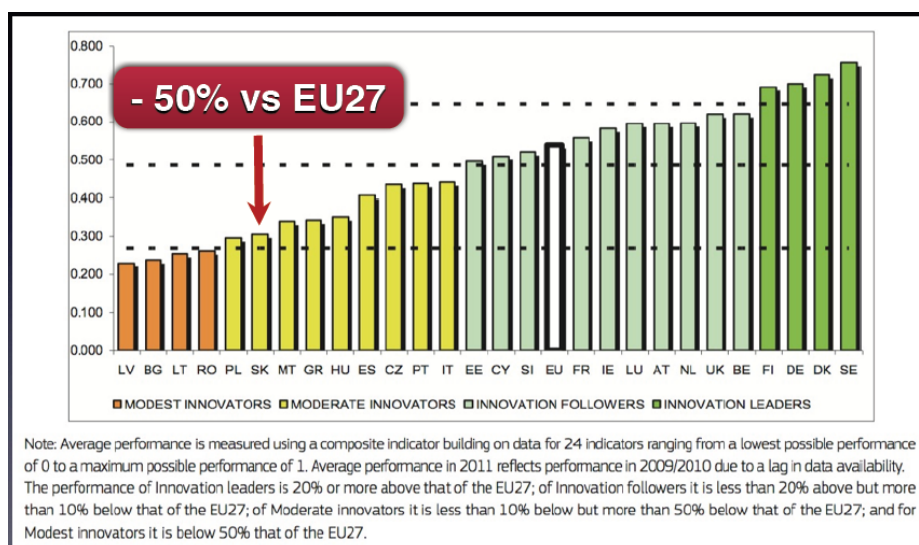
Platí to nielen pre oblasť ekonomiky, ale rovnako aj pre vedu a výskum a zdravotníctvo. Kým v ekonomike je inovácia dnes považovaná za jednu z ciest ako sa dostať z post krízového stavu (1), v oblasti zdravia je to hlavná hybná sila, bez ktorej nie je možné (2):

- Liečiť nové ochorenia
- Zlepšovať kvalitu života
- Predlžovať ľudský vek
- Mať lieky, ktoré zabezpečia rýchlejšiu, efektívnejšiu a bezpečnejšiu liečbu
- Zvládnuť demografický vývoj starnutia populácie

Súčasný pokles verejných investícií do vzdelania a znalostnej infraštruktúry vo vede a výskume negatívne ovplyvní budúci inovačný rast. Krátkodobé fiškálne úspory povedú z dlhodobejšieho hľadiska k negatívny vplyvu na rast a konkurencieschopnosť ekonomiky ako takej (1).

Európa, ktorá bola vždy kolískou pokroku a inovácií, dnes zaostáva. EU nielenže neznižuje svoju stratu za svetovými inovačnými lídrami ako je USA, Japonsko a Južná Kórea, ale navyše ju dobiehajú krajiny ako je Čína, Brazília a India.

Porovnanie Slovenska v rámci EU27 nie je lichotivé. Podľa IUS 2011 (3), Slovensko na základe vyhodnotenia 24 indikátorov inovácie sa zaradilo medzi skupinu tzv. „moderate innovators“, pričom inovačná výkonnosť je takmer o 50% nižšia ako EU27 a radí nás na 22.miesto.



Je o to paradoxnejšie, že napriek tomuto postaveniu, Slovensko podľa posledných údajov (4) z peňazí EU v programovom období 2007-2013 v celkovom objeme 11,32mld vyčerpalo iba 51% a do konca roka 2015, teda už len za 2 roky, potrebuje využiť ešte takmer 6mld, pričom na Výskum a vývoj zostáva 662 milióna € a Konkurencieschopnosť a hospodársky rast 500 milióna €. Samotné Zdravotníctvo má čerpanie zdrojov z roku 2013 iba vo výške 17,39% a do konca 2015 má využiť ešte zdroje vo výške 43,11 milióna €. Všetky krajiny, ktoré sú inovačnými lídrami, sa vo svojich výskumných a inovačných systémoch vyznačujú viacerými spoločnými prvkami, medzi ktorými kľúčovú úlohu hrajú podnikateľské aktivity a spolupráca verejného a súkromného sektora (3).

V oblasti zdravia nie je vývoj možný bez úzkej a intenzívnej spolupráce medzi Vedou (investície do výskumu), Zdravotnou starostlivosťou (investície do verejného zdravia) a Priemyslom (priaznivé podnikateľské prostredie). Vlády v krajinách inovačných lídrov vytvárajú a organizujú cez svoje nástroje (financovanie, legislatíva, politika) vhodné podmienky pre množstvo spoločných projektov pre objav a vývoj medicínskych poznatkov a ich čo najefektívnejšie prenesenie do praxe. Získavajú z toho:

- lepšie zdravie obyvateľstva
- tvorbu ľudského kapitálu
- vyššiu produktivitu
- v konečnom dôsledku ekonomický rast

Prečo by sa teda vlády mali posunúť od vnímania výdavkov na zdravie ako nákladov, ktoré sa snažia kontrolovať, k chápaniu vzťahu medzi zdravím a ekonomickým rastom?

Predovšetkým preto, že skutočnými nákladmi spoločnosti nie sú výdavky do výskumu, ani výdavky na lieky (tie predstavujú podľa OECD priemeru iba 15% celkových výdavkov) alebo výdavky na zdravotnícky systém. Skutočným nákladom pre spoločnosť je ochorenie ako také,

pretože predstavuje najväčšie riziko pre produktivitu a rast a tým záťaž verejného rozpočtu. Najlepším spôsobom, ako znížiť tieto náklady je prevencia a účinná liečba. Tá ale bez inovácie a pokroku nie je možná.

Slovensko vo svojej ŠPZ, bod 4.11: Veda a výskum, síce definuje, že: „*Nové poznatky získané vedecko – výskumnou činnosťou sú základným predpokladom pre rozhodovaciu strategickú činnosť v oblasti prevencie a terapie chorôb smerovanej k zlepšeniu zdravotného stavu populácie*“, ale bez efektívneho vytvárania prostredia podporujúceho inováciu a spoluprácu verejného a súkromného sektoru, svoje ciele nedosiahne. Slovensko investuje ročne vo výške do 0,5% HDP, pričom v roku 2013 55% všetkých prostriedkov predstavovali štátne zdroje, ale len vo výške 45 milióna €.

Aký môže mať tento stav potencionálny dopad na pacienta a spoločnosť? Veľmi zásadný, keďže môže viesť k:

- nedostupnosti terapie na nové ochorenie
- dlhšej, náročnejšej a nákladnejšej liečbe
- zníženej kvalite života
- zníženej produktivite
- spomaleniu, resp. negatívneho rastu ekonomiky

Opatrenia, ktoré môžeme urobiť pre dosiahnutie rastu a nasmerovaniu k inovačným lídrom, sú veľmi dobre známe, ide predovšetkým o:

- cez nástroje štátnej politiky vytváranie vhodného prostredia pre podnikateľské aktivity
- prehodnotenie výšky investícií hlavne z pohľadu investícií do súkromného sektoru
- vyššie investície do zručností a do financovania inovácií
- budovanie silného lokálneho výskumu a inovačných systémov so zreteľom na kľúčovú spoluprácu medzi štátnym a súkromným sektorom
- zlepšenie implementácie dosiahnutých technologických vedomostí do produktov a služieb

Je veľa príkladov vo svete ako aj v EU, ktoré ukazujú, že tento smer je správny a prináša spoločnosti cez inovácie bohatstvo vo forme zdravia, pokroku a rastu.

Literatúra :

(1) *Innovation Policy for 2011 – 2013 in the authority of the Ministry of Economy of the Slovak Republic*

(2) SAFS: *Ako sa rodí liek*.2008.ISBN 978-80-970024-2-8

(3) *Innovation Union Scoreboard*. 2011. ISBN 978-92-79-23174-2

(4) SITA,<http://www.webnoviny.sk/ekonomika/sr-ma-za-dva-roky-vyuzit-z-eu-takmer/779046-clanok.html>

Kontaktná adresa:

Katedra ekonomiky a manažmentu v zdravotníctve

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Námestie 1. Mája, 1 BRATISLAVA

Email: babela@vssvalzbety.sk

EVALUATION OF THE QUALITY OF HEALTH CARE SERVICES AND BEHAVIORAL MODEL OF HEALTH CARE CONSUMERS IN UKRAINE

V.V. Boyko^{1,2}, P.N. Zamyatin^{1,2}, N.A. Dubrovina³, D.P. Zamyatin², Yu.A. Chorna¹

¹ GI «V.T. Zaycev Kharkiv Research Institute of General and Emergency Surgery» of AMS of Ukraine, e-mail: zamyatinp@mail.ru

²Kharkiv National Medical University, e-mail: zamyatinp@mail.ru

³ Kharkiv Institute of Trade and economy of KNTEU, e-mail: nadija@mail.ru

Summary

The results of study, conducted on the basis of a poll respondents concerning assessment of quality of health care services, revealing behavioural model of health care consumers, their views on the directions of reforming the health care system in Ukraine and the mechanisms of its financing are presented in the article.

Based on a database containing the results of the responses of 250 participants in the study, logit models, reflecting the dependence of choices of responses concerning the quality of health care services and the implementation of reforms in the health care sector on a variety of factors, were built.

Keywords: health care, sociological research, quality of health care, the logit model

Introduction

The health care system is one of the most problematic areas of the reform in the social infrastructure in Ukraine. Despite numerous attempts of reforms, having been proposed over the last twenty years in this area, the optimal variant of structural reforms in health care system and the mechanism of financing of this area for Ukraine are not found yet. Crisis in the Ukrainian economy and the chronic underfunding of the health care system from the budget, on the one hand, led to the obsolescence of the material-technical base of medical and health care institutions, to staff turnover, especially among young doctors, middle and junior medical staff whose salaries are extremely low [13, 18].

On the other hand, due to the development of "shadow" relations and corruption in all spheres of Ukrainian economy, and health care in particular, there are flows of payments and additional financial resources that are not included in a formal way and used inefficiently [10]. Established tradition of outstanding additional payments of patients and their relatives to medical staff, as well as contributions to various charitable foundations, organized under medical and health clinics, are not the optimal outcome of the current crisis in health care financing.

On the background of the sharp stratification by income level of the Ukrainian society and increasing part of the poor population, such policy leads to the fact that many types of medical services are not available for most people even in public health institutions. Only a small part of Ukrainian society is able to visit private medical institutions and private medical offices. Functioning of non-public medical institutions and private medical offices is often unprofitable not only because of the low effective demand, but also due to such factors as: high cost of rent, credit resources, taxes, utility bills and other accounts related to business activities. Unfavorable environment for business development and public-private partnerships, corruption and tax evasion stimulate the development of a «shadow sphere» [10].

The causes of «shadow relations» in all spheres of the Ukrainian economy are multifaceted and interrelated. Some of them are: low level of development of civil society; low level of trust in state structures and public institutions; mismatch of law to real processes occurring in the socio-economic life; absence of methods of target taxation, allowing to transfer part of the taxes directly to the specific social or medical non-profit institutions; lack of significant benefits for foreign and domestic investors, implementing projects in socially important areas, such as, for example, health care [7, 9, 18].

In addition, the reforms of modern staff politics and implementation of the mechanisms of medical management are poorly implemented in state and municipal social and health institutions, up-to-date standards of organizational culture are absent, a low level of medical staff motivation exists, polls of patients are not conducted, the developed image of concrete medical institutions or employees is not analyzed.

The above factors lead to the fact that the population assesses the quality of medical services in Ukraine extremely low and does not believe in the success of the reforms and improvements in this sector. Thus, according to a number of sociological agencies, about 95 % of the population is not satisfied with the quality of health care in Ukraine. On the basis of the data presented in the publication of Joseph Vyrost [5] by the results of European Social Survey (ESS) in 2004-2009, Ukrainian respondents evaluated the effectiveness of the national health system at the level of 2,64 points of a possible 10. In Russia the efficiency of the health system was rated by respondents at 3,73 points, in Poland – at the level of 4,08 points, in Slovakia – at the level of 4,79 points, in Germany – at the level of 5,2 points. Highest rates of effectiveness of health systems in Europe were obtained in France (6,59), Finland (6,78), Switzerland (6,9), Israel (7,0) and Belgium (7,06) [5].

Based on research of self-assessment by the population of their health and the level of availability of certain types of medical care, held in 2010 in Ukraine by State Service of Statistics [11], only 46% of respondents declared their good health. 77% of respondents noted that they had illness during 2010 and 80% of respondents appealed to medical aid. 34% of examined respondents indicated the presence of chronic diseases with the domination of hypertension and other cardiovascular diseases. In almost all households, participating in the survey, some of their members needed medical care, purchase of medicines or medical devices.

About 15% of respondents reported the inability to satisfy these needs due primarily to financial reasons. Among households with the members, needed medical care but unable to get it, 74% of respondents indicated the impossibility of acquiring the necessary, but too expensive drugs. There are also problems with the availability of medical visits. Thus, in every second household with unsatisfied necessity in obtaining medical care, there was no possibility of receiving a medical consultation. In 79% of cases, respondents explained this with the high cost of service, in 11% of cases – with the lack of the doctor of necessary profile and in 10% of cases – with too big queue.

In the group of households with the members needed medical care but unable to get it, 25% of respondents indicated unavailability to receive the necessary treatment in residential health clinics for sick members of the family due to the high cost of treatment. Among those surveyed who were hospitalized, 90% were taken necessary medicines to the hospital, 75% – food, more than 66% – bedding [16].

Economists estimate that each one of the eighteenth hryvna from the funds spent by the population for payment for health care services have been spent on services received in the informal sector [16].

Negative situation with the level of access to health care and its low quality, leads to deterioration of the demographic indicators, particularly to reduction of life expectancy, increased morbidity and mortality, by which Ukraine is at one of the worst places among European countries [6].

Taking existing negative tendencies in Ukrainian health care, high rates of morbidity and absence of accessible highly qualified medical care into account, there is a necessity for a more detailed study of the problems of the health care system and health care consumers, not only in terms of financial, but also social aspects.

Point of view of consumers of health care services, obtained through regular opinion polls, should be considered when developing ways of reforming the industry in whole, and specific medical institutions, in particular.

In a modern market system of health care organization considerable attention is paid to the rights of patients and their active role as consumers of health services [2, 3, 4]. Selection of specific doctors and medical institutions is determined not only by the needs of patients in various types of diagnostics, treatment and rehabilitation, but also depends on socio-economic factors and behavioral characteristics of consumers of medical services, namely, the level of consumers' income, gender, age, education, social status, character features, psychological profile, etc. [2, 3, 4, 8]. According to this, an important role is given to regular opinion polls of respondents and organization of marketing researches assessing the quality of medical services under various state and local programs aimed to improve the efficiency of the work of medical institutions and the formation of their positive image.

Purpose of the study. The purpose of this study was to examine the respondents' opinions about the quality of health care services in Ukraine and about the priorities of reforming the health care system; to identify the main factors influencing the behavior of consumers of health services, their preferences in choosing doctors, medical institutions, types and cost of medical services.

Methods of the study. Assessment of the quality of medical services was held on examples of individual cities and regions of Ukraine in the framework of the pilot project «Development of practice of European reform in health care sphere», realized on the territory of Ukraine and some regions in the territory of the Silesian Province of Poland in 2009-2012 [8]. The project involved representatives of the health care sector, a number of curative and preventative health medical institutions, universities, public organizations and NGOs from both countries.

The respondents were representatives of different age and gender groups, living in regions of Poland and Ukraine, covered by this project .

This article presents the results of processing of 250 questionnaires, obtained by the survey of respondents – full-time and part-time students of a number of universities in the territory of certain regions of Ukraine.

The methods of processing of sociological data and standard software packages Statistica and EvIEWS were used for the processing of questionnaires [1, 12, 17]. Analysis of influence factors on the results of responses was based on logit models.

Main results. One of the important aspects of the assessment of health care are its quality and accessibility. Quality of health care is a complex concept and is based on the results of the evaluation of its components, such as: appropriateness; continuity; efficiency; effectiveness; safety; timeliness; satisfaction of needs and expectations; stability and continuous improvement.

It should be noted, that regular medical and social statistical reports can be used for the analysis of a number of health care quality indicators such as: the number of admitted and discharged patients, the number of surgical operations, the number of visits to clinics, the number of beds per 100 thousand of population, the number of medical staff per 100 thousand of population. However, a number of other components of the quality and accessibility of health care can be examined only on the basis of sample data and the results of the survey of respondents' opinions.

Respondents were asked to evaluate the quality of medical services in Ukraine with the questionnaire provided by us with the following items:

1. to evaluate the level of health care (low, medium, high);
2. satisfaction with the quality of health care (yes, no);
3. to evaluate the level of accessibility of health care services in public medical institutions for the general population with different levels of income (all segments of the population, the population of the middle-income, the population with a high level of income);
4. to evaluate the level of accessibility of health care services in private medical institutions for the general population with different levels of income (all segments of the population, the population of the middle-income, the population with a high level of income);
5. to evaluate the level of health care in a student or local clinic (low, medium, high) ;
6. indication of negative phenomena in medical institutions, being faced or not by the respondent (low rate of doctor's professionalism, indifference, rudeness, extortion of money, lack of timely medical care);
7. to indicate the frequency of explanations of diagnosis and treatment regimens by doctors (never, rarely, often, always), basing on the personal experiences of respondents;
8. the degree of effectiveness of annual preventive medical examinations in terms of the respondents (absolutely useless activities; necessary measures, but their effectiveness is low, the necessary measures with a high degree of effectiveness) .

Our sociological study involved 250 respondents of young and middle age, who were full-time or part-time students of a number of universities in different regions of Ukraine. 41% of respondents were male and 59 % female. According to age group, respondents of our survey

were distributed as follows: 55% of respondents in the age group up to 20 years, 31% of respondents – in the age group 21-25 years, 7% of respondents – in the age group 26-30 years and 7% of respondents in the age group 31-40 years.

According to statistical processing of questionnaire of our respondents, the following results were received.

On the question of assessing the level of medical care in Ukraine, $(51,6 \pm 6,2)\%$ of respondents noted an average level of health care, $(48 \pm 6,2)\%$ of respondents noted the low level of medical care and only $(0,4 \pm 0,8)\%$ consider that the level of health care is high.

The question concerning the respondents' satisfaction with quality of health care, $(92,4 \pm 3,4)\%$ of respondents answered negatively and only $(7,6 \pm 3,3)\%$ gave affirmative answer.

Respondents' opinions concerning the level of accessibility of health care services in public health facilities, divided as follows: $(26 \pm 5,5)\%$ of respondents consider that health services in public health care facilities available for all segments of the population; $(66,8 \pm 5,9)\%$ respondents consider that health services in public health care institutions are available for people with middle and high income, and $(7,6 \pm 3,3)\%$ believe that these services are available for people with a high level of income.

Regarding the assessment of the level of accessibility of health care services in private health care facilities, the opinions of respondents were distributed as follows: $(4 \pm 2,4)\%$ of respondents believe that health care services in private health care facilities are available to all segments of the population, $(36 \pm 6)\%$ of respondents consider that these services are available for people with middle and high income, and $(60 \pm 6,1)\%$ of respondents indicate that health care services in private health care facilities are available only to the population with a high level of income.

Answering the question concerning the assessment of the level of medical care in a student or local clinic, respondents noted as follows: $(40,4 \pm 6,1)\%$ of respondents believe that the level is low; $(56,4 \pm 6,2)\%$ considers that the level is average and only $(1,2 \pm 1,4)\%$ believe that the level is high.

Results of the analysis of respondents' opinions, faced negative situations in health care facilities, is presented in Table 1.

Table 1. Results of statistical processing of opinions of respondents who experienced a negative situation in health care facilities

Kind of negative situations in health care facilities	Mean (Average percent of respondents)	Lower bound of 95% conf. interval of mean	Upper bound of 95% conf. interval of mean
1. low level of professionalism	47,6	41,37	53,83
2. indifference	62,4	56,35	68,45
3. rudeness	43,2	37,02	49,38
4. extortion of money	36,4	30,39	42,41
5. lack of timely medical care	42,4	36,23	48,57

As seen from the results shown in Table 1, the majority of respondents, $(62,4 \pm 6,2)\%$ indicates indifference of the medical staff. Almost half of the respondents, $(47,6 \pm 6,2)\%$, had faced with a low level of professionalism of doctors. Over 40% of respondents indicate cases of rudeness of the medical staff and administration, as well as failure to provide timely medical care. Over a third of respondents indicated extortion of money from the health care facilities and staff.

Answering the question regarding the frequency of clarification of diagnosis and treatment regimen by doctor, respondents indicated as follows: $(5,6 \pm 2,9)\%$ noted that they were never given such information; $(60,4 \pm 6,1)\%$ noted they were rarely explained the diagnosis and the treatment regimen, and only $(32 \pm 5,8)\%$ of respondents confirmed that the diagnosis and treatment regimen were explained them often enough.

The respondents also evaluate the effectiveness of annual medical examination activity as low. Thus, $(22,8 \pm 5,2)\%$ of the respondents conclude that these are absolutely formal and not necessary events, $(66,8 \pm 5,9)\%$ believe that such activity is necessary, but its effectiveness is not high and only $(6,8 \pm 3,1)\%$ of respondents indicate that these events are necessary because of their high efficiency.

Taking into account the results of the data processing issues related to the assessment of quality of health care and availability of health care services for the population we can confirm the investigations of several other sociological studies (Razumkov Center, etc.), analytical and expert estimates that the majority of the population assess the quality of medical services in Ukraine low enough and believes that they are available only for a limited part of society.

In addition, negative factors associated with low level of funding for medical institutions, lack of motivation mechanisms for medical staff, weak level of organizational culture, forming the standards of behavior, rights and responsibilities of different categories of medical staff, and affects the image of the medical institution, influent on the low estimation of the quality of health care.

The second part of the questions in the questionnaire was related to the study of the behavior of consumers of health services, the formation of their preferences and expectations related to the development of the health system in Ukraine and forms of its reformation.

Thus, respondents were asked to indicate the reasons for which they, as patients, choose the physician or medical consultant. Among the possible causes in the questionnaire following were indicated: the competence and professionalism of the doctor; good attitude to the patient, the recommendation of friends and acquaintances; personal acquaintance or friendship; relatively low cost of the services of doctor .

Table 2 shows the results of processing the views of respondents indicating the factors influencing the choice of the physician or medical consultant.

As seen from the results shown in Table 2, more than two thirds of respondents believe that the most important reason for choosing the physician or medical consultant is his (her) competence and professionalism.

Table 2. Factors influencing the choice of the physician or medical consultant

Factors	Mean (Average percent of respondents)	Lower bound of 95% conf.interval of mean	Upper bound of 95% conf. interval of mean
1. competence and professionalism of the doctor	75,6	70,24	80,96
2. good attitude to the patient	33,6	27,7	39,5
3. recommendation of friends and acquaintances	49,2	42,96	55,44
4. personal acquaintance or friendship	16,8	12,13	21,47
5. relatively low cost of the services of a doctor	6	3,04	8,96

Almost half of the respondents base their choices on the recommendation of friends and acquaintances. Good attitude to the patient is important for a third of respondents when they choose a doctor or medical consultant. For the majority of respondents personal acquaintance or friendship are not the main reason for the choice of the physician or medical consultant, only (16,8±4,7)% of respondents noted its importance. Also, more than 90% of the respondents confirm, that the relatively low cost of the services of a doctor is not important when choosing a physician or medical consultant.

To study the effect of popularity of a doctor among patients, respondents were asked what factors (ability to communicate with patients, professionalism, communication skills,

appearance, style of behavior, integrity, honesty, modesty, absence of intent to extort money from the patient) affect it.

Table. 3 shows the results of processing the opinions of respondents, indicating what factors influence the success (popularity) of a doctor in patients.

Table 3. Factors determining success (popularity) of a doctor in patients

Factors	Mean (Average percent of respondents)	Lower bound of 95% conf. interval of mean	Upper bound of 95% conf. interval of mean
1. ability to communicate with patients	46	39,78	52,22
2. professionalism	88,4	84,4	92,4
3. communication skills, appearance, style of behavior	18	13,2	22,8
4. integrity, honesty	20,4	15,37	25,43
5. modesty, absence of intent to extort money from the patient	20	15,01	24,99

On the basis of given estimations it's seen, that over 88% of respondents indicate the factor of professionalism that, they think, defines success (popularity) of a doctor in patients. The second important factor of the success (popularity) of a doctor, assigned by about a half of the respondents, is the ability to communicate with a patient. Other factors, in the opinion of majority of respondents, are not important in the formation of success (popularity) of a doctor in patients.

For investigation of methods how to improve communication skills of medical staff, when dealing with patients, respondents were asked to answer the question of what knowledge and skills, in their opinion, the doctor need when communicating with patients. At the same time respondents could choose the answer from the following: general knowledge of ethics, that doctor received in medical school, is enough; practical experience dealing with people is necessary; additional knowledge in psychology and PR-management, obtained in courses and trainings, is necessary.

As a result of responses to this question, $(77,6 \pm 5,2)\%$ of respondents indicated the need for a doctor of sufficiently big practical experience of communication, $(22 \pm 5,17)\%$ of respondents indicated the need for additional knowledge on psychology and PR-management, obtained on the relevant courses and training, and only $(7,6 \pm 3,31)\%$ of respondents indicated that general knowledge of ethics, that future doctor receives in the medical school, is enough.

To analyze the behavior of consumers of health services, respondents were also asked to indicate a frequency of their visits to doctors in the past two years (no visits, less than 6 visits,

6 to 10 visits; more than 10 visits) and the level of implementation of the recommendations of physicians (never; rarely; often; always).

According to the results, more than half of respondents ($56\pm6,2\%$) noted that had less than 6 visits to doctors over the past two years; ($15,6\pm4,5\%$) of respondents noted that had 6 to 10 visits to doctors during the last two years; ($7,6\pm3,3\%$) of respondents indicated that they visited doctors more than 10 times during the last two years; ($17,6\pm4,8\%$) of respondents did not visit doctors in the past two years at all.

Answering the question about implementation of the recommendations of doctors, ($1,2\pm1,4\%$) of respondents indicated that they never implement medical consultations, ($34\pm5,9\%$) indicated that they rarely implement medical consultations; ($53,6\pm6,2\%$) said that follow doctors' recommendations often enough, and only ($6,8\pm3,1\%$) of respondents indicated that always implement doctors' recommendations .

To analyze the possibilities of providing additional medical consultative services using e-mail and the Internet, respondents were asked to indicate the presence (absence) of their interest to such services. Only 29,2 % of respondents expressed a wish to receive consultations by email or on a special website , 66% of respondents declined to use the service, and a part of respondents didn't clarify their opinion about the opportunity for consultation via e-mail or website.

In order to examine the prospects for reform and development of the health system in Ukraine and Poland, respondents were asked to answer questions related to the feasibility of introducing compulsory medical insurance in Ukraine, the need to increase or reduce commercial private medical institutions, development of certain areas in the sphere of health care, fees for these or that types of health care services.

Answering the question concerning the appropriateness of compulsory medical insurance in Ukraine, respondents' opinions were divided as follows: ($27\pm5,6\%$) of respondents indicated the need for the introduction of compulsory health insurance; ($60,8\pm6,1\%$) of respondents believe that it is reasonable to introduce this system and ($11,6\pm4$) % of respondents believe that there is no need to introduce a system of compulsory medical insurance.

The respondents' opinion concerning the development of a network of non-governmental medical institutions is also ambiguous. Thus, ($42,4\pm6,2\%$) of respondents support the development of a network of non-governmental medical institutions, ($26\pm5,5\%$) of respondents believe that all medical institutions should be public, ($28\pm5,6\%$) of respondents indicate a need to reduce the part of the commercial medical centers.

Answering what areas of the health care system needs to be developed first of all, the majority of respondents, $(62,8 \pm 6,03)\%$, put surgery on the first place; more than half of the respondents, $(52,8 \pm 6,23)\%$ noted obstetrics and gynecology on the second place; paramount importance of developing other areas (pediatrics, family medicine, internal medicine, narrow specializations) is supported by 25 to 34% of respondents .

Distribution of the degree of priority of areas of health care system, needed to be developed primarily in Ukraine and obtained by processing the opinions of respondents, is represented in Figure 1.

Indicating the most important problems of Ukrainian medicine, over 70% of respondents noted a low levels of funding this sphere; almost half of respondents pointed the lack of quality of health care services and the need to increase the competence of the medical staff; about 40% of respondents noted the need to combat corruption; 26% of respondents considered introduction of medical insurance the most important and only 15,6% of respondents noted the primacy of the general health care service reforms.

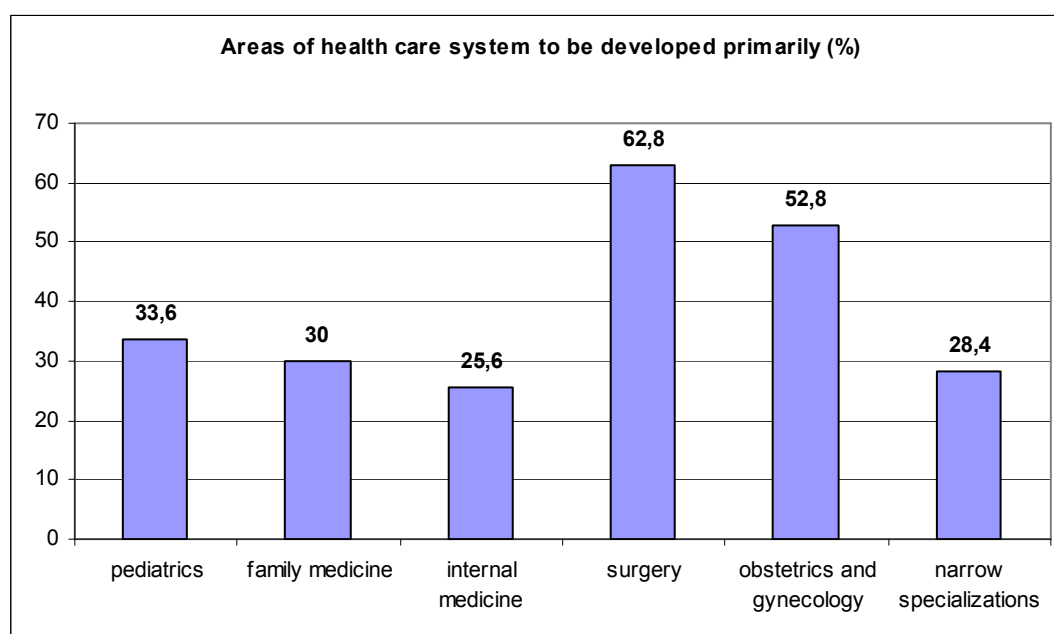


Fig.1. Assessment of the priority areas needed to be developed primarily in Ukraine

Answering questions relating to forms of motivation of medical staff, the vast majority of respondents, $(77,6 \pm 5,2)\%$, indicated the need to increase salary to medical staff, more than a third of respondents, $(35,2 \pm 5,96)\%$, noted the need for adoption of social facilities and promotion; $(18,4 \pm 4,84)\%$ of respondents indicated the need to provide housing and

(17,6±4,75)% of respondents noted receiving of awards and letters of commendations as an important form of motivation of medical staff.

To a question regarding the amount of payment to various categories of medical staff, the respondents' answers also varied. More than two thirds of respondents indicated ranges of salaries of doctors within the dimensions of the average salary in Ukraine, and only a few of the respondents mentioned the possible dimension of salaries in the health care system at the level of payments to medical staff in the commercial medical centers or abroad.

Also, when asked about the possible cost of a simple consultation with a family doctor or a general practitioner, there was not an unambiguous answer among respondents. Respondents most frequently called the amount of 50 UAH (about \$5) or 100 UAH (about \$10), they are ready to pay for such a consultation.

To a question about the type of health care services that should be paid, respondents' opinions were as follows (Fig. 2): (72,4±5,58)% of respondents indicate the need to pay for pharmaceuticals; (48,4±6,24)% respondents note the need to pay for diagnostic services and laboratory tests; (24,8±5,39)% of respondents indicate the need to pay for a patient's stay in hospital, (10±3,74)% of respondents noted the need to pay for a doctor or home visit of ambulance; (6,4±3,05)% of respondents consider necessary to pay for the consultation of a doctor in the clinic, and (2,4±1,91)% of respondents note the need to pay a medical emergency health care.

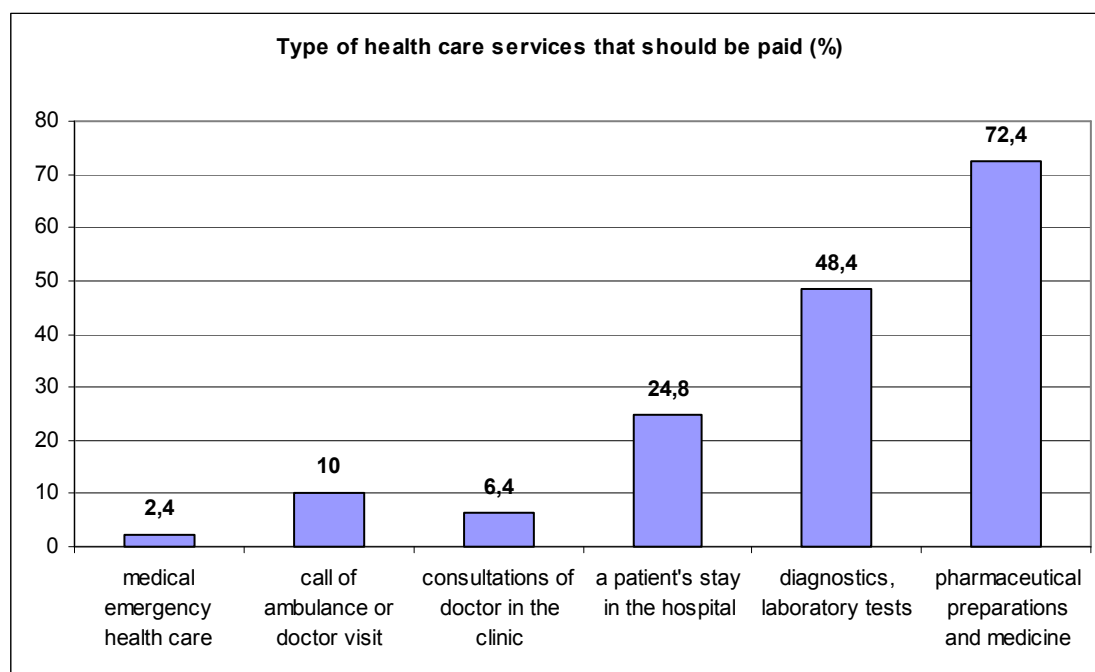


Fig.2. Types of health care services that should be paid, according to respondents' opinion.

Processing results of the second part of the questionnaire related to the behavior and priorities of health care consumers and their expectations in connection with the reform of the health system, showed mixed views of respondents. Thus, we can identify a group of respondents supporting primary development of public health institutions and their funding from the state budget, and the group of respondents supporting the expansion of private medical institutions, the introduction of paid medical services. At the same time, the majority of respondents have common points of view associated with a lack of the necessary financial resources for the development of the health care system in Ukraine and provision of necessary quality of medical services. Also, the majority of respondents indicate the need to improve the quality of medical services through higher diligence to patients, medical staff motivation to provide high standards of health care, the need to ensure high organizational culture of medical staff.

Since various factors, preferences and beliefs exerted on the results of responses, dependences of respondents' answers to number of questions were studied on the basis of our logit models. The influence of several factors on the answers of respondents about the appropriateness of compulsory medical insurance in Ukraine was studied in the first model.

Variable Q4_2 was used as the dependent variable, which meant the respondent's choice of an answer about reasonability of introducing compulsory medical insurance in Ukraine. This is a binary variable and takes the value «0» if the respondent did not chose this answer , and «1» – in the case of selecting this answer. The variants of respondents' answers to following questions were used as the factors in this model: Q3A_2 («medical services are available in public health care institutions to the population with middle-and high -income»); Q5_2 («all health care institutions should be public») and Q5_3 («it's necessary to diminish the part of commercial medical centers»). These factorial variables also are binary and take the values 0 or 1.

The results of logit model building for this dependence are shown in Table 4.

Table 4. Logit model, characterizing the respondents' answer about reasonability of introduction of compulsory medical insurance in Ukraine

Variable	Coefficient	Std.Error	Z-Statistic	Prob.
Q3A_2	0.4764	0.2018	2.3510	0.0187
Q5_3	0.9040	0.3135	2.8832	0.0039
Q5_2	-0.4766	0.2810	-1.6837	0.0922

From the data presented in Table 4 it follows that the estimations of parameters for variable Q3A_2 and Q5_3 are positive and statistically significant at the level of $p < 0.05$, and

parameter estimation with variable Q5_2 – negative and statistically significant at the level of $p < 0.1$.

Thus, a positive choice about the reasonability of introduction of compulsory health insurance in Ukraine is the most likely, if respondents believe that medical services in public health facilities are available to the people with a middle and high level of income, and that all health care institutions should be public. At the same time the respondent's choice of the option «that it's necessary to diminish a part of commercial medical centers» does not promote the increase of probability of positive respondent's answer about the reasonability of introduction of compulsory medical insurance.

The second model examines the relationship of the respondent's lack of satisfaction of the quality of medical services and cases of negative situations in medical institutions, faced by the respondent. Variable Q2_2 was used as the dependent variable, which meant that the respondent is not satisfied with the quality of medical services in Ukraine. This is a binary variable and takes the value «0» if the respondent did not chose this answer , and «1» – if he selected this answer.

The variants of respondents' answers to the questions which of the negative situations in health care institutions he faced were used as the factors in this model: Q11_1 («low level of professionalism of doctors»); Q11_2 («indifference»); Q11_3 («rudeness»); Q11_4 («extortion of money»); Q11_5 («failure to provide timely medical care»). These factorial variables also are binary and take the values 0 or 1.

The results of the logit model for the construction of this dependence are shown in Table 5.

Table 5. Logit model, characterizing the respondents' dissatisfaction of quality of medical services in Ukraine

Variable	Coefficient	Std.Error	Z-Statistic	Prob.
Q11_1	1.5506	0.4923	3.1495	0.0016
Q11_2	1.1172	0.3520	3.1733	0.0015
Q11_3	2.1273	0.7457	2.8525	0.0043
Q11_4	1.5472	0.6273	2.4662	0.0137
Q11_5	1.1552	0.5076	2.2755	0.0229

As seen from the characteristics of the logit model presented in Table 5, all the estimations of parameters at factorial variables are positive and statistically significant at the level of $p < 0.05$. Estimations of the parameters in each factorial variable show their contribution to the formation of respondent's dissatisfaction of medical service's quality. Thus, it is seen that the greatest contribution to the formation of respondent's dissatisfaction of quality of the medical

services is introduced by cases of rudeness (Q11_3); lack of professionalism (Q11_1) and money extortion (Q11_4).

The third model analyzed the relationship of the respondent lack of satisfaction of health care quality and the problem of availability of medical services in public health care facilities. Variable Q2_2 was used as the dependent variable, which meant that the respondent is not satisfied with the quality of health care services in Ukraine. The variant of respondents' answers to the question about the availability of medical services in public hospitals was used as a factor in this model: Q3A_3 («medical services are available to the population with high income»). This is a binary variable and takes the value "0" if the respondent did not choose this answer, and "1" – if you select this answer.

The results of the logit model for the construction of this dependence are shown in Table 6.

Table 6. Logit model for analysis of influence of the level of availability of medical services on a respondent's dissatisfaction of medical services quality in Ukraine

Variable	Coefficient	Std.Error	Z-Statistic	Prob.
Q3A_3	2.890372	1.027391	2.813312	0.0049

As seen from the results shown in Table 6, the estimation of parameter at the variable Q3A_3 is positive and statistically significant at the level of $p < 0.01$. Thus, a strong correlation between respondent's opinions that health services in public health care facilities are available to the people with high income, and a measure of dissatisfaction with the quality of health care services, is seen.

Conclusions. Results of the study, presented in this article, closely reflect the characteristics of situations in health care sphere, received in other studies and research reports. Using the results of opinion polls as conclusive foundation of the complexity and dramatic situation in the health care system of Ukraine, emphasizes the need to make determined steps to improve the situation in this branch. The question about development of effective strategies for reforming the health care system, its funding mechanisms, targeted use of resources remains actual [9, 18].

Pilot projects, implemented in some regions of Ukraine, are still only at the stage of approbation and assessment of their effectiveness will be possible only in a few years [14, 15]. Moreover, population and experts have no clear opinion about the current reforms and introduction of mandatory medical insurance [7, 13, 18]. Chaotic commercialization of health care system, which was formed in recent years, was not a way out of the crisis situation in this sphere. Growing income stratification and low effective demand for paid medical services in

the general population causes increasing of the level of dissatisfaction of functioning health care system, which is reflected in public opinion and the results of sociological surveys [7, 10, 16]. At the same time success of reforms in modern equipment of the industry, staff policy, ensuring high standards of medical care is not possible without a significant attraction of investments in health care system in Ukraine. Attraction of the necessary foreign and domestic investments, public funds in the health sector in Ukraine is a complicated but very significant task for the country, demanding a revision of many approaches to socio-economic policy. Necessary investments in modern medical technology, human resources and material base of Ukrainian medicine will be the result of high-level economic and social development, the incentive of high competitiveness of this important social sector.

Bibliography

- (1) BABBIE E. *Badania społeczne w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa, 2005. – 660 s.
- (2) BUKOWSKA-PIESTRZYŃSKA A. *Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*. - Warszawa. CeDeWu. 2009.
Detyna B., Detyna J. *Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne*. - Warszawa, DIFIN. 2011.
- (3) *Diagnoza Społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*. Pod red. J.Czapińskiego. VIZJA PRESS&IT. Warszawa, 2006. – 512 s.
- (4) VÝROST J. *Európska sociálna sonda (ESS) 4. kolo na Slovensku*. UNIVERSUM, Prešov. 2010. – 230 s.
- (5) БОЙКО В.В., Замятін П.М., Дубровіна Н.А., Замятін Д.П. *Основні причини смертності населення України* // In collections of Materials of the International Scientific Conference “Economics, Healthcare and Education in the Modern World”. – Opole: Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Opolu, 2013. – pp.24-26.
- (6) ГАНУЩАК Ю. *Медицинская реформа: эксперимент с запланированным провалом?* // Зеркало недели. – 2011. – 24 июня.
- (7) ДУБРОВИНА Н.А., СИВЕЦ А., ОРНОВСКИЙ М., ОБЦОВСКАЯ Д.
Диагностика качества медицинских услуг на основе социологического опроса // In collections of Materials of the 2nd International Scientific Conference “Problems and Prospects of Territories’ Socio-Economic Development”. – Berdyansk: Publishing Tkachuk, 2013. – pp.80-83.
- (8) КАРАМИШЕВ Д.В. *Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я* // Університетські наукові записки. – 2006. - № 1(17). – С.279-284.

- (9) ЛІТВАК А., ПОГОРІЛИЙ В., ТИЩУК М. *Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні*. – О.: Одеська крайова організація Всеукраїнського лікарського товариства, 2001. – 91 с.
- (10) *Методологічні основи формування вибірових сукупностей для проведення органами державної статистики України базових державних вибірових обстежень населення (домогосподарств). Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/metod_polog/metod_doc/2005/223/metod.htm*
- (11) ПАНИОТТО В.І., МАКСИМЕНКО В.С., ХАРЧЕНКО Н.М. *Статистичний аналіз соціологічних даних*. – К.: ВД „КМ Академія”, 2004. – 270 с.
- (12) ПОРТНА О.В. *Функціонування фінансів охорони здоров’я в Україні*. – Х.: ВД „ІНЖЕК”, 2013. – 165 с.
- (13) *Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров’я щодо вдосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 7 липня 2011 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2012. - № 14. – Ст.86.*
- (14) *Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: Закон України від 7 липня 2011 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2012. - № 12-13. – Ст.81.*
- (15) *Самооцінка населенням стану здоров’я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2010 р. Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>*
- (16) ЦИБА В.Т. *Математичні основи соціологічних досліджень. Кваліметричний підхід*. – К.: МАУП, 2002. – 248 с.
- (17) ШЕЙМАН И. М. *Реформа управления и финансирования здравоохранения*. – М.: Издатцентр, 1998. – 336 с.

Kontaktná adresa

N.A. Dubrovina

Kharkiv Institute of Trade and economy of KNTEU,

e-mail: nadija@mail.ru

TENDENCIE K EKONOMIZÁCIÍ PACIENTA A PREJAVY KORUPCIE V SYSTÉME ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

M. Kollár, Z. Pačesová

Abstrakt

Obsah nášho príspevku sa zameriava na charakteristiku súčasnej globálnej a vnútroštátnej politickej situácie na rozvoj zdravotníctva vo väzbe na globálnu hospodársku krízu.

Zvýrazňujeme, že tendencie vedúce k ekonomizácii pacienta a prejavy korupcie v systéme zdravotnej starostlivosti sú prejavom dlhodobého nedostatku finančných zdrojov na zabezpečenie chodu subjektov zdravotnej starostlivosti.

Pripomínáme, že korupcia negatívne zasahuje do všetkých oblastí, vrátane zdravotníctva. Indikátorom v tomto smere sú výsledky prieskumov verejnej mienky. Slovenskí občania vnímajú tento problém intenzívne. Pretrváva však vysoká neochota oznamovať prípady korupcie príslušným orgánom, daná nízkou dôverou v orgány štátnej moci.

Diagnostikujeme vývoj a súčasné tendencie smerujúce k prehľbovaniu ekonomizácie pacienta ako i východiská a nástroje na ich znižovanie, najmä uplatňovaním etických princípov zdravotnej starostlivosti v konkrétnej praxi.

Kľúčové slová: Globálna hospodárska kríza. Nedostatočnosť finančných zdrojov. Zdravotná starostlivosť. Politika. Ekonomizácia pacienta. Korupcia. Klientelizmu.

Abstract

Tendencies to economising patients and corruption in the health care system. The content of our contribution focuses on characteristics of current global and national political situation in health development in custody to the global economic crisis.

We highlight that the trends leading to economization of the patient and speeches corruption in the healthcare system are an expression of long-term lack of financial resources to ensure the running of health care.

It is recalled that corruption negatively extends to all areas, including health. Indicator in this direction are the results of the public opinion polls. Slovak citizens perceive this problem intensively. There is, however, highly reluctance to report cases of corruption by the competent authority, the low confidence in public authorities.

We diagnose developments and current tendencies toward deepening economization of the patient as background and tools for their reduction, in particular by applying ethical principles health care in practice.

KEYWORDS

Global economic crisis. Insufficiency of financial resources. Health care. Policy. Economization of patients. Corruption. Clientelism'.

1. Charakteristika a vývoj systému zdravotníctva v SR

Zabezpečovanie zdravotnej starostlivosti pre občanov (pacientov) je zakotvené v Ústave SR, ktorá garantuje v Čl. 40 , že každý má právo na ochranu zdravia. Na základe

zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotné pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.

Vznik a vývoj globálnej hospodárskej krízy má negatívne dôsledky na financovanie a tým zabezpečovanie kvalitnej a dostupnej zdravotnej starostlivosti v SR. Globálna hospodárska kríza má dimenziu ekonomickú, politickú, sociálnu a etickú. Je hodnotovou krízou systému, ktorá bude limitovaná vektorom času v celom komplexe súvislostí, východísk a následných riešení z pohľadu spoločenského, politicko-ekonomického systému a jednotlivcom v ňom.

Zdravie predstavuje nielen pre jednotlivca a rodinu, ale aj pre celú spoločnosť *ekonomické hodnoty*. Zdravotníctvo je téma s ktorou sa každý občan stretáva skoro denne. Rozvoj zdravotníctva a jeho zabezpečenie má úzku súvislosť s rozvojom hospodárstva. Ekonomika štátu podmieňuje rozvoj zdravotnej starostlivosti a zdravie občana je prvým predpokladom rozvoja ekonomiky.

Hlavnou úlohou zdravotníctva je organizovať a spravovať poskytovanie zdravotníckych služieb (predstavujú preventívnu a liečebnú starostlivosť, vrátane zdravotnej výchovy občanov). Úroveň starostlivosti o zdravotný stav populácie výrazne závisí od sociálnych a ekonomických podmienok spoločnosti.

Ekonomika poskytovania zdravotnej starostlivosti je sprevádzaná tvorbou legislatívy a riadenia v rámci viac - menej neúspešnej realizácii doterajších permanentných reforiem zdravotníctva. Hľadanie najefektívnejšej cesty pridelovania finančných prostriedkov do systému je prvý predpoklad jeho efektívnosti. V tomto smere je spoločnosť od roku 1989 neustále konfrontovaná permanentnou reformou zdravotníctva s cieľom prekonania krízových stavov. Podstata problému spočíva v tom, že nie je natoľko dôležité ako sa peniaze do zdravotníctva zbierajú, ale dôležitejšie je, ako sa peniaze v zdravotníctve využívajú. Ekonomika zdravotníctva je veda o tom, ako sa nedostatočne zdroje rozdeľujú medzi alternatívne použitia na starostlivosť o chorých a na podporu, ochranu, udržiavanie a upevňovanie zdravia. Vo všeobecnosti plynú finančné prostriedky do zdravotníctva z viacerých zdrojov, preto hovoríme o viac zdrojovom financovaní. Ide skôr o pojem čisto technický, pretože v skutočnosti je len jeden zdroj financovania a tým je občan.

Od roku 1993 je slovenské zdravotníctvo financované prioritne odvodmi (platbami poistných príspevkov). Odvodový model (povinné verejné zdravotné poistenie) má oporu aj v Ústave SR.

Zdroje zdravotníctva sú tvorené:

- odvodmi, platia ich ekonomicky aktívni občania, za neekonomicky neaktívnych občanov

- platí odvody štát z rozpočtových kapitol ministerstva zdravotníctva,
- štátnym rozpočtom (zo všeobecných daní občanov),
 - VÚC, mestá a obce (z miestnych daní občanov),
 - súkromnými zdrojmi (spoluúčasť občanov je definovaná zákonom, priame platby občanov, nepovinné zdravotné poistenie),
 - eurofondami z rozpočtu EÚ, nerátajú sa ako dlhodobý zdroj.

Nezanedbateľným zdrojom financovania zdravotníctva sú súkromné zdroje, väčšinou realizované ako priame platby občanov. Z celkových zdrojov verejné zdroje tvoria 77% a súkromné zdroje 23%.

Štruktúru verejných zdrojov tvoria:

1. zdroje zdravotného poistenia 73%

- zamestnanci a zamestnávateľia 40%
- samostatne zárobkovo činné osoby 4%
- samoplatitelia 1%
- ekonomicky neaktívni občania (poistenci štátu) 28%

2. štátny rozpočet (rozpočtové kapitoly) 3%

3. rozpočty VÚC 1%

Celkové výdavky na zdravotníctvo, ako podiel na HDP, sa pohybujú ročne v úrovni 7,0% v závislosti na tvorbe zdrojov. Výdavky na zdravotníctvo na obyvateľa v parite kúpnej sily na Slovensku sú pomerne nízke a tvoria okolo polovice priemeru EÚ. Veľký podiel týchto prostriedkov pohltia farmaceutické výdavky, predstavuje to ročne do 30% , v porovnaní s 16% v krajinách OECD. Farmaceutické výdavky na Slovensku sú 2,2% HDP, v krajinách OECD len 1,5%.

V tomto smere sú všeobecne známe prípady o tom, ako farmaceutické firmy, laboratória, alebo lekárnici motivujú praktických lekárov, alebo špecialistov predpisovať konkrétne lieky, alebo posilať vzorky na vyšetrenie do preferovaného laboratória, alebo odporúčať konkrétnu lekárňu pacientom.

Formálny nárast miezd dlhodobo nie je podložený dostatočnými zdrojmi. Ekonomická situácia nemocníc sa zhoršuje a dlhy voči dodávateľom a do fondov sociálneho zabezpečenia vzrástli. Nízke platy v zdravotníctve sú živnou pôdou pre rast korupcie a pokles kvality zdravotnej starostlivosti. Korupcia je vnímaná ako jeden z najnaliehavejších problémov zdravotníctva.

Transformácia štrnástich príspevkových organizácií na neziskové organizácie v rokoch 1999-2002 mala za následok, že štát strácal kontrolu nad riadením týchto organizácií.

Vysoko ziskové lekárske služby v štátnych zdravotníckych zariadeniach ako je biochémia, rádiológia a dialýza boli privatizované so súhlasom Ministerstva zdravotníctva. To spôsobilo ďalšie zhoršenie finančnej situácii verejných nemocníc. V roku 2003 bola tiež prevedená správa väčšiny zdravotníckych zariadení nižšieho typu zo štátu na regionálnu a miestnu samosprávu.

2. Prejavy korupcie a návrhy na jej zníženie

Korupcia negatívne zasahuje do všetkých oblastí, vrátane zdravotníctva. Indikátorom v tomto smere sú výsledky prieskumov verejnej mienky. Slovenskí občania vnímajú tento problém intenzívne. Pretrváva však vysoká neochota oznamovať prípady korupcie príslušným orgánom (nízka dôvera v orgány štátnej moci).

Reformná vláda by mala presadzovať dlhodobú stratégiu boja proti korupcii, súčasťou ktorej musia byť účinné nástroje na potláčanie korupcie, čo prispeje k efektívnemu využitiu verejných prostriedkov, ich adresnejšiemu prerozdeľovaniu, ekonomickému rastu a tak zvýšeniu kvality života. Verejné zdravotníctvo je na Slovensku dlhodobo vnímané ako najviac postihnuté korupciou. Je to navyše jeden zo sektorov, kde občania často prichádzajú do priameho kontaktu s korupčným správaním. Reformná vláda by mala prijať kroky na zvrátenie tohto stavu a cez postupné znižovanie korupcie zlepšiť celkovú úroveň a kvalitu slovenského zdravotníctva. Zámerom reformnej vlády by malo byť prijatie opatrenia na minimalizovanie korupcie vo všetkých oblastiach a úrovniach zdravotníctva. Očakáva sa od vlády, že bude preto presadzovať opatrenia, ktoré zahŕňajú pacientov, ale aj opatrenia týkajúce sa farmaceutických spoločností súperiacich o verejné prostriedky určené pre zdravotníctvo. V tomto smere je žiaduce zverejňovať obsah zmlúv medzi poskytovateľmi a nemocnicami, finančné indikátory všetkých poskytovateľov, žiadosti farmaceutických firiem do kategorizačnej komisie, kritériá, členov komisie a následne vyhodnotenie žiadostí. Z hľadiska spoločenskej kontroly korupcie je potrebné zaviesť prakticky užívateľský portál pre pacientov umožňujúci výber poskytovateľov, (cenníky, otváracie hodiny, počet oprávnených sťažností z Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, životopisy lekárov, atď.), triedenie a štatistiky, prístup ku dotazníkom pre verejnosť a ďalšie prvky pre posilnenie transparentnosti v zdravotníctve.

Najrozšírenejšia forma korupcie v zdravotníctve na základe vyjadrenia lekárov a pacientov :

- prijímanie peňazí (lekári 46%, pacienti 57%),
- prijímanie vecných darov (lekári 33%, pacienti 21%,

klientelizmus 13%.

- *východného Slovenska* - je v tejto časti krajiny dominujúci korupčný transfer za pomoci peňazí,
- *západného Slovenska* - skôr sa využívajú viaceré formy, hlavne forma peňazí, hmotných darov, ale aj klientelizmu.

Pri najrozšírenejšej forme korupčného správania v zdravotníctve sa pacienti a lekári zhodujú hlavne na forme prijímania peňazí (lekári 46 % a pacienti 57 %) a na druhom mieste na prijímaní vecných darov (lekári 33 % a pacienti 21 %). Lekári považujú prijímanie vecných darov v porovnaní s peniazmi za rozšírenejšie ako pacienti.

U pacientov medzi východným a západným regiónom Slovenska je pozorovateľný rozdiel hlavne vo vnímaní prijímania peňazí a klientelizmu, pričom ostatné formy sú vnímané približne rovnako. Prijímanie peňazí považuje za najčastejšiu formu až 63 % pacientov z východu a 48 % pacientov zo západu. Percentuálny rozdiel, pri oboch skupinách je zapríčinený aj tým, že až 18 % pacientov západného Slovenska za najrozšírenejšiu formu považuje klientelizmus, čo si myslia len 2 % pacientov východu krajiny. To, že druhá najčastejšia forma korupčného transferu je prijímanie darov si myslí skoro rovnaký počet východniarov (21 %) a západniarov (20 %). Ak by sme teda chceli vyvodit' záver na základe vyššie uvedených údajov, tak môžeme skonštatovať, že podľa lekárov a aj pacientov východného Slovenska je v tejto časti krajiny dominujúci korupčný transfer za pomoci peňazí. Čo sa týka západného Slovenska, tak nie badateľný dominujúci typ korupcie, skôr sa využívajú viaceré formy, hlavne forma peňazí, hmotných darov, ale aj klientelizmu. Presnejšie povedané, lekári tam rovnako vnímajú rozšírenosť korupcie formou peňazí a vecných darov a pacienti tam vnímajú za najrozšírenejšiu formu korupcie peňažné transfery, no značné percento upozorňuje aj na klientelizmus a vecné dary.

Aktéri nelegálnych platieb do zdravotníctva:

1. miesto pacienti a dodávatelia liekov 33%
2. Miesto dodávateľa zdravotníckych zariadení 19 %

Intenzita ich „platieb“ sa líši vzhľadom na geografické ukazovatele. Na *východe Slovenska* prichádza najviac „neoficiálnych platieb“ od pacientov a na *západnom Slovensku* naopak od dodávateľov liekov, na čom sa zhodujú lekári aj pacienti.

Korupčné správanie farmaceutických firiem:

- forma hmotných darov (lekári 32%, pacienti 26%)
- protislužba (lekári 30 %, pacienti 35%)
- peniaze (lekári 12%, pacienti 30%)

Názor na formu alebo „typ úplatku“ sa odlišuje hlavne medzi lekármi a pacientmi, a pacientmi východného a západného Slovenska.

Na západnom Slovensku pacienti uvádzajú formu peňažnú (34 %), následne protislužbu (30 %) a formu hmotných darov (25 %). Na východe krajiny za najčastejšiu formu korupcie pacienti udávajú hlavne protislužbu (39 %), potom formu peňazí (27 %) a hmotných darov (27 %).

Korupčné správanie pacientov:

- hmotné dary do 20€ (lekári 61%, pacienti 42%),
- finančná forma (lekári 33%, pacienti 51 %)

Názor na formu alebo „typ úplatku“ sa odlišuje hlavne medzi lekármi a pacientmi východného a západného Slovenska.

Vzhľadom k tomu, že hmotné dary do 20 eur uvádzajú lekári, ale aj pacienti západného Slovenska ako najčastejšiu formu „úplatku“, môžeme predpokladať isté preferovanie tejto formy korupcie na západe Slovenska. Naopak, podľa názoru lekárov a pacientov východného Slovenska môžeme povedať, že na východe krajiny sa preferuje v korupcii finančná hotovosť pred hmotným darom.

3. Ekonomizácia pacienta

Najrozšírenejším prejavom ekonomizácie pacienta je zavádzanie stále širšej palety vyberania poplatkov za zdravotnícke úkony poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Tento fenomén sa začal uplatňovať za ministra zdravotníctva Rudolfa Zajaca legislatívnou úpravou zákona zavedením tzv. „ Zajacových dvadsaťkorunáčok „. Následne to odštartovalo lavínu poplatkov pacientov v ordináciach.

Najčastejšie poplatky v ambulanciach sú:

- potvrdenie o návšteve lekára,
- potvrdenie prihlášky na VŠ,
- vyšetrenie na vodičský preukaz,
- vypísanie receptu,
- odporúčania do kúpeľov,
- doklady pre poisťovňu, banku,
- poplatky za klimatizáciu a televízor v čakárni,
- za fotku ešte nenarodeného bábätka zo sono vyšetrenie,

- za zaklopanie na dvere ambulancie.

Pestré až šokujúce sú poplatky zubárov, vrátane tých, ktorí majú zmluvný vzťah s poisťovňou:

- plomba 10 – 40 €,
- odstránenie zubného kameňa 20€,
- vytrhnutie zuba 30 – 35€.

Zoznam, za čo všetko lekári môžu vyberať poplatky a do akej výšky, neurčuje nijaký zákon. Lekári si ich stanovujú sami podľa vykalkulovaných nákladov. Niektorí poznajú mieru, ale nájdu sa takí, čo využívajú existujúci stav siete, že pacient nemá šancu vyhľadať v širokom okolí lacnejšiu alternatívu.

Lekári sa bránia, že poplatky vyberať musia, inak by množstvo výkonov robili prakticky zadarmo. Je na rozhodnutí lekára, či uzavrie zmluvy s poisťovňami, ktoré mu budú garantovať isté sumy za ošetrovanie - a nepreplácané výkony dá zaplatiť pacientovi. Alebo bude fungovať mimo poisťovného systému a vtedy môže žiadať na ruku celú sumu za starostlivosť, čo je veľmi časté práve v prípade zubárov.

Zväčša lekári dajú len akúsi potvrdenku, ktorá však nie je daňový doklad. V tomto smere začína prevažovať názor, že aj lekári by mali používať registračnú pokladňu na vydanie daňového dokladu za platbu od pacienta.

Rozdielne poplatky u rôznych lekárov za tie isté služby zdôvodňujú lekári nerovnakými podmienkami pri výkone praxe. Niekde lekár platí vyššie nájomné, inde má inú štruktúru pacientov. Lekári tiež argumentujú tým, že zhodné ceny by mohli v tomto smere svedčiť o akejsi neprípustnej kartelovej dohode. Pacient má možnosť výberu a nemusí poplatky konkrétneho lekára akceptovať. Prakticky to má však priamu nadväznosť na dostatočnosť zdravotníckej siete v regióne.

Bežným argumentom lekárov pri vyberaní poplatkov je odvolávanie sa na zaužívanú spoločenskú prax v iných odvetviach hospodárstva. Napríklad potvrdenie z registra trestov tri eurá, parkovacia hodina viac ako euro, poplatky v bankách, hodina opravy auta viac ako 30 eur. To mlčky prehliadame a platíme. Len roky poddimenzované hodnotenie výkonov zdravotnej starostlivosti, či mzdy lekárov a sestier nikomu neprekážajú, samozrejme len s výnimkou zdravotníkov.

Pre zabezpečenie regulácie uplatňovaných poplatkov by mal pacient vedieť že:

- na dverách lekára má visieť cenník úkonov za priamu platbu. Pacient by si ho mal už pred vstupom do ambulancie poriadne preštudovať a ak ho neakceptuje, môže vyhľadať iného lekára s nižšími cenami alebo bez priamych platieb za daný úkon,
- pred začatím každého plateného úkonu musí lekár pacientovi oznámiť, že je spoplatnený, bez jeho súhlasu ho nemôže vykonať,
- za spoplatnený úkon musí lekár pacientovi vystaviť riadny účtovný doklad, bez neho má pacient malú šancu uspieť so sťažnosťou na neprimeranú platbu,
- platiť treba lekárovi za úkony, ktoré zdravotná poisťovňa zo zákona neuhrádza. Ide najmä o vyšetrenie spôsobilosti viesť motorové vozidlá, na držbu zbrane či vystavenie zdravotného preukazu, na prítomnosť alkoholu v krvi, posúdenie zdravotného stavu pre štúdium či pobyt detí v spoločných zariadeniach, vstupnú prehliadku do zamestnania, pacientom vyžiadané laboratórne testy a pod.,
- poplatky môže lekár žiadať za rôzne potvrdenia, napr. pre školu, zamestnávateľa, Sociálnu poisťovňu, úrad práce, za opakované vystavenie receptu, výpis zo zdravotnej dokumentácie, záznam z CT alebo sonografického zariadenia a pod., ale aj za nadštandard v ambulancii, napr. televízor, klimatizáciu, luxusný nábytok a pod.,
- niektorí lekári za poplatok poskytnú aj číslo mobilu pre prípadné konzultácie, alebo na požiadanie vykonajú návštevu u chorého pacienta v domácnosti, výnimkou však nie sú ani platby za použitie cudzieho jazyka v komunikácii s pacientom, napísanie lekárskej správy v cudzom jazyku, za nenahlásenie zmeny poisťovne a pod.,
- zo starostlivosti o zuby poisťovne pacientovi zaplatia iba štandard, za kvalitnejšie materiály a nadštandardné zákroky si musí doplatiť, takisto aj za použitie nadštandardných prístrojov, medikamentov a pod.

Literatúra:

(1) KOTLER, P.; CASLIONE, J.A. *Chaotika*. Bratislava: E astone Books. ISBN 978-80-8109-114-8.

(2) KOVÁČ, E.; *Zdravotné poistenie*. Bratislava: Herba, spol. s.r.o. ISBN 978-80-89171-62-0.

(3) MUŽIK, R.: *Analýza korupcie v zdravotníctve na Slovensku*, Diplomová práca, 2011, UK

(4) Ústava Slovenskej republiky

(5) Zákon č. 438/2012 Z. z. o štátnom rozpočte

(6)http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page_pageid=1090,30070682,1090_33076576&_dad=portal&_schema=PORTAL

Kontaktná adresa:

Ing. Miroslav Kollár

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

Nám.1. mája č. 1, 810 00 Bratislava,

E-mail:kollar.vsz@gmail.com

POISŤOVŇA-PACIENT-PERSONÁL

M. Faško, V. Úraz, R. Babel'a

Abstrakt

Na začiatku 21. storočia je okrem iných naliehavých globálnych problémov spoločnosti jeden z najdiskutovanejších - problematika hospodárskej a ekonomickej celosvetovej krízy a jej dopadov na spoločnosť. Slovenská republika pristúpila v roku 2004 k európskemu spoločenstvu na základe splnenia prísnych kritérií, ktoré zahŕňali fungujúce trhové hospodárstvo, stabilnú demokraciu, princípy právneho štátu, prevzatie právnych predpisov EÚ a zavedenie meny euro. Slovensko sa tak stalo riadnym členským štátom Európskej únie. V tomto kontexte je o to potrebné diskutovať o postavení občana – pacienta v systéme slovenského zdravotného poistenia a uhrádzania zdravotnej starostlivosti, o systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti a jej dostupnosti, o kvalite, o primeranosti a opodstatnenosti jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Dôležité je akcentovať spoluúčasť občana – pacienta v systéme zdravotnej starostlivosti aj z pohľadu neustále sa meniacej legislatívy, nejasnej dlhodobej vízie smerovania slovenského zdravotníctva, prebiehajúcej transformácie zdravotníctva, jej komercializácie, vývoja a poznania, inovácií a trendov.

Kľúčové slová: pacient, zdravotná starostlivosť, poskytovateľ, efektívnosť, eHealth

Abstract

Insurance company – patient – staff. There are several important and urgent global problems in 21st century. One of the most important issue is the problem of global economic crisis and its effect on society. In 2004 Slovakia became part of EU after fulfilling difficult economic and political criteria, also in healthcare. In the light of current global and local economic problems it is very important to discuss position of patient, as individual, from the aspect of the healthcare delivery, healthcare insurance, quality of healthcare and adequate and appropriate care. Other important aspects that need to be considered are reforms, healthcare transformation, changes in law, innovations and new trends.

Key words: patient, healthcare, effectiveness, eHealth

Pacient napriek garantovanej bezplatnej zdravotnej starostlivosti podľa čl.40 Ústavy SR nie je informovaný čoho sa konkrétne týka bezplatná zdravotná starostlivosť, určená na základe zdravotného poistenia, pritom je povinný zo zákona si plniť odvodovú povinnosť na verejné zdravotné poistenie. Občan sa prakticky nezaujíma o výšku nákladov spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a efektívnosti čerpania jednotlivých výkonov za poskytovanú zdravotnú starostlivosť a ani nerozhoduje o výške a platbách za výkony poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Medzi jedny z príčin nekonečne narastajúcich výdavkov v systéme zdravotníctva môžeme pokladať aj z dôvodu ľahostajného prístupu časti obyvateľstva k svojmu zdravotnému stavu, ignorovanie prevencie a taktiež liečebných postupov, ktorý má za následok nárast výskytu civilizačných ochorení a chorôb ako aj ďalších problémov súvisiacich s nezdravým životným štýlom.

Poist'ovňa ako platca za poskytovanú zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s ňou, sa rozhoduje koľko, kedy a komu zaplatí podľa možností svojho rozpočtu a na základe uzatvorených zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti za svojho poistenca - pacienta. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný poskytnúť neodkladnú zdravotnú starostlivosť všetkým občanom – pacientom v rozsahu a na základe vydaného rozhodnutia (v prípade všeobecných nemocníc, všeobecných ambulancií pre deti, dorast a dospelých, špecializovaných ambulancií je to príslušný samosprávny kraj, v prípade fakultných a univerzitných nemocníc a zložiek záchrannej zdravotnej služby je to Ministrestvo zdravotníctva SR) v daných špecializačných odboroch a za podmienok zmluvne dohodnutých so zdravotnými poisťovňami. Poslaním zdravotníctva je významne prispievať k zvyšovaniu kvality života občanov prostredníctvom znižovania úmrtnosti, chorobnosti, trvalých a dočasných následkov chorôb a úrazov poskytovaním zdravotnej starostlivosti, pôsobením verejného zdravotníctva ako aj podporou individuálnej starostlivosti o zdravie.

Možnosťou znižovania nákladov v systéme zdravotníctva je jeho elektronizácia. Okrem zníženia nákladov spočíva význam elektronizácie a informatiky v zdravotnom systéme aj zvýšením kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, v zefektívnení tokov zdravotných informácií a teda aj zlepšenia postavenia občana – pacienta v zdravotnom systéme danej krajiny, ale aj v rámci celej Európskej únie. Informatizácia zdravotníctva sa stala časťou stratégie vytvorenia informačnej spoločnosti, známej ako Lisabonská stratégia prijatá v marci 2000 najvyššími predstaviteľmi štátov a vlád členských štátov EÚ na rokovaní v Lisabone.

eHealth ako pojem bol prijatý v roku 2003 na porade ministrov zdravotníctva EÚ pre „používanie moderných informačných a komunikačných technológií pre naplnenie potrieb občanov, pacientov, zdravotníckych pracovníkov, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ako aj tvorcov zdravotnej politiky“¹ V rámci akčného plánu eEurope 2005 sa eHealth stal jednou z 10 priorít tohto plánu. Medzi jeho ciele patrilo poskytovanie elektronických zdravotníckych služieb a zdravotníckych informácií pacientom i zdravotníckym pracovníkom v celej Európe, zároveň boli riešené aj otázky informačnej bezpečnosti. Poslaním

¹ (E-Health:Current Situation and Examples of implemented and Beneficial E-Health Applications, I.Iakovidis, P.Wilson and J.C.Healy, 2006,str.35)

elektronického zdravotníctva je prostredníctvom informačno-komunikačných technológií prispieť ku kvalitnejšej zdravotnej starostlivosti a k vyššej efektívnosti celého zdravotného systému v SR, teda podpora poslania zdravotníctva.

Cieľom je poskytnutie správnych informácií v správny čas a na správnom mieste. Zavedenie funkčného systému bol vo vyspelých štátoch dlhodobým procesom. Implementácia v SR je plánovaná do roku 2018. Zaostávanie elektronizácie oproti vyspelým krajinám EÚ je 7 až 10 rokov. V rámci implementácie eHealth prebieha niekoľko desiatok jednotlivých projektov, ktoré sú riadené národným centrom zdravotníckych informácií. Nosným a realizovaným projektom v prvej fáze je národný projekt Elektronické služby zdravotníctva (eSO1).

Príklady jednotlivých funkčných celkov – domén: Národný zdravotný portál (NZP); Elektronická zdravotná knižka občana (EZKO) informačný portál pre širokú laickú i odbornú verejnosť; ePreskripcie – eMedikácie ako náhrady papierových receptov; eAlokácie – efektívny manažment pacienta a elektronické objednávanie; Telemedicína; Manažment zdravotníckych informácií, epSOS (EÚ projekt pre komunikáciu národných eHealth systémov); Elektronické verejné zdravotníctvo; Elektronická zdravotná knižnica; Integrácia NIS s národným eHealth.

Záverom, charta základných práv pacienta² poukazuje na to, že každý jednotlivec má právo na prístup k všetkým druhom informácií týkajúcich sa jeho zdravotného stavu, zdravotníckych služieb a ich využívania a všetkého, čo je dostupné na základe vedeckého výskumu a technickej inovácie. Služby zdravotníckej starostlivosti, poskytovatelia týchto služieb a odborní pracovníci musia poskytovať informácie s prispôbením pre potreby pacienta, zvlášť s ohľadom na náboženské, etnické lebo jazykové špecifiká pacienta. Zdravotnícke služby sú povinné sprístupňovať všetky informácie v ľahko dostupnej forme, a to odbúraním byrokratických prekážok, poučovaním a zaškoľovaním poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti, a prípravou a distribúciou informačných materiálov. Každý jednotlivec má právo na priamy prístup k informáciám o vedeckom vývoji, farmaceutickej starostlivosti a technologickej inováci. Tieto informácie môžu pochádzať zo štátnych alebo súkromných zdrojov, pokiaľ vyhovujú kritériám presnosti, spoľahlivosti a transparentnosti. Zároveň máme právo napríklad aj na inovácie: „Každý jednotlivec má právo na prístup k inovovaným metódam, vrátane diagnostických metód, v zmysle medzinárodných noriem, a nezávisle na ekonomických alebo finančných okolnostiach“.

² Ministerstvo zdravotníctva SR – Európska charta práv pacientov
<http://www.zdravie.sk/clanok/29801/ministerstvo-zdravotnictva-sr#12-europska-charta-prav-pacientov>

Kontaktná adresa:

Katedra ekonomiky a manažmentu v zdravotníctve

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Námestie 1. mája

Bratislava, 810 00

Email: marian@fasko.sk

INTERAKTÍVNE PONÍMANIE LEKÁRSKEJ A SESTERSKEJ STAROSTLIVOSTI VO VZŤAHU K PACIENTOVI

A. Imrichová

Abstrakt

V príspevku sa zaoberáme osobou pacienta a jeho ponímaním lekára a zdravotných sestier, poskytujúcich mu zdravotnú starostlivosť. Ďalej sa zaoberáme kódexom profesionálneho prístupu, etickými aspektami implementovanými vo vzťahu k pacientovi, empatickou komunikáciou, zručnosťami pre komunikáciu s empatiou a možnosťami zvyšovania empatie a empatickej komunikácie lekárov a sestier.

Kľúčové slová: Interakcia pacient a lekár, interakcia pacient a zdravotná sestra, empatická komunikácia, zvyšovanie zručnosti empatickej komunikácie.

Abstract

Interactive understanding of the medical and nursing care in relation to patient. The article dealt with a person of the patient and his conception of a doctor and nurses, providing him medical care. We are also engaged Code professionalism, ethical aspects implemented in relation to the patient, empathic communication, skills for communicating with empathy and the possibility of empathy and empathetic communication of doctors and nurses.

Keywords: Interaction of patient and physician interaction and patient nurse empathy of communication, improving communication skills of empathy.

„Život je krásny, a byť zdravým človekom je dar, ktorý je hodné si vážiť. Užívať si život plným priehrštím a nemať starosti so zdravím je tá najúžasnejšia vec, ktorú nám život do istého času ponúka.“

Ak ochorieme, a ktokoľvek z nás sa stáva pacientom, ocitáme sa v lekárskej starostlivosti, ako osoba, ktorá sa lieči (Cudzieslova.sk).

1. Školský vzdelávací program a empatická profesijná komunikácia

Základ a ponímanie interakcie pacient – zdravotná sestra a lekár, má počiatky už v štúdiu na strednej škole v predmetoch psychológia, pedagogika, profesijná komunikácia, zdravotnícka etika, neskôr na vysokej škole, a v ďalšom kroku v zamestnaní a praxi.

Pri dôkladnom skúmaní Školského vzdelávacieho programu pre zdravotné školy môžeme poznamenať, že na základných školách prvky správnej komunikácie nie sú zaradené vôbec, na stredných zdravotných školách sú zaradené prvky profesionálnej komunikácie počas dvoch rokov v rámci 1 hodiny týždenne, prípadne 1hod teória/1hod.cvičení t.j. spolu dve hodiny týždenne, prevažne v prvých dvoch ročníkoch strednej školy. Vzhľadom na to, že

je práca zdravotných asistentov, sestier i lekárov pomerne náročná, považujeme toto množstvo hodín v školskom vzdelávacom programe za nedostačujúce, a navrhujeme venovať pozornosť profesijnej komunikácii s pacientom viac času aj v posledných dvoch ročníkoch. Ďalej považujeme za primerané zaradiť okrem teórie profesijnej komunikácie, workshopy, praktické tréningy a praktické cvičenia, pre správnu empatickú komunikáciu s pacientmi najmä v posledných ročníkoch štúdia, aby boli jednotliví zdravotnícky asistenti, sestry, a lekári trénovaní, tak aby vzdelávanie a poznatky z oblasti empatického vyjadrenia a komunikácie v praxi mohli jednoznačne uplatniť už v počiatkoch svojej praxe.

Možno povedať, že dnes v čase hospodárskej krízy a veľkých ekonomických a sociálnych zmien vo svete, preto čoraz viac vyvstáva potreba výchovy mladých ľudí k správnym postojom, empatii, morálnym a etickým hodnotám, sociálnemu cíteniu, emocionálnej inteligencii a profesionálnej komunikácii (Imrichová, 2010).

Tento výchovný aspekt je o to viac dôležitý pri výchove a vzdelávaní budúcich zdravotných sestier, asistentov, lekárov i sociálnych pracovníkov, ktorých hlavným cieľom bude opatera, starostlivosť a pomoc pacientom.

Profesia zdravotnej sestry – ošetrovateľky je tradične spojená s morálnymi nárokmi. Nejde len o odborné vedomosti a zručnosti, ale tiež schopnosť eticky jednať s ľuďmi a vedieť spolupracovať. Keď sestra hľadá blaho chorého, nemusí to byť aj záujem pacienta a cieľ rodiny pacienta (Ivanová et al., 2005, s. 45).

Cieľom činnosti sestry je pomôcť pacientovi čo najskôr a v čo najväčšej miere adaptovať sa na zmenené prostredie a získať samostatnosť v uspokojovaní potrieb. Významným predpokladom spolupráce sestry a pacienta je akceptovanie jeho subjektívneho prežívania pri uspokojovaní potrieb, čo si vyžaduje od sestry holistický prístup k pacientovi (Farkašová et al. 2001, s. 61).

Prvý kódex práv pacientov vznikol v roku 1971 a formuloval ho lekárnik David Anderson z Virgínie (USA). O rok neskôr v roku 1972 prijala Asociácia amerických nemocníc vlastné práva pacientov. Práva pacientov sú morálnym kódexom. Je to hľadanie kompromisu medzi potrebami chorých a možnosťami spoločnosti.

2. Etický kódex sestry a Medzinárodný etický kódex sestier

Dôležitým dokumentom dotýkajúcim sa pacienta, ale i zdravotných sestier je Etický kódex sestry a Medzinárodný etický kódex sestier vypracovaný Medzinárodnou radou sestier, v ktorom sú určené ciele a hodnoty, morálne záväzky, a etické normy pre správanie sa zdravotných pracovníkov pri výkone svojho povolania. Najzákladnejšie z nich sú:

- a. úcta k človeku a rešpekt k ľudskému životu,
- b. autonómia- sebaurčenie jednotlivca,
- c. konanie dobra,
- d. vyhýbanie sa spôsobeniu škody,
- e. zachovávanie mlčanlivosti,
- f. pravdovravnosť, spoľahlivosť a spravodlivosť v konaní voči ľuďom.

Základne body etického kódexu sestry

1. Sestra si váži ľudský život, ľudské práva a dôstojnosť pacienta a poskytuje mu ošetrovateľskú starostlivosť bez ohľadu na pohlavie, etnickú skupinu, rasu, náboženstvo, kultúru, sexuálnu orientáciu, sociálne postavenie a politické presvedčenie.
2. Sestra ochraňuje právo klienta na súkromie tak, že uvážene chráni informácie dôverného charakteru. Povinnosti mlčanlivosti môže byť zbavená, ak dá klient – pacient k tomu výslovný súhlas alebo ak to zákon ustanovuje.
3. Sestra koná tak, aby ochránila klienta v prípadoch, keď je zdravotná starostlivosť a bezpečnosť klienta ohrozená nekompetentným, neetickým alebo nezákonným konaním niektorého člena zdravotníckeho tímu alebo inej osoby.
4. Sestra je povinná sústavne prehľbovať svoje teoretické vedomosti a praktické zručnosti, udržiavať si profesionálny výkon povolania v súlade s aktuálnymi vedeckými poznatkami v ošetrovateľstve a ďalších s ošetrovateľstvom súvisiacich vedeckých disciplínach.
5. Sestra je osobne zodpovedná za ošetrovateľské rozhodnutia a výkony, ktoré vykonáva samostatne alebo v spolupráci s lekárom.
6. Sestra je zodpovedná za profesionálnu kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti. Zúčastňuje sa na formulovaní, realizácii a hodnotení noriem(štandardov)ošetrovateľstva.
7. Sestra pri preberaní zodpovednosti za úlohy, ktorými bola poverená zdravotníckymi pracovníkmi, je oprávnená ich prijať len vtedy, ak si je istá, že je spôsobilá na ich výkon z hľadiska svojho vzdelania, vedomostí, schopností a rozsahu skúseností. Rovnako musí postupovať pri delegovaní ošetrovateľských úkonov na iné osoby.
8. Sestra sa zúčastňuje na činnostiach, ktoré prispievajú k rozvoju teoretickej základne ošetrovateľstva, ako aj na aplikácii vedeckých poznatkov do ošetrovateľskej praxe.
9. Sestra sa podieľa na profesionálnom úsilí o dosiahnutie a udržanie takých pracovných podmienok, ktoré vyústia do vysokej kvality ošetrovateľskej starostlivosti.
10. Sestra sa podieľa na výchove verejnosti k zdravému spôsobu života, podpore a udržiavaní zdravia a na ochrane verejnosti pred nesprávnymi informáciami.

11. Sestra spolupracuje so zdravotníckymi pracovníkmi a s inými pracovníkmi v zdravotníctve, s orgánmi štátnej správy a orgánmi územnej samosprávy a s občianskou verejnosťou pri rozvoji a zjednocovaní úsilia spoločnosti o uspokojovanie zdravotných potrieb obyvateľstva.

3. Aspekty empatickej komunikácie

Podľa výskumu (Institút for healthcare komunikation) je zrejmé, že pacienti pri poskytnutí správnej komunikácie zo strany sestier a lekárov sú schopní dospieť k zlepšeniu svojho zdravotného stavu, a prijať preventívne zdravotné správanie. Ukazuje sa, že ak zdravotný personál je schopní prejaviť súcit, vcítiť sa, počúvať a vysvetliť pacientovi situáciu, a potrebné úkony, tak tieto prvky empatie v komunikácii majú veľký vplyv na biologické a funkčné výsledky zdravia, a tak isto podnecujú aj spokojnosť pacienta so zdravotnou starostlivosťou.

Pri skúmaní komunikácie a interaktívnych vzťahov je dôležitá skutočnosť, že zdravotné sestry trávajú s pacientom viac času pri ošetrovaní a liečbe, ako ošetrojúci lekári. Preto sú zdravotné sestry informovanejšie o zdravotnom stave pacienta, aj keď zodpovednosť za rozhodnutie o liečbe má ošetrojúci lekár.

Pri skúmaní otázky, či má pacient dobrý vzťah s ošetrojúcim lekárom je namieste otázku pretransformovať na otázku, či má pacient dobrý vzťah s ošetrojúcim tímom, ktorí sa oňho stará. Vyvstáva potreba uvažovať o spokojnosti vo vnútri pracovného zdravotníckeho tímu.

Podľa „Team STEPPS“ komunikácia medzi členmi tímu zdravotníckeho zariadenia ovplyvňuje kvalitu pracovných vzťahov v tomto tíme. Spokojnosť v zamestnaní sa síce javí ako sekundárny faktor, ale s hlbokými dôsledkami na komunikáciu s pacientom, vzťahu k pacientovi, v bezpečnosti pacienta, odstránení rizika chybnéj diagnózy, či zanedbania starostlivosti.

Podľa Larsona existuje priamy vzťah medzi úrovňou spokojnosti sestier a lekárov, a ich schopnosťou budovať „teplé“ vzťahy, a starostlivosť s pacientami. Larson uvádza, že ak je zdravotnícky personál v práci spokojný, vzniká aj vzájomná podpora v tíme.

Ak nie je v zdravotníckom zariadení dostatočná empatická a efektívna komunikácia, meno tohto zariadenia nestúpa a neupevňuje sa ako dobré, s kvalitne poskytujúcou starostlivosťou. Efektívna komunikácia teda prináša úspechy nielen zdravotníckemu zariadeniu, ale tiež pozitívne výsledky pre liečbu samotného pacienta. Pri efektívnej a empatickej komunikácii sa pacient adekvátne zúčastňuje liečby, je zainteresovaný na liečbe

osobne, viac sa snaží o dodržiavanie liečby, a riadi sám seba v súlade s podmienkami pre zlepšenie jeho stavu.

Správna empatická a efektívna komunikácia sa spočíva hlavne v primeraných komunikačných vyšetreniach, správnomu načúvaní, empatii, ako spôsobu správnej reakcie na potreby, a primárne hodnoty jednotlivých pacientov.

Podľa výskumu (Health Care Quality Survey) bolo zistené, že 25% respondentov uvádza ako dôvody prečo, nepočúvli svojho lekára v zdravotníckom poradenstve práve tieto dôvody:

39% nesúhlasilo s tým, čo lekár chcel urobiť (pokiaľ ide o odporúčanú liečbu)

27% boli znepokojení cenou

25% z nich uviedli, že inštrukcie bolo príliš ťažké sledovať

20% uviedlo, že boli proti ich osobnému presvedčeniu

7% uviedlo, že nepochopili, čo majú urobiť

Podľa ďalších (Health Care Quality Survey) výskumov je zrejmé, že k základným prvkom tvoriacim spokojnosť pacientov patrí:

Očakávanie: Poskytnúť pacientovi rozprávať svoj príbeh.

Komunikácia: Spokojnosť pacientov zvýši, ak členovia tímu zdravotnej starostlivosti vysvetlia jasne informácie, a snažia sa pochopiť pacienta na základe svojich možností a skúseností.

Ovládanie: Spokojnosť pacientov je lepšia, ak sú pacienti povzbudzovaní k vyjadreniu svojich pocitov, myšlienok, obáv a očakávaní.

Rozhodovanie: Spokojnosť pacientov sa zvyšuje, ak boli uznané ich fyzické funkcie, a ich sociálne a duševné fungovanie.

Kontinuita starostlivosti: Spokojnosť pacientov sa zvyšuje, ak sa im dostane trvalej starostlivosti od rovnakého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Dôstojnosť: pacienti, ktorí sú liečení s úctou oznamujú väčšiu spokojnosť.

Team: Aj keď pacienti vyjadrujú prvú spokojnosť, či nespokojnosť so svojím lekárom, pacienti si tiež cenia, alebo necenia tím, s ktorým lekár pracuje.

4. Tréningy empatickej komunikácie

V zahraničí bolo uskutočnených niekoľko tréningov pre zlepšenie efektivity empatickej komunikácie pre budovanie pozitívnej interakcie medzi pacientom, zdravotníkmi sestrami a lekármi. Uvádzame niektoré z nich:

Časť 1: Zručnosti empatickej komunikácie

- Model komunikácie srdca k srdcu ("hlava-k-srdcu")
- Prehľad zručností pre komunikáciu so srdcom
- Osvojenie zručností , ako predpoklad pre komunikáciu s empatiou
 - prítomnosť
 - všímavosť
 - rýchle pripojenie k osobe pre cítenie empatie

Časť 2: Jazyk empatie

- Zručnosti pre rozprávanie jazykom empatie
 - Potvrdzovanie pocitov
 - Vyjadrenie empatie neverbálne
 - Vysvetlenie pozitívneho úmyslu "pre vás"
 - Bezúhonné ospravedlnenie

Časť 3: Empatia spolupracovníkov

- Empatia u spolupracovníkov a medzirezortné vzťahy
- Nosenie empatických okuliarov s kolegami a kolegami ostatných oddelení
- Budovanie dôvery: Posilňovanie spolupracovníkov a ďalších oddelení
- Ako riešiť obavy priamo s empatiou
- Ako uskutočniť tvrdé rozhovory s empatiou

Časť 4: Vybavovanie sťažností s empatiou.

- Vybavovanie sťažností na ľudí - s empatiou
- Komunikácia preskúmaná s empatiou
- Ako predchádzať a vybavovať sťažnosti s empatiou

Záver

Ak je interaktívny vzťah medzi pacientom a zdravotnými sestrami, i lekárom empatický a pozitívny, generujú sa u pacienta pozitívne výsledky, ktoré majú za následok odstránenie strachu a úzkosti, primeranú liečbu, väčšiu zainteresovanosť pacienta, lepšiu psychickú klímu blízkých príbuzných, a v konečnom dôsledku pozitívne odporúčania daného pacienta smerom k iným pacientom. Znalosti a zručnosti empatickej komunikácie je potrebné osvojiť si a trénovať zdravotníckymi pracovníkmi už počas štúdií, zaradením praktických tréningov a workshopov do školských vzdelávacích programov. Takto vznikne záruka, že budú zručnosti v empatickej komunikácii a interakcii smerom k pacientovi včas a primerane použité.

Literatúra:

- (1) *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. [cit. 15.09.2010]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf.
- (2) FARKAŠOVÁ, D. et al. 2001. *Ošetrovateľstvo – teória*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001. 135 s. ISBN 80-8063-086-0.
- (3) HEGYI, L. et al. 2000. *Práva pacientov v Slovenskej republike*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva SR, 2000. 47 s. ISBN 80-968465-0-7.
- (4) Imrichová, A.: *Sociálno- ekonomická kríza spoločnosti a jej dôsledky pri vytváraní emocionálnej inteligencie u mladých ľudí*, SAD PU, Prešov, 2011.
- (5) Imrichová,, A.: *Sociálna práca a vytváranie sociálneho cítenia u mladých ľudí*, SAD PU, Prešov, 2010.
- (6) Imrichová,, A, HANGONI, T.: *Manažment a jeho aplikácia v sociálnej práci*. Diecezjalny osrodek kultury prawoslawnej ELPIS Gorlice 2010, s.115. ISBN 978-83-928613-4-8.
- (7) IVANOVÁ, K. et al. 2005. *Multikultúrne ošetrovateľstvo I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- (8) KUČEROVÁ, S. Človek. *Hodnoty. Výchova*. 1. vydání. Prešov : Grafotlač, 1996. 23 s. ISBN 80-85668-34-3.
- (9) Larson EB, a Yao, X.: *Klinická empatia ako citová práca vo vzťahu pacienta s lekárom*. Journal of American Medical Association,,(2005).
- (10) TSCHUDIN, V. *Ethics in Nursing. The Caring Relationship*. 3.vydání. London: Elsevier, 2003. 218 s. ISBN 0-7506-5265-9.
- (11) *Team stratégie a nástroje pre zvýšenie výkonu a bezpečnosti pacientov* (TeamSTEPPS), Ministerstvo obrany a agentúry pre výskum zdravotnej starostlivosti a kvality <http://www.ahrq.gov/qual/teamstepps/>
- (12) <http://www.teraz.sk/zdravie/sestry-odmietaju-posilnenie-kompetenci/22124-clanok.html>
- (13) <http://www.vusch.sk/editor/file/Osetrovatelstvo/kodex.pdf>
- (14) <http://referaty.aktuality.sk/eticke-aspekty-osetrovatelstva-v-pediatrici/referat-5736>
- (15) http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/hl_monograph.pdf

Kontaktná adresa:

PaedDr. Anna Imrichová ,

Vyšná Šebastová, 08006 Prešov, anna.imrichova@gmail.com

PORADENSTVO A SLUŽBY PRE RODINY DETÍ S PORUCHOU SLUCHU

K. Gušťaříková

Abstrakt

Príspevok pojednáva o poskytovaní poradenských služieb, zabezpečovanie poradenskej starostlivosti predovšetkým o rodiny a ich klientov so sluchovým postihnutím. V príspevku popisujeme poskytovateľov týchto služieb, zameriavame sa na špecifiká poradenskej práce pre klientov so sluchovým postihnutím. Upozorňujeme na kvalitu služieb, popisujeme aj ďalšie skupiny osôb a formy poradenskej práce pre klientov so sluchovým postihnutím.

Kľúčové slová: poradenstvo, podporné služby, intervencia, špecifiká poradenskej práce pre klientov so sluchovým postihnutím, tímová spolupráca, kvalita služieb,

Abstract

Counseling and services for families of children with hearing impairment. The article deals with the provision of consultancy services, providing care, counseling for families and especially their clients with hearing impairment. This paper deals with service providers, we focus on specific consulting work for clients with hearing disabilities. Note the quality of service; describe other groups of persons and forms of consultancy work for clients with hearing disabilities.

Keywords: Counseling, Support services, intervention, specific needs of the individual working the client with hearing impairment, team's co-operation, quality of service

Poradenstvo v súčasnosti chápeme ako sústavu služieb a programov, ktorú poskytujeme klientom ohrozeným v sociálnom, biologickom a psychickom vývoji, klientom so zdravotným postihnutím a ich rodinám s cieľom eliminovať, prípadne zmierňovať dôsledky postihnutia a poskytnúť rodine, dieťaťu a spoločnosti predpoklady sociálnej integrácie.

Za jednu z podmienok poskytovania poradenskej služby pre klientov so sluchovým postihnutím (**d'alej len SP**) a ich rodine považujeme, že **služba by mala byť dostupná pre všetkých klientov** a to **finančne, ekonomicky, regionálne, odborne**.

Poradenské služby sú poskytované spravidla niekoľkými rezortmi, inštitúciami, resp. organizáciami:

Zdravotníctvo: Táto oblasť zahŕňa predovšetkým odbornú medicínsku starostlivosť, preventívnu starostlivosť o matku v priebehu tehotenstva, diagnostikovanie poruchy sluchu – sluchový skríning. Od roku 2006 je u nás zavedený celoplošný sluchový skríning.

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 350/2005 Z. z. vydalo: Odborné usmernenie pre včasnú diagnostiku poruchy sluchu u novorodencov a detí . Toto odborné usmernenie nadobúda účinnosť od 1. mája 2006. Číslo: 25940-7/2005 - OZS . Dňa: 20. marca 2006.

Do oblasti medicínskej starostlivosti teda zaraďuje diagnostikovanie poruchy sluchu a následne pridelenie načúvacích prístrojov, prípadne inú formu kompenzácie – pridelenie adekvátnych protetických pomôcok. Ďalej do tejto zaraďujeme aj komplexnú lekársku rehabilitáciu pre klientov so sluchovým postihnutím.

Školstvo: táto oblasť zahŕňa edukáciu detí so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, v našom prípade ide o edukáciu detí a žiakov so zdravotným znevýhodnením – so sluchovým postihnutím . Medzi základné zložky poradenského systému v súčasnosti podľa platnej legislatívy patria:

Centrá pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie

Centrá špeciálno-pedagogického poradenstva

Zariadením výchovného a poradenstva sa zaoberá Vyhláška Ministerstva školstva SR zo 6. augusta 2008 o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie.

Rezort Ministerstva Práce, sociálnych vecí a rodiny: zabezpečuje predovšetkým sociálnu starostlivosť o dieťa a rodinu aj so zdravotným postihnutím. Táto oblasť zahŕňa pomoc na zmiernenie sociálnych dôsledkov – predovšetkým má významný vplyv na ekonomickú funkciu rodiny – možnosti kompenzácií, rodičovský príspevok na dieťa, pridelenie finančných prostriedkov na kompenzáciu sociálnych dôsledkov, posúdenie, či ide o občana s ťažkým zdravotným postihnutím.

Tretí sektor (mimovládne organizácie, občianske združenia, dobrovoľnícky sektor:)

Podpora zo strany štátu je výsledkom racionálnej úvahy o schopnosti tretieho sektoru riešiť problémy, **ktoré štát nechce riešiť, resp. ich nevie riešiť**. Preto sa štátu (vláde) oplatí vložiť peniaze daňových poplatníkov tam, kde možno očakávať ich „sociálnu návratnosť“. Dochádza k akejsi deľbe práce: **štátny sektor zabezpečí finančné zdroje a neziskový sektor v podstatnej miere zabezpečí priame (profesionálne) zabezpečenie a poskytovanie služieb** (v našom prípade ide o sociálne, špeciálnopedagogické služby a servis pre osoby so SP). Ide o množstvo rôznych občianskych združení, zväzov, organizácií, ktoré združujú osoby so sluchovým postihnutím, prípadne zameriavajú svoju pozornosť problematike osôb so sluchovým postihnutím. Niektoré MVO vytvárajú zväzy s centrárou a regionálnymi

pobočkami. To sú tzv. strešné organizácie. Tieto centrály potom fungujú hlavne vo vzťahu k verejnosti a vo funkcii lídra - zástupcu siete organizácií. Mnohé MVO sa rozhodnú nepatriť do žiadnej siete, žiadnej strešnej organizácii a zachovávajú si svoju samostatnosť. Hnutia, občianske združenia, svojpomocné a podporné skupiny osôb so sluchovým postihnutím zohrali v posledných desaťročiach veľmi pozitívnu úlohu v prospech týchto ľudí. Príčina vzniku organizácií a svojpomocných aktivít a podporných služieb spočíva hlavne v nespokojnosti s možnosťami uspokojovania svojich základných, ale aj iných potrieb u osôb so sluchovým postihnutím. Pokiaľ hovoríme o organizáciách v súvislosti s osobami so zdravotným postihnutím, tak väčšinou si vytvárajú a združujú sa v spolkoch, kde sa nachádzajú osoby s rovnakými a podobnými postihnutiami. Mnohé organizácie pracujú na miestnej úrovni, v teréne a spoločne sa združujú k efektívnemu presadzovaniu svojich potrieb v oblasti legislatívy, sociálnej, zdravotníckej starostlivosti, školstva, zamestnávania a pod. (Novosad, 2000). Občianske združenia okrem svojej činnosti (ako sú rôzne schôdze, vzdelávanie a pod), poskytujú aj informačný a poradenský servis, v ktorom poskytujú osobám so zdravotným postihnutím informácie a služby: sociálno-právne poradenstvo

- pomoc pri vybavovaní si žiadostí o kompenzačné pomôcky a pod.
- pomoc pri vyhľadávaní vhodného zamestnania
- informačná činnosť - pre svojich členov v oblasti komplexnej rehabilitácii, kompenzačných pomôcok,
- propagácia svojho občianskeho združenia na verejnosti, informácia o prevenciách sluchového postihnutia, o výchove a vzdelávaní.
- sprostredkovávanie služieb - sprostredkovanie osobnej asistencie, tlmočníkov posunkovej reči

Špecifiká poradenskej práce pre klientov so SP

špeciálnopedagogický servis

Psychologická pomoc a intervencia

Zdravotnícka oblasť

Sociálna pomoc

Špeciálnopedagogický servis sa snaží riešiť také problémy a oblasti, ktoré najviac rodičov privádzajú k nám a na ktoré hľadáme spolu odpovede, prípadne vytvárame program. Otázky, ktoré trápia rodičov sú: Ako mám s dieťaťom komunikovať? Bude moje dieťa hovoriť? Ako mám postupovať? Kam bude chodiť do školy? Čo môže v živote dosiahnuť?

Špeciálnopedagogické poradenstvo pre klientov so sluchovým postihnutím teda zahŕňa nasledujúce oblasti:

- **Raná intervencia**
- **Komunikácia**
- **Počujúcim rodičom sprístupniť programy v posunkovej reči**
- **Podporovať rozvoj hovorenej a posunkovej reči.**
- **Vzdelávanie**

Štruktúra programov nie je jednotná, podľa jednotlivých skupín rodičov realizujeme nasledujúce kurzy:

- Tréningové programy pre rodičov zamerané na rozvíjanie komunikačných kompetencií
- Tréning sociálnych zručností
- Sluchový tréning

Psychologická pomoc – k nej zaradujeme:

- Programy zamerané na komunikáciu a interakciu, správanie sa k dieťaťu – súrodencom dieťaťa
- Pomoc zameraná na rodinu a jej najbližšie okolie. **Nemá rodinu zmeniť v terapeutickú jednotku orientovanú na výkon.**
- Vytvoriť priestor pre spoluprácu a oboznámenie sa s komunitou nepočujúcich
- Programy na to ako sa naučiť učiť (stratégie učenia, pracovné návyky)
- Rozhovory
- Vzájomná výmena skúseností rodičov
- Pastoračná starostlivosť

Nám sa osvedčil rodičovský klub, vzájomná výmena skúseností rodičov detí so sluchovým postihnutím prostredníctvom tréningových kurzoch, sociálno-rehabilitačných pobytov. Organizujeme ich v spolupráci s mimovládnymi organizáciami buď ako týždenné, víkendové (väčšinou cez prázdniny – jarne, letné). Sme myslím jediný, ktorí organizujeme aj kurzy na rozvíjanie komunikácií v rámci rodiny. Obsahom kurzu je okrem iného posunkový jazyk, detské posunky, zásady komunikácie s dieťaťom so sluchovým postihnutím. Kurz je zameraný aj na iné manuálne a pomocné komunikačné formy, ako prstová abeceda, ale hlavne pomocné artikulačné znaky. Tie sa väčšinou používajú na tvorenie hovorenej reči, tvorby hlasu apod.

V rámci tréningových kurzov chceme počujúcim rodičom poskytnúť „*pozitívnu skúsenosť s hluchotou*“, ktorá neznamená vždy bremeno a problém, ale odlišnosť, ktorá

prináša pre dieťa a rodinu určité obmedzenia, ale ktorá môže byť pri vhodnej podpore obohatením pre rodinu o nové skúsenosti a inú kvalitu života. Preto je dôležité, aby sa tréningových pobytov zúčastňovali počujúci i nepočujúci rodičia, ktorí sa vzájomne stávajú obohatením pre seba samých. Som presvedčená, že nepočujúci rodičia majú, čo povedať počujúcim rodičom a naopak.

Hlavným poslaním víkendových pobytov, stretnutí rodín, tréningových kurzov, či rodičovských klubov považujem - **byť spolu**. Niektorí rodičia sa musia sami dlho prekonávať, aby sa takéhoto stretnutia – pobytu zúčastnili. Ak sa rodičia zúčastnia, už to vnímam ako pozitívne vo vzťahu k sluchovému postihnutiu, ktoré narúša celkový chod života v rodine. Účasť rodičov na rodičovských stretnutiach znamená, že rodina aspoň sčasti **prekonala izoláciu**, v ktorej sa ocitla. Rodičia potrebujú čas na to, aby sa vyrovnali so situáciou. Baath (1985) hovorí, že dôležité sú kurzy aj pre zúčastnených odborníkov. Práve na nich získavajú neoceniteľné informácie a vedomosti o situácii rodičov a rodín, ktoré by ťažko zohnali. Aj ja som na týchto pobytoch získala cenné informácie a veľmi dobrých priateľov medzi rodičmi.

Je úžasné vidieť, ako sa počas víkendového pobytu rodín mení správanie nepočujúceho dieťaťa. Dieťa si uvedomí: „Tu mi rozumejú, tu môžem komunikovať.“ Deti vidia, že existujú aj iné osoby, ktoré majú načúvací aparát, ktorí majú sluchové postihnutie, ktoré používajú posunkový jazyk. **Deti zbadajú, že ich rodičia sú ochotní niečo pre nich urobiť, že ho nenechávajú samé.**

Hlavným dôvodom prečo sa rodičia združujú na celom svete je to, že rodičia nie sú spokojní s informáciami, ktoré dostávajú od odborníkov, nie sú spokojní s ich postojmi, s charakterom a kvalitou podpory. Rodičia uvádzajú, že komunikácia medzi rodičom a odborníkom zlyháva, nepočúvajú a keď počúvajú tak bez empatie, úcty a pochopenia.

Vo Veľkej Británii roku 1993 boli uzákonené a jasne stanovené postupy pri zapájaní rodičov do spolupráce s odborníkmi. (Kročánová, 1998).

Častou témou európskych stretnutí rodičov detí so sluchovým postihnutím aj v súčasnosti je včasná diagnostika a následný systém ranej starostlivosti zameraný na celú rodinu, poskytnúť ju podľa možnosti v domácom rodinnom prostredí. Situácia v tejto oblasti sa veľmi dramaticky líši štát od štátu (čo sa týka štátov EÚ).

V poslednom období ukázala prax, že osoby so sluchovým postihnutím v niektorých chvíľach a v období života potrebujú aj špeciálnu pastoračiu, ktorá by mala byť zabezpečená prostredníctvom štátu a Cirkvi. Ide predovšetkým o vysluhovanie sviatosti, slúženie svätých omší, ale aj dôsledná a plnohodnotná príprava na manželstvo. Mnohé životné situácie

vyžadujú odborníka – pastora, ktorý si ich vypočuje a bude vedieť sa s nimi plnohodnotne porozprávať. V poslednom období išlo napr. aj rozhovory a starostlivosť kňaza o osoby so sluchovým postihnutým, ktoré by boli dlhodobo hospitalizované v zdravotníckych zariadeniach. Táto oblasť je u nás zatiaľ nie veľmi zabezpečená. V súčasnosti sa pastoraáciou o osoby so sluchovým postihnutím zaoberá aj občianske združenie – Kresťanské centrum nepočujúcich na Slovensku, ktoré naozaj odborne zabezpečuje poradenskú činnosť.

Zdravotnícka oblasť

Čo znamená strata sluchu?

Aké kompenzačné pomôcky sú vhodné, dostupné)

Sociálna oblasť

Na čo má ich dieťa právo – na akú kompenzáciu

Postup ako sa zaobstarávajú kompenzačné pomôcky

Informácie o kompenzačných pomôckach, servis načúvacích prístrojov – firmy, ktoré zabezpečujú technický servis

Veľmi dôležité je pri prvom kontakte s rodičom odhadnúť, aké sú jeho problémy, sklamanie a načrtnúť mu možnosti optimálneho riešenia jeho situácie. Jednotlivé fázy môžu prebiehať rôzne a môžu rôzne dlho trvať a k niektorým vôbec nemusí dôjsť, niektoré sa môžu znova vrátiť. Závisí to od osobnostných dispozícií rodiny a jednak celkovej charakteristiky rodiny. ***Pomôcť rodičom pri prekonávaní ťažkostí sa s vyrovnávaním situácie v rodine je na začiatku spolupráce veľmi dôležité, dokonca dôležitejšie, ako samotná práca s dieťaťom.***

Nie je možné, aby iba jedna organizácia poskytla komplexnú službu, ktorú dieťa/rodina/osoba so sluchovým postihnutím/prípadne viacnásobným postihnutím potrebuje. Požiadavka interdisciplinárnej spolupráce ako nevyhnutného predpokladu efektívnej a úspešnej starostlivosti o dieťa s postihnutím je známa dosť dlho. Spravidla sa o tejto požiadavke viac hovorí, ale málokedy sa dôsledne realizuje.

Komplexná starostlivosť o rodinu s dieťaťom so sluchovým postihnutím je proces, v ktorom jednotlivé fázy na seba nadväzujú (niekedy sa prelínajú) od diagnostikovania až po ukončenie podpory.

Tímová spolupráca a výmena poznatkov medzi odborníkmi a rodičmi znamená posun v komplexnej starostlivosti smerom ku kvalitatívnemu ponímaniu poradenstva. Rezignovanie spolupráce, teda len kvantitatívne vyšetrenie – teda množstvo absolvovaných vyšetrení, znamená vystaviť rodinu/klienta stresu a k pasívnemu prijímaniu služieb. Rešpektovanie špecifických úloh všetkých zainteresovaných v procese poskytovania

podpory. Spolupráca v rámci poradenstva vyžaduje plné nasadenie všetkých odborníkov (súkromných inštitúcií a aj štátnych inštitúcií), ktorí sa spolupodieľajú na starostlivosti o osoby so sluchovým postihnutím.

Prax ukázala, že úspech resp. neúspech v poradenskej komplexnej starostlivosti o klienta závisí na tom, akým spôsobom odborníci vzájomne spolupracujú

Vzájomná spolupráca, výmena poznatkov umožňuje celému tímu pružne reagovať na potreby konkrétnych klientov a poskytovať tak komplexné služby, ktoré sú časovo ohraničené dobou, kedy sú potrebné.

Pokiaľ chceme ponúkať naozaj profesionálne poradenské služby mali by sme prejsť **ku kvalitatívnemu ponímaniu poradenstva**. Nemala by byť podstatná **kvantita (počet)** evidovaných klientov v jednotlivých zariadeniach. Podstatou poradenskej práce by mala byť **kvalita služieb a ich servis, (dostupné možnosti)** ktorá môže ovplyvniť aj kvalitu života klientov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami a jeho rodiny. Kvantita môže niekedy ísť na úkor kvality.

Podľa oficiálnych štatistik ústavu informácií a prognóz školstva k 15.9.2008 poskytovalo špeciálnopedagogickú starostlivosť celkom 104 poradenských zariadení ČŠPP. Išlo o ČŠPP súkromné, štátne a aj cirkevné. Týchto 104 zariadení poskytlo svoje služby 54 534 klientom so ŠVVP. Na základe uvedenej štatistiky u nás pre pridelovanie finančných prostriedkov stále prevláda ako podstatné kritérium množstvo evidovaných klientov, čo môže viesť k pasívnemu poskytovaniu služieb.

Súčasný zmeny vo vzdelávaní sluchovo postihnutých u nás a v krajinách EÚ:

- vytvárajú sa a rozširujú sa podporné poradenské systémy pre deti, mládež, rodičov a klientov so sluchovým postihnutím,
- podporné systémy pre integráciu, inklúziu v školách pre sluchovo postihnutých sa vytvárajú triedy pre nehovoriacich žiakov, pre deti s narušeným vývinom reči, pre deti s komunikačnými problémami
- v školách pre sluchovo postihnutých sa vytvárajú triedy s kombinovane postihnutými deťmi
- mladí sluchovo postihnutí dosahujú vyššie vzdelanie, sú vzdelanejší, ako boli nepočujúci predtým. Toto pravidlo platí všeobecne – aj počujúci dosahujú vyššie vzdelanie ako v minulosti. Potreba vyššieho vzdelania je nevyhnutná

Dochádza, resp. dôjde k transformácií jednotlivých škôl a školských zariadení pre sluchovo postihnutých (Tarciová – Schmidtová – Gušafiková, 2007).:

- zlúčením viacerých škôl (zariadení) – materská škola, základná škola, odbornú učilište, stredná škola, špeciálnopedagogické centrum, podporné centrum
- dochádza k znižovaniu počtu žiakov so sluchovým postihnutím v školách pre SP
- dochádza k zvýšenému počtu detí s pridruženými postihnutiami (avšak nie je ich až taký počet, aby sa naplnila kapacita škôl)

Dochádza, resp. dôjde k transformácií jednotlivých škôl a školských zariadení pre sluchovo postihnutých: v krajinách EÚ už sú vytvorené (resource centres), u nás k tomu pravdepodobne dôjde k vytvoreniu špecializovaných odborných centier (centrá pre deti s kochleárnym implantátom, strediská ranej starostlivosti, mobilná služba do rodín – resp rodín do zariadení, diagnostické centrá, vzdelávacie centrá, celoživotné vzdelávanie, centrá pre komunikáciu a PJ, podporné centrá pre študentov so SP na vysokých školách apod.)

Potreby osôb so sluchovým postihnutím sú rôzne aj v súvislosti s ich vekom, a konkrétnou situáciou (dieťa, mládež, dospelí SP, nepočujúci, nedoslýchaví, ohluchnutí, osoby s KI...)

V súvislosti s nasledujúcimi zmenami a transformáciou školských zariadení je potrebné hovoriť o podporných centrách a poradenskom servise (Tarciová, 2006)

- Poradenstvo pre raný a predškolský vek
- Poradenstvo so zameraním na školský vek
- Poradenstvo pre osoby so stratou sluchu získanou v produktívnom a postproduktívnom veku (Groma, 2009)
- Poradenstvo pre nepočujúce deti nepočujúcich rodičov
- Poradenstvo pre nepočujúcich rodičov a ich počujúce deti
- Poradenstvo pre počujúcich rodičov a ich nepočujúce deti
- podpora pre hlavný prúd škôl, /bežné školy/
- Poradenstvo pre osoby s kochleárnym imlantátom
- podpora a pomoc pri vstupe na trh práce (tzv tranzitné programy, kariérne poradenstvo)
- Podpora a pomoc pre študentov so SP na vysokých školách na území Slovenska
- Systém ďalšieho vzdelávania - rekvalifikácie (Groma, Gušťaříková, 2007)

Odborný personál, ktorý sa podieľa na poradenskej inetrvencii sú podľa nášho názoru_

- Špeciálny pedagóg – surdopéd
- Špeciálny pedagóg logopéd
- Psychológ na ranný vek, školský vek, pre mládež a dospelých

- Kariérny poradca
- Sociálny pracovník
- Tlmočník posunkového jazyka
- Odborník na posunkový jazyk
- Pedagógovia so sluchovým postihnutím
- Koordinátor
- Manažér

Špeciálnopedagogické poradenstvo u nás viazne pre tieto príčiny (Schmidtová, 2009):

nie je dostatočne zabezpečený poradenský systém pomoci v ranom období vývinu dieťaťa od 0 – 3 rokov.

- Absentuje stále mobilná služba a dostupnosť ku klientom
- ČŠPP nemajú možnosť (personálne, technicky) zabezpečiť školskú integráciu
- Viazne tímová spolupráca s odborníkmi. Gušťaříková, (2004)
- Neexistuje štandardný spôsob financovania
- Odborní pracovníci sú niekedy zaťažení administratívnou prácou
- Na počet klientov nedostatočný počet odborníkov
- Práca sa zužuje na jednorazovú pomoc
- nedostatočná intenzívna starostlivosť (návrat komunikačných zručností, rečovú stimuláciu, sluchový tréning, rehabilitáciu,
- Nedostatočná a nesystematická je pomoc a poradenstvo pre rodičov. Pomoc rodičom pri prekonávaní ťažkostí s vyrovnávaním sa so situáciou v rodine, kde vyrastá dieťa so SP je na začiatku spolupráce veľmi dôležitá, dokonca dôležitejšia ako samotná práca s dieťaťom (Gušťaříková, 2002).
- Flexibilita
- Obmedzuje sa kvalita servisu a služieb

Uvedomujeme si, že v systéme štrukturálnych zmien v súčasnej spoločnosti (myslím v rámci EÚ) sa už nemožno spoliehať, že všetko bude dotované štátom. Napriek tomu, sme sa chceli pokúsiť ozrejmiť situáciu a naliehavosť poradenského systému, resp. Možnosti poskytovania poradenských služieb a servisu pre klientov so sluchovým postihnutím. Ciele môžu byť v každom čase a období iné. Na riešenie horeuvedených problémov sa musí podieľať celá spoločnosť. Potom možno hovoriť aj o kvalite života rodín detí so sluchovým postihnutím, a tak docieľať, že spoločnosť je humánna, solidárna, demokratická a vyspelá.

Literatúra

- (1) GROMA, M.: *Psychologické aspekty postlingválnej poruchy sluchu*. Komunikácia s pacientmi s postihnutím sluchu Medzinárodná konferencia o problematike komunikácie s pacientmi s postihnutím sluchu. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce.Trnavská univerzita v Trnave.2009. ISBN: 978-80-8082-315-3
- (2) GUŠTAFÍKOVÁ, KLAUDIA - GROMA, MARIÁN: *Skúsenosti s kariérovým poradenstvom u osôb so sluchovým postihnutím*. Psychologické poradenstvo - účinná pomoc deťom a mládeži na ceste k uplatneniu sa vo svete práce, Bratislava : Krajská pedagogicko-psychologická poradňa s centrom výchovnej a psychologickéj prevencie, 2007 S. 86-90
- (3) NOVOSAD, L.: *Základy speciálního poradenství*. Portál. Praha 2000. ISBN 80-7178-197-5
- (4) TARCSIOVÁ, D. *Zmeny v paradigmách pedagogiky sluchovo postihnutých a ich odraz v poradenskom systéme*. Efeta otvor sa 2005 : Poradenstvo v špeciálnej a liečebnej pedagogike, Martin : Osveta, 2006 S. 73-76 ISBN 80-8063-220-0.
- (5) TARCSIOVÁ, D. – SCHMIDTOVÁ, M. – GUŠTAFÍKOVÁ, K.: *Transformácia špeciálnych škôl pre sluchovo postihnutých*. In: Kvalita a spolupráca v špeciálnej pedagogike v súčasnom konkurenčnom prostredí. Bratislava: Sapientia, 2007. - S. 251-265. - ISBN 978-80-89229-06-2
- (6) SCHMIDTOVÁ, M. 2009. Špecifiká poradenstva v inkluzívnej pedagogike. In: *Východiská a perspektívy inkluzívnej pedagogiky*. Martin: Osveta.2009. s. 75 – 81. ISBN 80-8083-303-5

Kontaktná adresa:

Mgr. Klaudia Guštafiková

Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta,

Ústav špeciálnopedagogických štúdií, Centrum špeciálnopedagogického výskumu

Račianska 59, Bratislava

Centrum špeciálnopedagogického poradenstva

Hrdličková 17, Bratislava

Klaudia.gustafikova@fedu.uniba.sk

kgustafikova@gmail.com

K TEORETICKÝM PRÍSTUPOM V SOCIOLOGICKOM SKÚMANÍ PROBLEMATIKY ĽUDÍ SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

J. Matulník

Abstrakt

V štúdií sú charakterizované rozličné teoretické prístupy uplatňované v sociologickom skúmaní podmienok života ľudí so zdravotným postihnutím. Osobitná pozornosť je venovaná sociálnemu modelu disability, jeho popisu i jeho kritickej reflexii. Niektorí autori kritizujú sociálny model pre spôsob akým je v ňom definovaná disability, pre jeho implikácie pre špeciálne vzdelávanie a pre ďalšie dôvody. V štúdií sú uvádzané i podnety pre ďalšiu diskusiu o teoretických a praktických otázkach štúdia disability, ktoré publikovali Philip M. Ferguson a Emily Neusbasumová. V závere poukazujeme na nepriaznivé životné podmienky ľudí so zdravotným postihnutím na Slovensku a zdôrazňujeme potrebu systematického sociologického skúmania tohto problému.

Kľúčové slová: zdravotné postihnutie, disability, sociálny model disability

Abstract

Towards theoretical perspectives in sociological investigation of issues concerning of people with impairment. Various theoretical approaches applied in sociological investigation of the living conditions of people with disabilities are characterized in the study. Special attention is paid to social model of disability, its description and to critical reflection of this model. The social model is criticized by some authors for the way it defines disability, for its implications for special education and for other reasons. The incentives for further discussion on theoretical and practical issues of disability studies published by Philip M. Ferguson and Emily Nusbaum are presented. In conclusion, we point out serious problems concerning life conditions of people with disabilities in Slovakia, and emphasize the need for systematic sociological investigation of this issue.

Key words: impairment, disability, social mode of disability

K tematike života ľudí so zdravotným postihnutím a ich situácii v spoločnosti sa v sociológii zdravia a choroby pristupuje z rôznych teoretických perspektív, z pozície štruktúrneho funkcionalizmu, teórie sociálneho konfliktu, interpretatívnej sociológie a iných. Pri skúmaní týchto otázok sa uplatňujú rozličné koncepcie vychádzajúce z jednotlivých teoretických perspektív. Napríklad Parsonsova koncepcia roly chorého sa týka i chronických ochorení (i keď nie všetkých). Parsons to vysvetlil v odpovedi na kritiku, ktorá mu vyčítala, že sa jeho ponímanie vzťahuje len na akútne ochorenia (Parsons, T., 1975). Iným príkladom môžu byť viaceré aplikácie teórie značkovania pri vysvetľovaní sociálnej situácie ľudí, ktorí majú rozličné druhy zdravotného postihnutia a chronické ochorenia.

Od osemdesiatych rokov 20. storočia sa najmä v britskej sociológii čoraz výraznejšie prejavuje v skúmaní problematiky ľudí so zdravotným postihnutím vyhranený prístup, ktorý

vychádza z tzv. sociálneho modelu disability. Tento pojem, ktorý teoreticky rozpracoval najmä britský sociológ Michael Oliver, sa rozšíril nielen v akademických kruhoch a v prostredí britského hnutia ľudí so zdravotným postihnutím, ale v súčasnosti sa používa už aj v oficiálnych dokumentoch Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO 2011). Sociológovia, ktorí vychádzajú z tohto modelu sa osobitným spôsobom vymedzujú voči ostatným perspektívam. Carol Thomasová (2004) tvrdí, že pri skúmaní zdravotného postihnutia a chronického ochorenia sa vykryštalizovali dve protikladné a navzájom si konkurujúce paradigmy a sociológovia sa rozdelili do dvoch táborov, pričom jedni vystupujú pod hlavičkou medicínska sociológia, či sociológia zdravia a choroby a druhí pod hlavičkou „disability studies“. Tieto dve paradigmy sa odlišujú podľa ponímania disability ako sociálneho javu. Sociológovia patriaci do tábora medicínskej sociológie nazerajú na chronické ochorenie a zdravotné postihnutie optikou *sociálnej deviácie*. Pre sociológov z tábora disability studies je zase východiskovou kategóriou *sociálny útlak*. Takže paradigmu sociálneho útlatu dáva táto autorka do protikladu k paradigme sociálnej deviácie (Thomas, C., 2004, s. 3-6).

Dlhšiu tradíciu má sociologická perspektíva medicínskej sociológie, v ktorej je centrálnou kategóriou deviácia. Táto vychádza z Durkheimovho rozlíšenia medzi patologickými a normálnymi formami sociálnej organizácie. Na to nadviazal i Parsons v koncepcii roly chorého. Thomasova zdôrazňuje, že sociologická perspektíva, v ktorej je ústredným pojmom deviácia, má dlhú životnosť a prechádza rozličnými transformáciami a pritom poukazuje na výklad sociálnej deviácie vo veľmi známej americkej učebnici sociológie medicíny od Wiliama C. Cockerhama z roku 2004 (tamže s. 11). Do tejto paradigmy zaraďuje Thomasova nielen práce vychádzajúce z pozície štruktúrneho funkcionalizmu ale aj viaceré koncepcie, ktoré majú zdroje v iných sociologických perspektívach, v teórii sociálneho konfliktu, v interpretatívnej sociológii atď. Thomasova píše, že: „...záujmy sociológov medicíny nespočívajú v spore o význam samotného pojmu disability alebo v jeho preskúmaní, ale v skúmaní sociálnych dimenzií, dôsledkov a príčin disability na spoločenskej i na individuálnej úrovni“ (Thomas, C., 2007, s. 12).

Pri výklade druhej paradigmy Thomasova uvádza citát z práce Michaela Olivera, ktorý takto charakterizuje sociálny model disability:

„V najširšom slova zmysle sociálny model disability nie je ničím zložitejším, než je jasné zameranie na ekonomické, environmentálne a kultúrne bariéry s ktorými sa stretávajú ľudia, ktorí sú ostatnými vnímaní tak, že majú nejakú formu poškodenia – fyzického, mentálneho alebo intelektuálneho. Medzi bariéry, na ktoré narážajú ľudia so zdravotným

postihnutím, patrí nedostupný vzdelávací systém, pracovné prostredie, neadekvátne dávky pre zdravotne postihnutých, diskriminačné zdravotné a sociálne služby, neprístupné dopravné prostriedky, domy a verejné budovy a občianska vybavenosť a znevažujúce zobrazovanie ľudí so zdravotným postihnutím v médiách – filmoch, televízii a v novinách“ (Oliver , M., 2004, s. 21 cit. podľa Thomas, C., 2004, s. 13).

Thomasova k tomu zdôrazňuje, že sa v sociálnom modeli sústreďuje pozornosť na vonkajšie faktory obmedzujúce činnosť človeka, čo je v protiklade s paradigmou deviácie, kde sa kladie dôraz na zdravotné postihnutie (tamže s. 13).

Doposiaľ však je veľa nejasností v používaní pojmu disability studies a je veľa nezodpovedaných otázok týkajúcich sa zamerania skúmania, spolupráce rozličných vedných disciplín a ďalších. Poukazujú na to i autori Philip M. Ferguson a Emily Nusbaum (2012). Pýtajú sa napríklad, či má byť pre „reálne“ štúdium disability základom neklinické prostredie (napríklad v humanitných alebo v sociálnych vedách), alebo možno takto nazývať i niektoré programy v rehabilitácii alebo v špeciálnom vzdelávaní? Ďalšou je otázka, či to funguje pre určité kategórie disability, akými sú napr. fyzické postihnutie alebo porucha sluchu, ale nie pre iné, napr. pre závažné poruchy intelektu? (Ferguson, P. M., Nusbaum, E., 2012).

Pri tejto druhej otázke nachádzame odkaz na štúdiu Dimitrisa Anastasiou a Jamesa M. Kauffman (2011) venovanú implikáciám sociálneho modelu pre špeciálne vzdelávanie. Títo autori odhaľujú vážne nedostatky a nejasnosti v tomto modeli a osobitne v jeho aplikácii v spojitosti s mentálnym postihnutím. Vysvetľujú neadekvátnosť názvu „sociálny model“. Jeho teoretici síce používajú pojmy inšpirované marxizmom (napr. sociálny útlak) a špeciálne Gramscim (napr. hegemonia) ale korene má v sociálnom konštruktivizme. Preto uvedení autori aj používajú názov sociálno-konštruktivistický prístup k disability, resp. sociálno-konštruktivistický model. Upozorňujú, že adjektívum *sociálny* je v názve sociálny model neoprávnené aj z toho dôvodu, že sociológiu nemožno stotožňovať so samotným sociálnym životom (porovnaj Anastasiou, D., Kauffman, J. M., 2011, s. 370). Protagonisti sociálneho modelu hovoria o modeli a nie o teórii. Podľa nich sú na model kladené menšie požiadavky ako na teóriu, lebo model vysvetľuje len niektoré roviny skúsenosti a nie jav vcelku. Pojem model sa používa ako „praktický nástroj“ a nie ako teória. Hovoria, že ich model neutvára ucelenú sociálnu teóriu disability, ani súhrnne nevysvetľujú disability. Autori Anastasiou a Kauffman poznamenávajú, že toto môže byť taktika ako sa vyhnúť kritike (tamže s. 370). Teoretici sociálneho/konštruktivistického modelu uvádzajú zoznam jeho pojmov a dávajú ich do protikladu s pojmami tzv. medicínskeho/individuálneho modelu.

Tieto zoznamy protikladných pojmov plnia zjavne funkciu zjednodušenej kodifikácie zložitejšej teórie. Uvádzajú napríklad tieto dvojice protikladných pojmov: biologický - sociálny, zdravotné postihnutie - disabilita, telo - spoločnosť, medicína – politika, individuálny model - sociálny model, osobný problém – sociálny problém, dominancia profesionálov – individuálna a kolektívna zodpovednosť, medicinizácia – svojpomoc. Tieto dichotómie pojmov sú uvádzané bez toho, aby bol každý z nich analyticky operacionalizovaný. Takýto prístup provokuje emocionálne reakcie a pritom neposkytuje vysvetľujúci výklad danej koncepcie. „Takáto tendencia vidieť veci čierno - bielo môže byť vhodná pre politický aktivizmus, ale nie pre vedecké účely“. (tamže s. 371).

Sociálny/konstruktivistický model bol pôvodne rozvinutý na podporu práv ľudí s fyzickým postihnutím a bol aplikovaný i na iné zdravotné postihnutia, i na mentálne postihnutie. Takéto rozšírenie považujú uvedení autori za nesprávne. Zároveň vysvetľujú, že: „Disabilita je pre vedecké účely i pre vzdelávanie problematickou kategóriou jednoducho preto, lebo predstavuje veľmi abstraktný a všeobecný koncept“ (tamže s. 375). Základný problém s pojmom disabilita v singulári je ten, že sa vzťahuje na ohromne široký súbor špecifických podmienok. Upozorňujú, že disabilita je veľmi zložitým pojmom a je ťažké reflektovať množstvo jej dimenzií (biologických, kognitívno-behaviorálnych, sociálnych, environmentálnych) a ich interakcií pre každú z mnohých disabilít, ktoré sú zahrnuté do tohto pojmu. Zástancovia tohto modelu „...redukujú myšlienku disability na niečo jednoducho sociologické a tak vytvárajú zrkadlový obraz k úchylke biologického determinizmu (sociálny darvinizmus, eugenika). Biologický determinizmus nahradzujú kultúrnym determinizmom (tamže s. 376)“. „Na základe chybných premís a romantického pojmu sociálnej inklúzie obviňujú špeciálne vzdelávanie, že spôsobuje segregáciu“ (tamže s. 367).

Aj autorka Lorella Terzi (2004) zdôrazňuje vo svojej filozofickej kritike, že sociálny model predstavuje neúplné a do určitej miery chybné chápanie vzťahov medzi zdravotným postihnutím, disabilitou a spoločnosťou, lebo disabilita je v ňom jednostranne konceptualizovaná tak, že je zapríčinená len sociálnymi činiteľmi (porovnaj: Terzi, L., 2004, s. 141). Upozorňuje, že „... sociálny model neprihliada na vplyv zdravotného postihnutia v tom zmysle, že zdravotné postihnutie obmedzuje činnosti ľudí alebo vytvára možnú nespôsobilosť plniť rozličné funkcie (tamže s. 152). Uvádza i príklad, ktorým dokumentuje, že disabilita nemusí byť dôsledkom sociálneho útlaku: Vrodená slepota „...ktorú možno považovať za jednoznačnú nespôsobilosť alebo disabilitu ak hovoríme o riadení auta ... určite nie je príčinou neschopnosti pre mnohé iné činnosti, akými sú muzicírovanie, varenie alebo pôsobenie vo funkcii ministra“ (tamže s. 152). Jej kritika definovania disability v sociálnom

modeli sa netýka len kauzality ale aj sociálnej a morálnej zodpovednosti. Tým, že sa v sociálnom modeli zdôrazňuje, že je disabilita zapríčinená sociálne, zodpovednou za disabilitu sa činí v plnej miere spoločnosť. Terzi s tým nesúhlasí a pripomína, že za určitých okolností zdravotné postihnutie a jeho dôsledky nie sú zapríčinené sociálnymi faktormi a sú tiež prípady, v ktorých si ľudia sami svojím konaním zapríčiňujú zdravotné postihnutie.

Terziová kritizuje teoretikov sociálneho modelu aj kvôli ich odporu k akejkoľvek predstave normality, ktorú chápu ako sociálne konštruovanú. Píše, že:

„Ak sa dôsledne uplatňuje odmietanie normality ako riadiaceho konceptu, vedie to k určitým neudržateľným teoretickým i praktickým dôsledkom. Ako by sme vyhodnocovali zdravotné postihnutie a disabilitu, ak by sme popreli normalitu chápanú v zmysle priemerného ľudského pôsobenia? Posudzovalo by sa v sociálnej teórii disability fungovanie a nefungovanie rovnako (pri vykonávaní nejatých činností človekom, pozn. J.M.)? Čím by bolo potom utvárané zdravotné postihnutie/disabilita? ... ak povieme, že nejestvuje normálne fungovanie, potom nejestvuje ani nie normálne fungovanie, a preto neexistuje zdravotné postihnutie a disabilita“ (tamtiež s. 155).

Terziová svoju štúdiu uzatvára konštatovaním, že napriek svojim teoretickým obmedzeniam pôsobí sociálny model disability ako dôležitá korekcia v našom chápaní disability a jeho základná hodnota spočíva v tom, že neustále pripomína aby sa venovala pozornosť otázkam inklúzie ako fundamentálnym morálnym problémom.

V úsilí o postupné prekonávanie nejasností v doterajšom skúmaní disability už spomínaní autori Philip M. Ferguson a Emily Nusbaum vymedzili nasledovných päť konceptov a tieto považujú za jadro, ktorého by sa mali týkať diskusie o teoretických a praktických otázkach štúdia disability:

1. Štúdium disability musí byť sociálne. Pritom pripomínajú, že „... disabilita je čímsi viac než len individuálnym postihnutím“ (s. 72).
2. Štúdium disability musí byť hlboké a zamerané na základné otázky (foundational). „Stručne povedané je štúdium disability podstatné pre porozumenie toho, ako sa vnímame ako rovnakí i ako odlišní“ (tamže s. 73).
3. Štúdium disability musí byť interdisciplinárnym. „...má byť tak široké ako je samotná kultúra“ (tamže s.74) .
4. Štúdium disability musí byť participatívnym. Zdôrazňuje sa potreba participácie a vplyvu ľudí so zdravotným postihnutím a ich rodín v rozhodovaní o tom, čo sa vyučuje a čo sa skúma (tamže s. 74).

5. Štúdium disability musí byť založené na hodnotách (values-based). Dôležité je zvažovať etické implikácie rozličných prístupov k poznaniu problematiky ľudí so zdravotným postihnutím (tamže s. 75).

Na záver môžeme konštatovať, že problematika života ľudí so zdravotným postihnutím a ich situácie v spoločnosti je mimoriadne zložitá a náročné je aj jej skúmanie. Ako to vidíme i z uvedeného prehľadu, výskum týchto problémov nastoľuje na riešenie aj komplikované teoretické otázky. Od polovice 20. storočia sa rozvíja i sociologické bádanie v tejto oblasti a v rámci jednotlivých teoretických perspektív boli vytvorené viaceré koncepcie a zhromaždili sa mnohé poznatky. U nás je len málo takýchto výskumov, ale doposiaľ uskutočnené výskumy analýzy poukazujú na závažné problémy charakterizujúce podmienky života ľudí so zdravotným postihnutím na Slovensku. Vzťahujú sa na nízku mieru ich zamestnanosti, nedostatky v prístupnosti prostredia, stavieb, dopravy a v informačnej dostupnosti (porovnaj Repková, K., Sedláková, D., 2012), v možnostiach a podmienkach štúdia na vysokých školách (porovnaj Matulník, J., Orgonášová, M., Ritomský, A., 2010) i v ďalších oblastiach. Tieto problémy nastoľujú potrebu ďalšieho systematického skúmania.

Literatúra

- (1) ANASTASIIOU, D., KAUFFMAN, J. M., 2011: *A social constructionist approach to disability: Implications for special education*. Exceptional Children, Vol. 77. No. 3, pp. 367-384.
- (2) FERGUSON, P. M., NUSBAUM, E., 2012: *Disability studies: What is it and what difference does it make?* Research & Practice for Persons with Severe Disabilities, Vol. 37, No. 2, pp.70-80
- (3) MATULNÍK, J., ORGONÁŠOVÁ, M., RITOMSKÝ, A., 2010. Podmienky štúdia študentov so zdravotným postihnutím na vysokých školách v SR. In Bednárik, R., Jeřábek, H., Smékalová, L.: Aktuální otázky české a slovenské společnosti: Sborník k 45 výročí založení Československé sociologické společnosti: Sociologie zdravotnictví a medicíny., Tribun EU, Brno s. 143-157. ISBN 978-80-7399-964-3
- (4) PARSONS, T., 1975: *The sick role and the role of the physician reconsidered*. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, Vol. 53, No. 3, pp. 257-278
- (5) REPKOVÁ, K., SEDLÁKOVÁ, D., 2012: *Zdravotné postihnutie - vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte*. Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku, Bratislava, 74 s. ISBN: 978-80-970993-9-8
- (6) TERZI, L., 2004: *The social model of disability: A philosophical critique*. Journal of Applied Philosophy, Vol. 21, No. 2, pp. 141-157

(7) THOMAS, C., 2007: *Sociologies of disability and illness: Contested ideas in disability studies and medical sociology*. Palgrave Macmillan, Houndmills. 214 p. ISBN978-1-4039-3637-0

(8) WHO, 2011: World report on disability 2011. Malta, 325 p., ISBN 978 92 4 068521 5

Kontaktná adresa:

prof. PhDr. Jozef Matulník, PhD.

Katedra sociológie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Ulica pod Brehmi 4/A, Polianky, 841 01 Bratislava

matulnik@vssvalzbety.sk

SOCIÁLNA DEBARIERIZÁCIA V ZDRAVOTNÍCTVE Z POHĽADU PACIENTOV S POSTIHNUTÍM SLUCHU

P. Beňo,¹ S. Capíková²

¹ Katedra klinických disciplín, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity.

² Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, Lekárska fakulta Univerzity Komenského.

Abstrakt

Príspevok sa zameriava na niektoré trendy vo vývoji zdravotnej starostlivosti, a stratégie, ktoré napomáhajú debarierizácii sociálneho prostredia vo vzťahu k pacientom s postihnutím sluchu. Osoby s postihnutím sluchu charakterizujú určité špecifiká, vo vzťahu k intaktnej počujúcej populácii, ako aj k ostatnej populácii so zdravotným postihnutím. Tento vzťah vychádza doteraz spravidla z dominantného postavenia tých, čo počujú a rozprávajú. Ich hodnotenie nepočujúcich sa deje spôsobom stáleho porovnávania s počujúcimi ako základnou normou (**audizmus**). Vývoj v právnej oblasti vo vyspelých krajinách za uplynulé polstoročie priniesol rad právnych nástrojov na medzinárodnej aj vnútroštátnej úrovni, ktoré prispeli k emancipácii osôb s postihnutím sluchu. Patrí medzi ne najmä presadzovanie rovnoprávnosti prostredníctvom antidiskriminačnej legislatívy a uzákonenie používania posunkového jazyka. Legislatívny vývoj však musí korešpondovať so vznikom príslušných inštitúcií (napr. ambulancií prvého kontaktu), kreovaním systému tlmočenia, a v neposlednom rade s elimináciou stereotypov a vzdelávaním v oblasti komunikačných zručností, najmä u príslušníkov zdravotníckych povolání.

Abstract

Social debarierization in health care from the patients' with hearing impairment view.

The paper is focusing current trends in health care and strategies empowering debarierization of social environment in relation to patients with hearing impairment (PHI). Those with hearing impairment have some specific features that make them different from both hearing majority and people with other types of impairment. This relation is based on the dominant position within society of those who can hear and speak, setting the ability of hearing as the basic social norm (audizm). Development of law on supranational and national level brought up new legal tools that strengthened emancipation processes of people with hearing impairment, e.g. emphasis on equity by means of antidiscrimination legislation and legal recognition of sign language. However, legal development has to correspond to establishing of appropriate institutional infrastructure (e.g. Office of first contact), creation of the system of interpreting, and last but not the least, with elimination of stereotypes within hearing majority, and training in professional skills, mainly in health care professionals.

Úvod

Osoby s postihnutím sluchu charakterizujú určité špecifiká, vo vzťahu k intaktnej počujúcej populácii, ako aj k ostatnej populácii so zdravotným postihnutím. V literatúre nachádzame dva základné modely vzťahu zdravotníckych pracovníkov k nepočujúcim

pacientom: 1. Medicínsky model a 2. Kultúrno-antropologický model pri ktorom sa sluchovo postihnutí identifikujú s kultúrou Nepočujúcich.

Bariéra v komunikácii predstavuje súčasť sociálnych bariér. Poradenstvo je doteraz na väčšine foniatrických pracovísk u nás zamerané tradične orálne, t.j. na komunikáciu s pacientmi v artikulovanej, hovorenej reči. Sociálny model sluchového postihnutia poukazuje na fakt existencie počujúceho sveta, ktorý vyčleňuje nepočujúcu osobu z tohto sveta. Nedostatok schopnosti počujúcich komunikovať s nepočujúcimi a porozumieť im vyvoláva neskôr ich podstatné znevýhodnenie, ktoré priamo iniciuje sociálne dôsledky samotného sluchového postihnutia a sťaženie prístupu ku zdravotnej starostlivosti. Na základe tohto znevýhodnenia a odlišnosti (napr. používanie posunkovej reči), sú nepočujúci vylučovaní a marginalizovaní v rámci počujúceho sveta (komunikačná bariéra).

1. Diskriminácia nepočujúcich ako spoločenský jav a právny problém

Diskriminácia je z právneho hľadiska opakom rovnakého zaobchádzania. Predstavuje problém tak právny, ako aj etický a medicínsky. Okolo zásady rovnakého zaobchádzania sa v právnom poriadku sformovala tzv. „antidiskriminačná legislatíva.“ Jej zmyslom je riešiť právnymi prostriedkami rozpor, kedy síce existuje formálna rovnosť, vyjadrená tým že zákon priznáva rovnaké práva všetkým obyvateľom – zároveň ale existuje faktická nerovnosť ako problém určitých sociálnych kategórií obyvateľov tieto práva skutočne využívať. Základom právnej úpravy u nás sú *Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím* z roku 2006 a zákon č.365/2004 tzv.. antidiskriminačný zákon v znení neskorších úprav (v ďalšom texte ADZ). **Diskriminácia** ako sociálny jav môže byť **uvedomená** a zámerná, alebo **nevedomá** - napr. zaužívané rutinné postupy v zdravotníckom zariadení ako je telefonické objednávanie iba linkovým telefónom na vyšetrenie k špecialistom, bez možnosti objednania im dostupnejšou formou - SMS-kou alebo e-mailom, sú vo vzťahu k osobám s postihnutím sluchu diskriminujúce.

Diskriminácia sa môže vyskytovať:

1. Na úrovni celospoločenskej (napr. predsudky voči sluchovo postihnutým osobám, nedostatok inštitúcií pre tieto osoby, eugenické opatrenia zamerané na tieto osoby, legislatívne obmedzenie spôsobilosti na právne úkony osobám s postihnutím sluchu).
2. Na úrovni jednotlivých inštitúcií. Ide napr. o situácie, keď určitá nemocnica, poliklinika alebo úrad nedokáže zabezpečiť realizáciu svojich služieb všetkým klientom bez rozdielu, bez ohľadu na ich charakteristiky.

3. Na úrovni mikrosociálnej, interpersonálnej. Ide o situácie bežného ľudského kontaktu a komunikácie, napr. v ambulancii lekára, na mamografickom vyšetrení...

Výhodou právnej ochrany podľa ADZ je veľmi široký rozsah pojmu „zásada rovnakého zaobchádzania.“ Spočíva 1. v zákaze diskriminácie, 2. ale aj v konaní, ktoré je v súlade s dobrými mravmi, 3. a tiež v preventívnom konaní povinných osôb. Tejto ochrany sa môžu domáhať písomnou žiadosťou alebo žalobou na súde jednak jednotlivci, ale aj združenia ktoré presadzujú záujmy nepočujúcich. Tento mechanizmus sa v zahraničí už dlhodobo používa v prospech ochrany nepočujúcich osôb a ich práv, vyžaduje však pružný a efektívny systém súdnej ochrany a jednoznačné procesné pravidlá.

Nepočujúci majú snahu presadiť sa ako jazyková a kultúrna menšina, pre ktorú je charakteristické napr. používanie posunkového jazyka. Pritom narážajú na problém, ktorý spočíva v tom, že ak sa nejaká menšinová komunita chce presadiť, predpokladá sa pritom, že sa prispôbi zvyklostiam väčšinovej spoločnosti. Jednou z tých zvyklostí je však aj spôsob komunikácie, to znamená naučiť sa reč väčšiny. A práve v tomto možno vidieť podstatný rozdiel medzi inými sluchovo postihnutými (nedoslýchavými) a inými menšinami: nepočujúci majú menšie možnosti sa presadiť, pretože nie sú schopní prevziať všetky tieto zvyklosti – v tomto prípade hovorenú reč počujúcej spoločnosti. Problém prelingválne nepočujúcich je práve v tom, že hovorenú reč väčšiny sa až na výnimky nedokážu eventuálne nemôžu úplne naučiť. Potom záleží na ochote konkrétnych počujúcich ľudí, v tomto prípade zdravotníkov, akceptovať ich kultúru, ich formy komunikácie a podobne. O komunikáciu ide v tomto prípade pravdepodobne najviac.

Legislatívny vývoj vo vyspelých krajinách a tiaz na úrovni medzinárodného práva za uplynulé polstoročie priniesol rad právnych nástrojov, ktoré prispeli aj k emancipácii osôb s postihnutím sluchu. Práva pacientov sú akousi nadstavbou ľudských práv. Na základné dokumenty o ľudských právach nadväzujú dokumenty o právach pacientov a následne právach nepočujúcich pacientov. Práva pacientov s postihnutím sluchu ako ľudské práva sú garantované viacerými medzinárodnými dohovormi. Moderné štáty garantujú dodržiavanie ľudských práv a disponujú celým radom právnych nástrojov na ich reálne uplatňovanie a ochranu. Závazok dodržiavať ľudské práva má nie len štát, ale všetci obyvatelia danej krajiny. Prijatím medzinárodného dohovoru štát garantuje, že na jeho území sa ľudské práva budú dodržiavať. Každý dohovor obsahuje kontrolný mechanizmus aby sa dosiahol jeho účel. Je dôležité, že práva pacientov ako ľudské práva presadzujú ako profesijné požiadavky na globálnej, nadnárodnej úrovni združenia odborných pracovníkov v zdravotníctve, najmä

najstarších profesií – lekárov a zdravotných sestier (International Council of Nurses (INC) a World Medical Association (WMA)).

Tzv. antidiskriminačná legislatíva vo vyspelých krajinách komplexne rieši zrovnoprávnenie osôb so zdravotným postihnutím ako príslušníkov znevýhodnenej, a preto zraniteľnej skupiny populácie, a to vo všetkých relevantných oblastiach života – vzdelávaní, zamestnaní, doprave a pod. vrátane zdravotnej starostlivosti. Zrovnoprávnenie je chápané ako posilnenie osobnej autonómie, teda posilnenie možnosti že osoba rozhoduje pokiaľ možno samostatne o tom, čo sa jej týka, vrátane diagnostických, kuratívnych i preventívnych zákrokov.

Bolo by nesprávne poskytnúť nepočujúcemu pacientovi iba jednu z možností diagnostiky či terapie, ak existujú alternatívy. Zdravotnícki pracovníci si nesmú zjednodušiť prácu tak, že sami prijímú rozhodnutie namiesto pacienta. Ak sa nejedná o neodkladný, život zachraňujúci zdravotný výkon, potom takáto ignorácia práva predstavuje neoprávnený zásah do telesnej integrity a osobnostných práv, do ľudských práv, ale tiež môže vykazovať znaky trestného činu. Neprofesionálna komunikácia zdravotníckych pracovníkov zasa môže byť právne kvalifikovaná ako jeden z typov/foriem diskriminácie v zmysle §2a antidiskriminačného zákona.

2. Trendy vo vývoji k zlepšeniu dostupnosti zdravotnej starostlivosti vo svete a u nás

Medzi aktuálne trendy vo vývoji k zlepšeniu dostupnosti zdravotnej starostlivosti a stratégie, ktoré napomáhajú debarierizácii sociálneho prostredia vo vzťahu k pacientom resp. klientom s postihnutím sluchu, patrí presadzovanie práv nepočujúcich ako kultúrnej menšiny. Najmä v anglicky písanej vedecko-odbornej literatúre nachádzame štúdie, ktoré ovládanie posunkového jazyka zaraďujú medzi kultúrne kompetencie zdravotníkov. Početné bibliografické odkazy možno nájsť napr. v najväčšej biomedicínskej databáze MEDLINE. V USA bola nedávno začatá realizácia projektu ktorého ťažiskom bolo zlepšenie jazykovej vybavenosti a osvojovanie si posunkového jazyka budúcimi lekármi. Vybraní poslucháči medicíny sa mali učiť roky posunkový jazyk (s podporou štipendia), zároveň navštevovať komunitu nepočujúcich kde majú realizovať aktivity na zvýšenie zdravotného vedomia príslušníkov tejto menšiny.

Niektoré ekonomicky vyspelé krajiny ako napr. Dánsko legislatívne požadujú finančnú kompenzáciu na tlmočenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia, iné krajiny explicitne legislatívne zakotvili povinnosť ústavného

zdravotníckeho zariadenia zabezpečovať na svoje náklady prítomnosť a služby tlmočníka posunkového jazyka. Najmä v USA sú frekventované súdne spory pacientov, ktorým boli tieto služby ponúknuté (v konkurenčnom boji o pacienta) a neskôr ich zdravotnícke zariadenie nerealizovalo. Vznikajú aj špecializované centrá v rámci zdravotníckych zariadení pre poskytovanie komplexnej zdravotnej starostlivosti nepočujúcim.

V priebehu niekoľkých desaťročí v krajinách euroatlantického kultúrneho okruhu, najmä v jeho západnej časti, nastal posun vo vzťahu väčšinovej počujúcej spoločnosti k nepočujúcim, čo je v literatúre charakterizované ako posun od medicínskeho modelu postihnutia ku kulturologickému. Inak povedané: Nepočujúci sa cítia byť príslušníkmi inej jazykovej menšiny so svojou osobitou kultúrou (ktorej jadrom je posunkový jazyk nepočujúcich). Posunkovú reč uznalo UNESCO v r. 1984 a Európsky parlament v r. 1988. V Slovenskej republike sa uzákonilo právo nepočujúcich používať posunkovú reč v r. 1995 zákonom č. 149/1995 Z.z. o posunkovej reči nepočujúcich, chýbajú však vykonávacie predpisy, azda i preto je jeho realizácia v praxi problematická. Nepočujúci sú však stále v SR, podobne ako aj v ČR chápaní, posudzovaní a registrovaní ako občania s ťažkým zdravotným postihnutím (ŤZP), nie ako menšina. Otázka vzťahu počujúcej intaktnej spoločnosti ku kultúrne n/Nepočujúcim, napriek existencii zákona o posunkovom jazyku, zostáva u nás nedoriešenou. Tento vzťah vychádza doteraz spravidla z dominantného postavenia tých, čo počujú a rozprávajú. Ich hodnotenie nepočujúcich sa deje spôsobom stáleho porovnávania s počujúcimi ako základnou normou (**audizmus**). Je to často zreteľné v situáciách, kedy účastníci sociálneho vzťahu majú asymetrické, nerovné postavenie. Najmä zdravotná starostlivosť je často realizovaná v intenciách paternalistického modelu lekár-pacient. Napríklad, poradenstvo je doteraz na väčšine foniatrických pracovísk u nás zamerané tradične orálne, t.j. na komunikáciu s pacientmi v artikulovanej, hovorenej reči.

Tlmočnicke služby pre nepočujúcich boli dlho realizované ad hoc, na charitatívnej úrovni. Najmä v posledných dvoch desaťročiach 20. storočia sa v ekonomicky vyspelých západných krajinách vytvorila profesionálna tlmočnicia služba, existuje profesijná príprava, väčšinou prostredníctvom bakalárskeho štúdia na univerzitách. V Českej republike sa 15. marca 2007 sa v Brne v sídle ombudsmana ČR konala odborná konferencia „Učme se komunikovat se smyslově postiženými pacienty“ (Gulášová, Beňo, 2007). Občianskému združeniu Česká komora tlumočnicků znakového jazyka sa podarilo zorganizovať konferenciu v pražskej nemocnici (Všeobecnej fakultnej nemocnici) dňa 11. 12. 2007 a niesla názov Tlmočník ako most komunikácie medzi počujúcim lekárom a nepočujúcim pacientom. (Vojtechovský, 2008). Na tejto konferencii sa zúčastnili prevažne zdravotné sestry z celého

Česka i Moravy. Účastníci konferencie obdržali s brožúrkou s témami konferencie aj DVD rôznych príkladov monológov nepočujúcich, ktorí vyjadrili svoje problémy, s ktorými sa stretávajú v nemocniciach. Česká komora tlumočníků znakového jazyka, o.s., s podporou Ministerstva zdravotnictva ČR vydala publikáciu Tlumočník jako most mezi slyšícím zdravotnickým personálem a neslyšícím pacientem (Czumalová, 2008).

V Slovenskej republike v októbri 2007 v Nitre na konferencii Ošetrovateľstvo 21. storočia v procese zmien predniesla A. Šmehilová referát o efektívnej komunikácii s nepočujúcim pacientom (Šmehilová, 2007). Prvá konferencia zameraná na komunikáciu s pacientmi s postihnutím sluchu v SR sa uskutočnila 2.10. 2009 na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave v rámci projektu podporeného mestom Trnava. Na uvedenú konferenciu nadviazal 2. ročník tejto konferencie organizovanej Prešovskou univerzitou v Prešove 29. 9. 2010. Z oboch konferencií bol vydaný zborník na CD nosiči. (Beňo, Boroňová, 2009; Derňárová, Fertaľová, 2010). Tretia konferencia sa uskutočnila v novembri 2011 na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave v rámci projektu podporeného mestom Trnava. (Beňo, P., Tarcsiová, D., Radková, L., 2012). Z hľadiska poskytovania zdravotnej starostlivosti bolo možno konštatovať pretrvávanie problému v oblasti edukácie zdravotníkov, ktorí sú v našich podmienkach stále nedostatočne pripravení na prekonávanie komunikačných bariér pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sluchovo handicapovaným pacientom, napr. pri hospitalizácii sluchovo postihnutých pacientov a výrazné nedostatky sa vyskytujú i pri ich vzájomnej komunikácii (dorozumievaní sa).

3. Prieskum situácie vo vybraných mestách SR

Prieskum, ktorý realizovali Ižová a Nagyová (2009, s. 109) ukázal, že komunikácia v zdravotníctve medzi sluchovo postihnutými pacientmi a zdravotníckym personálom často zlyháva. Predmetom prieskumu bola spokojnosť a vnímanie kvality ošetrovateľskej komunikácie medzi sluchovo postihnutými pacientmi a zdravotníckym personálom v zdravotníckych zariadeniach. Výsledku prieskumu potvrdili, že zdravotnícky personál pri komunikácii so sluchovo postihnutými pacientmi neovláda základné komunikačné zásady (Ižová, Nagyová, 2009, s. 109).

Cieľom prieskumu, ktorý realizovali Bubeníková, Kurtáková, Štrbáková (2009, s. 56) bolo poukázať na problémy, s ktorými sa stretávajú ľudia s poruchami sluchu počas hospitalizácie v nemocnici. Najčastejším problémom, ktorý sa u respondentov počas hospitalizácie vyskytol, bola nedostatočná artikulácia pri komunikácii, neochota s pacientmi

hovoriť a venovať im dostatok času. Ľudia so sluchovým postihnutím uvádzali ako najčastejší spôsob komunikácie hovorenú reč a odzeranie. Pre nich je tento spôsob náročný, ale pokiaľ počujúci ľudia vedia, akým spôsobom komunikovať, je efektívny (Bubeníková, Kurtáková, Štrbáková, 2009, s. 56).

Podľa výsledkov prieskumu, ktorý publikovali Beňo, Bednárová, Medvecká (2009, s. 39), možno prípravu sestier na komunikáciu so sluchovo postihnutými pacientmi celkovo hodnotiť ako nedostatočnú. Najzjavnejšia nedostatočná príprava bola zistená u respondentov so stredoškolským vzdelaním. Negatívne možno hodnotiť fakt, že z počtu respondentov, ktorí mali postgraduálne špecializačné štúdium, 23 (66%) odpovedalo, že takúto prípravu nemali. Negatívne možno hodnotiť fakt, že na otázku, zisťujúcu, či sú v zariadeniach, kde sestry pracujú, aj kontaktné údaje na tlmočníkov posunkového jazyka, nebola zaznamenaná ani jedna kladná odpoveď. Dostatok vedomostí prejavili sestry pri ovládaní pravidiel komunikácie s odzerajúcim pacientom. K podobným záverom dospel aj výsledky prieskumu medzi študentmi ošetrovateľstva (Liptáková, Jakubeková, Botíková 2012). Horňáková a Bérešová (2012) v prieskume zisťovali, ako sú uplatňované požiadavky úspešnej komunikácie zdravotníckych pracovníkov s pacientmi s postihnutím sluchu v praxi. V súbore 80 sestier sa 65 % respondentov domnievalo, že motivácia, ochota a záujem pacienta je hlavným predpokladom úspechu efektívnej komunikácie, 25 % považovalo nácvik špecifických komunikačných zručností za základný predpoklad úspechu.

Beňo publikoval výsledky prieskumu realizovaného v období november-december 2010, ktorý mapoval situáciu klientov so sluchovým postihnutím o možnostiach využívania tlmočnických služieb, ako jednotlivé služby (tlmočenie, osobná asistencia) hodnotia a aké majú skúsenosti s komunikačnými schopnosťami a zručnosťami sociálnych pracovníkov so sluchovo postihnutými klientmi. Dotazníky boli distribuované v mestách Trnava, Hlohovec a Piešťany, kde sú relatívne početné organizácie sluchovo postihnutých (Beňo, 2012).

V sledovanom súbore boli zastúpení respondenti so všetkých skupín sluchovo postihnutých (44 % nedoslýchavých, z nich 20 % s ľahkou nedoslýchavosťou, 7 % so strednou nedoslýchavosťou a 17 % s ťažkou nedoslýchavosťou; nepočujúcich respondentov bolo 56 %, z toho nepočujúci, ktorí stratili sluch v detstve 22 %, ktorí stratili sluch v dospelosti 6 % a nepočujúci, ktorí nemajú sluch od narodenia 28 %). Z odpovedí respondentov na otázku „Stretli ste sa s pracovníkom inštitúcie, ktorý by ovládal posunkový jazyk?“ jednoznačne vyplynulo, že v sledovanom súbore nikto nestretol zdravotníckeho, sociálneho pracovníka alebo pracovníka inštitúcie, ktorý by aspoň čiastočne ovládal posunkový jazyk. Možnosť áno respondenti neoznačili ani raz, odpoveď „Áno, ale len

výnimočne“ uviedlo 11 % respondentov a 89 % z nich jednoznačne uviedlo, že sa nestretli so sociálnym pracovníkom, ktorý ovláda posunkový jazyk. Z odpovedí vyplynulo, že nepočujúci klienti, používajúci ku komunikácii posunkový jazyk, narážajú pri komunikácii s pracovníkmi inštitúcií na problém - komunikačnú bariéru.

Z odpovedí na otázku „Musíte mať pri vybavovaní svojich záležitostí na úradoch, v zdravotníckych zariadeniach alebo iných inštitúciách osobu, ktorá Vám tlmočí?“ vyplynulo, že nepočujúci klienti mávajú väčšie problémy pri komunikácii ako nedoslýchaví a žiadny nepočujúci sa nezaobíde bez tlmočenia.. Až 73 % respondentov uviedlo, že vybaví svoje záležitosti na inštitúciách len za prítomnosti osoby, ktorá im tlmočí, len 8 % nedoslýchavých respondentov malo nutnosť tlmočenia (17 % nedoslýchavých a 20 % nepočujúcich potrebuje tlmočenie vo väčšine prípadov vybavovania na inštitúciách, 21 % nedoslýchavých a len 7 % nepočujúcich potrebuje tlmočenie len niekedy).

Z odpovedí respondentov na otázku „Ako sa Vám snažia uľahčiť komunikáciu pracovníci inštitúcií, vzhľadom na Vaše sluchové postihnutie?“ vyplynulo, že respondenti väčšinou (až 42 %) udávali, že im pracovníci inštitúcií komunikáciu neľahčujú. Uľahčenie komunikácie písomnou formou uviedlo 32 %, uľahčenie komunikácie názorným ukázaním uviedlo 10 % respondentov, že sa pracovníci snažia zreteľne artikulovať uviedlo 16 % respondentov. Pracovníci inštitúcií väčšinou prekonávanie komunikačnej bariéry sluchovo postihnutým klientom neľahčujú..

Z odpovedí respondentov na otázku „V ktorých situáciách by ste uvítali pomoc pri komunikácii?“ vyplynulo, že najviac by uvítali pomoc pri vybavovaní na úradoch, potom pri objednávaní sa k lekárovi a na pošte. Za menej dôležité považujú pomoc pri nákupoch a pri samotných lekárskech vyšetreniach. Na možnosť „iné“ nám respondenti vo väčšine odpovedali, že by pomoc pri komunikácii uvítali na polícii. Z odpovedí respondentov vyplynulo, že klienti s posihnutím sluchu uvítajú pomoc v bežných situáciách, pri ktorých je potrebné prekonávať komunikačnú bariéru.

Z odpovedí na otázku „V ktorej inštitúcii Vám umožnili objednanie sa na vybavenie alebo komunikáciu prostredníctvom SMS z mobilného telefónu alebo e-mailom?“ vyplynulo, že väčšina (82 % respondentov) uviedla, že objednanie sa na vybavenie prostredníctvom zaslania SMS alebo e-mailu im neumožnila žiadna inštitúcia. Len 7 % respondentov uviedlo, že tento spôsob objednania sa im umožnili niektoré zdravotnícke zariadenia (respondenti pri možnosti odpovede „iné“ uvádzali niektoré typy zdravotníckych zariadení ako sú foniatria a pod.). Až 83 % respondentov so sluchovým postihnutím udávalo, že považujú komunikáciu prostredníctvom zaslania SMS a e-mailu za uľahčenie vybavovania si osobných záležitostí.

Pričom by uvítali možnosť komunikovať so zdravotníkmi, sociálnymi pracovníkmi alebo pracovníkmi inštitúcií prostredníctvom zaslania e-mailu alebo SMS

Pri otázke, „Čo pre Vás znamená najväčší problém pri komunikácii zo strany pracovníka inštitúcie?“ respondenti zvolili viac možností odpovedí. 17 % respondentov označilo možnosť nedodržiavania očného kontaktu, 11 % respondentov zastávalo názor, že pracovníci inštitúcií pri komunikácii s nimi rýchlo rozprávajú, 21 % za problém považuje neochotu, 22 % respondentov netrepezlivosť zo strany pracovníkov inštitúcií. Možnosť zvoliť odpoveď „iné“ využilo 29 % respondentov a ako problém uvádzali rôzne situácie a to hlavne sklenené prepážky na úradoch, v lekárňach a pod. Pre ľudí s postihnutím sluchu komunikačnú bariéru teda predstavuje viacero faktorov zo strany pracovníkov inštitúcií.

Pri hodnotení služieb z odpovedí respondentov vyplynulo, že 20 % respondentov by nevyužívalo osobnú asistenciu, keby u nás existovala profesionálna organizácia tlmočníkov poskytujúca tlmočnicke služby. Z odpovedí vyplynulo, že klienti s postihnutím sluchu sa v čase realizácie prieskumu prikláňali k využívaniu inštitútu osobnej asistencie (OA) nie preto, že by ju preferovali, lež preto, že OA bola dostupnejšia a preto, že v SR stále nie sú bežne dostupné tlmočnicke služby zabezpečované na profesionálnej úrovni (dôvodom je nedostatok vyškolených tlmočníkov, ktorým chýba certifikát potrebný na poskytovanie tlmočnických služieb a pretrvávajúci nedostatok poskytovateľov tlmočnických služieb).

Pri otázke „Domnievate sa, že vedomosti a zručnosti sociálnych pracovníkov sú pre komunikáciu so sluchovo postihnutými dostatočné?“ sa väčšina priklonila k odpovedi „Skôr nie“ (48%) alebo nie (34 %). Na otázku, týkajúcu sa pripravenosti pracovníkov inštitúcií na komunikáciu s pacientmi / klientmi s postihnutím sluchu, sa väčšina z respondentov priklonila k názoru, že terajší systém vzdelávania sociálnych pracovníkov nie je dostačujúci, a je potrebné vysokoškolské vzdelávanie tlmočníkov posunkového jazyka.“ až 37% respondentov uviedlo, že by mala existovať možnosť špecializácie pre prácu so sluchovo postihnutými klientmi

Diskusia

Participantí výskumov udávali ako najproblematickejšie oblasti z hľadiska prekonávania bariér nasledovné: vybavovanie na úradoch, zdravotnú starostlivosť, sťažený prístup k informáciám, komunikačné a interpersonálne problémy na pracovisku, obmedzené možnosti štúdia, obmedzené možnosti výberu povolania, čítanie s porozumením a nedôvera počujúcich v schopnosti nepočujúcich. Na základe výsledkov publikovaných zistených v publikovaných prieskumoch môžeme konštatovať, že sluchovo postihnutí klienti, bez

rozdielu stupňa postihnutia sluchu, naozaj sú nútení prekonávať komunikačné bariéry z dôvodov nepripravenosti pracovníkov inštitúcií na komunikáciu s nimi resp. pracovníci či už zdravotnícki, sociálni, úradníci a pod. neovládajú základné zásady komunikácie zo sluchovo postihnutým klientom.

Z výsledkov prieskumu vyplynulo, že posunkový jazyk neovládajú pracovníci úradov, ani sociálni pracovníci ani zdravotnícki pracovníci. Je teda zrejmé, že nepočujúci klienti, používajúci ku komunikácii posunkový jazyk, majú s pracovníkmi inštitúcií a v zdravotníctve pri komunikácii značný problém. Tiež môžeme konštatovať, že **bez tlmočenia tretej osoby sa až polovica nedoslýchavých klientov a samozrejme nepočujúci klient vo väčšine prípadov nedorozumie**. Podľa percentuálneho zhodnotenia sa nepočujúci klienti viac stretávajú s problémami pri komunikácii s pracovníkmi inštitúcií ako nedoslýchaví klienti.

Môžeme povedať, že pre sluchovo postihnutých klientov resp. nepočujúcich, dorozumievajúcich sa posunkovým jazykom, je komunikačná bariéra **bez pomoci tretej osoby** pri komunikácii s pracovníkmi či už zdravotníckymi, sociálnymi alebo z iných inštitúcií **neprekonateľná**. Sluchovo postihnutí sa musia vyrovnávať i s neochotou či netrpezlivosťou zo strany pracovníkov inštitúcií. Vzhľadom na zistenia, práve projekty ako je projekt Ambulancia prvého kontaktu, ktorý v Bratislave napomáha všetkým sluchovo postihnutým k zlepšeniu dostupnosti zdravotnej starostlivosti by mohol a mal byť inšpiratívnym projektom pomoci sluchovo postihnutým. Výsledky prieskumu indikujú, že sluchovo postihnutí pacienti a klienti by formu pomoci, ktorú ponúka tento projekt, uvítali i v komunikácii s inými inštitúciami

Úprava legislatívy dotýkajúcej sa tlmočenia, t.j. zrušenie tlmočenia v rámci osobnej asistencie a sprostredkovania tlmočenia v rámci osobnej asistencie by zvýšila úroveň tlmočenia. Táto alternatíva by však bola prínosom iba za podmienky, že tlmočnická služba by bola originálnou kompetenciou štátnej správy a keby bola určená jednotná suma za hodinu tlmočenia s prihliadnutím na náročnosť tlmočníckej situácie. Podstatným krokom by malo byť aj vytvorenie registra tlmočníkov, etického kódexu a komisie, ktorá by garantovala dodržiavanie etického kódexu.

Záver

Dobrá komunikácia so sluchovo postihnutými si vyžaduje úsilie minimálne dvoch ľudí (počujúceho a nepočujúceho). Väčšinu bariér je možné eliminovať prostredníctvom tlmočníka posunkového jazyka, artikulačného tlmočníka alebo prepisu hovoreného v reálnom

čase. Je potrebná ochota a snaha brať do úvahy ich problémy pri komunikácii. Pacienti s postihnutím sluchu tvoria značne heterogénnu skupinu. Správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zmysle platnej legislatívy si vyžaduje kvalitnú a efektívnu komunikáciu s pacientom. Mnohé opatrenia na zlepšenie môžu prijať zdravotnícke zariadenia s pomerne malými nákladmi. Legislatívne formulovaná požiadavka primeraných úprav znamená umožniť prístup k zdravotníckym službám aj pacientom, ktoré majú špecifické potreby v oblasti komunikácie. Možnosť požadovať primerané úpravy môžu od týchto právnych subjektov vyžadovať pacienti, ale tiež organizácie tretieho sektora (tzv. MVO). Do ďalšieho vzdelávania pracovníkov pomáhajúcich profesii je potrebné zapojiť bikulturné a multikulturné súvislosti poskytovania pomoci.

Literatúra:

- (1) BEŇO, P., BEDNÁROVÁ, E., MEDVECKÁ, E. *Sestry v interakčnom procese u pacientov s poruchami sluchu – prieskum*. In Komunikácia s pacientmi s postihnutím sluchu. Trnava 2. 10. 2009. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave, Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2009. ISBN 978-80-8082-315-3. s. 29-41.
- (2) BEŇO, P., BOROŇOVÁ, J. 2009: CD zborník z medzinárodnej konferencie *Komunikácia s pacientmi s postihnutím sluchu*. Trnava, 2. 10. 2009. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2009. ISBN 978-80-8082-315-3. 208 s.
- (3) BEŇO, P., TARCSIOVÁ, D., RADKOVÁ, L. *Komunikácia s pacientmi / klientmi s postihnutím sluchu..* CD Zborník vedeckých prác, Trnavská univerzita v Trnave, Typi Universitatis Tyrnaviensis 2012. ISBN 978-80-8082-536-2.
- (4) BEŇO, P., TARCSIOVÁ, D. CAPIKOVÁ, S.: *Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci*. Bratislava, VEDA 2012. ISBN 978-80-8082-510-2. 182s.
- (5) BEŇO, P. 2012. *Čo ukázali výsledky prieskumu v Trnave, Piešťanoch a v Hlohovci*. In: Komunikácia s pacientmi/klientmi s postihnutím sluchu.. CD Zborník vedeckých prác, Trnavská univerzita v Trnave, Typi Universitatis Tyrnaviensis 2012. s. 270-291. ISBN 978-80-8082-536-2.
- (6) BUBENÍKOVÁ, M., KURŤÁKOVÁ, M., ŠTRBÁKOVÁ, A. 2009. *Pacient so sluchovým postihnutím v zdravotníckom zariadení – komunikačné bariéry zo strany personálu*. In Komunikácia s pacientmi s postihnutím sluchu. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2009. ISBN 978-80-8082-315-3. s. 51-60.

- (7) CZUMALOVÁ, A. 2008. *Tlumočník jako most komunikace mezi slyšícím zdravotníkem a neslyšícím pacientem*. Praha : ČKTZJ. 65 s. ISBN 978-80-87153-86-4.
- (8) GULÁŠOVÁ, I., BEŇO, P. 2007. *Psychologický prístup a komunikácia sestry s pacientom s poruchou sluchu*. Prednáška. Mezinárodní symposium: „Učme se komunikovat se smyslově postiženými pacienty.“ 15. 3. 2007, Brno, ČR.
- (9) DERŇÁROVÁ, Ľ., FERTALOVÁ, I. 2010: CD zborník z medzinárodnej konferencie *Komunikácia s pacientmi s postihnutím sluchu*. Prešov 29. 9. 2010. Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva. Prešov 2010. ISBN 978-80-555-0287-8.
- (10) HOANG, L., LA HOUSSE, S.F., NAKAJI, M.C.: *Assessing Deaf Cultural Competency of physicians and Medical Students*. In: *J Canc Educ* (2011) 26: 175-182.
- (11) HORŇÁKOVÁ, A., BÉREŠOVÁ, A. 2012. *Komunikačné zručnosti zdravotníckych pracovníkov s pacientmi s postihnutím sluchu*. In: Beňo, P. – Tarcsiová, D. – Radková, L. (ed.). *Komunikácia s pacientmi/klientmi s postihnutím sluchu*. CD zborník vedeckých prác. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave, Typi Universitatis Tyrnaviensis, Trnava 2012, str. 75-83. ISBN 978-80-8082-536-2.
- (12) IŽOVÁ, M., NAGYOVÁ, A. *Sluchové postihnutie ako komunikačná bariéra v ošetrovateľskej praxi*. In *Komunikácia s pacientmi s postihnutím sluchu*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2009. ISBN 978-80-8082-315-3. s. 109-125.
- (13) LIPTÁKOVÁ, A., JAKUBEKOVÁ, J., BOTÍKOVÁ, A.: *Komunikácia zdravotníckych pracovníkov s nepočujúcimi pacientmi*. In: Beňo, P. – Tarcsiová, D. – Radková, L. (ed.). *Komunikácia s pacientmi/klientmi s postihnutím sluchu*. CD zborník vedeckých prác. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave, Typi Universitatis Tyrnaviensis, Trnava 2012, str. 49-74. ISBN 978-80-8082-536-2.
- (14) MOROVICSOVÁ, E., HEŘMANOVÁ, D., LAUKOVÁ, P., MAZALÁNOVÁ, A.: *Komunikácia v ošetrovateľstve*. - 1. vyd. - Bratislava : Univerzita Komenského, 2004. - 140 s. ISBN 80-223-1940-6.
- (15) MOROVICSOVÁ, E., IZÁKOVÁ, Ľ., KOŘÍNKOVÁ, V., KRÁLOVÁ, M., KRAJČOVIČOVÁ, D., OBUCH, I. - VAJDIČKOVÁ, K.: *Komunikácia v medicíne*. 1. vyd. - Bratislava :UK, 2011, ISBN 978-80-223-3025-1.
- (16) VOJTECHOVSKÝ, R.: *Konferencia v pražskej nemocnici „Tlmočník ako most komunikácie medzi počujúcim lekárom a nepočujúcim pacientom“*. Infonep č. 1/2008, s. 15 (ISSN 1337-5679)..

Právne predpisy:

Zákon č 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím prijatý v New Yorku v roku 2006, publikované: [Oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č. 317/2010 Z. z.](#)

Zákon č. 365/2004 Z.z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v platnom znení.

Zákon č. 382/2004 Z.z. o znalcoch, tlmočníkoch a prekladateľoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v platnom znení.

Odporúčania Rady Európy č. 1598 (2003) - Ochrana posunkových jazykov v členských štátoch Rady Európy. [online]

<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta03/EREC1598.htm>
◁videné 5.6.2012▷

Zákon č. 149/1995 o posunkovej reči nepočujúcich osôb.

Rezolúcia Európskeho parlamentu o posunkovom jazyku nepočujúcich z roku 1988. [online]
<http://www.nepocujuci.sk/content/files/46-rezolucia-europskeho-parlamentu-o-posunkovych-jazykoch-1988.pdf> ◁videné 5.12.2011▷

Kontaktná adresa:

Doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc.

Trnavská univerzita v Trnave

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Katedra LVM v zdravotníctve

Univerzitné nám. 1, 918 43 Trnava

pavol.beno@gmail.com

Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky,

Lekárska fakulta Univerzity Komenského

Sasinkova 2, 813 72 Bratislava

silvia.capikova@fmed.uniba.sk

PREDSUDKY A STIGMA DUŠEVNEJ PORUCHY

A. Čerňanová¹, S. Capíková²

¹Katedra psychiatrie LF SZU, UNB -Ružinov, Bratislava, cernanova@gmail.com

²Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LFUK, Bratislava,
silvia.capikova@fmed.uniba.sk

Abstrakt

Duševné poruchy sú verejnosťou i mnohými zdravotníkmi posudzované podľa predsudkov, dochádza k stigmatizácii a sociálnemu vylúčeniu chorých. Tieto negatívne postoje sú nielen rizikovými faktormi a dôsledkami duševných porúch, ale aj hlavnými bariérami adekvátnej psychiatrickej starostlivosti a sociálnej integrácie chorých. Prieskum názorov sestier a študentov zdravotníckych fakúlt potvrdzuje pretrvávajúci vplyv predsudkov. Kontakt s pacientmi a vzdelávanie však môže významne tento stereotyp modifikovať.

Kľúčové slová: duševne chorí, predsudky, stigmatizácia, zdravotnícki pracovníci, vzdelávanie.

Abstract

Prejudices and stigma of mental disorder. Among both lay public and health care professionals, mental disorders use to be evaluated according to prejudices. Mentally ill are object of stigmatization and social exclusion. The negative attitudes are not only risk factors, but also they constitute main barriers of adequate psychiatric care and social integration of the mentally ill. The results of the survey of opinions of nurses and pregraduate students of health faculties presented in this study approved the perpetuating influence of prejudices. The authors claim that the education and contact with patients can modify these stereotypes considerably.

Key words: mentally ill, prejudices, stigmatization, health professionals, education.

Úvod

Mýty, nedostatok informácií o duševných chorobách, ich priebehu a liečbe, ignorovanie faktov o duševných poruchách spolu so strachom z neznámeho a z choroby tvorí základ stigmy (Goffman 2003). Vzťah k duševne chorým a ich diskriminácia sú poznamenané už hlboko do histórie. Najskôr boli duševné choroby zvládané bez účasti medicíny, hlavne rodinnou starostlivosťou, čo je považované aj za jeden z dôvodov, prečo sa laik cíti byť v otázkach duševných porúch odborníkom. Od konca 19. storočia začala izolácia a exklúzia chorých do útulkov a nemocníc, nachádzajúcich sa ďaleko od miestnych komúní. Pôvodne dobrý úmysel liečby chorého v pokojnom a tichom prostredí, nakoniec psychiatriu vzdialil od

ostatných medicínskych odborov. (Höschl a kol. 2002) Negatívne postoje k duševným poruchám sú vštepované verejnosti už od detstva, napr. prostredníctvom televízie, kde takéto postavy vystupujú ako bláznivé, pojašené, hlúpe alebo silne agresívne a slúžia ako objekty výsmechu, zábavy, či strachu. Rose a kol. (2007) vyselekoval 250 termínov, akými 14 ročné deti v Anglicku opisovali duševné poruchy. Ani jeden výraz nebol pozitívny, zatiaľ čo 116 bolo veľmi hanlivých.

Stigma a predsudky

Najrozšírenejšie ***predsudky o duševných poruchách*** sú (Baudiš a Libiger 2002; Liga za duševné zdravie, 2012):

- Ľudia s duševnými poruchami nie sú schopní študovať, pracovať ani sa o seba dostatočne postarať, sú nespoľahliví.
- Správanie duševne chorých je nebezpečné a násilné.
- Hlavnou príčinou duševných porúch sú psychologické vplyvy a prepracovanie, podiel toxických vplyvov (alkohol, drogy) je bagatelizovaný.
- Duševné choroby súvisia so slabou vôľou, ktorú treba prekonať.
- Duševné choroby sú neliečiteľné.
- Ak má človek duševnú poruchu treba ho liečiť v nemocnici.
- Duševne chorý musí užívať lieky.
- Kto prišiel raz do kontaktu s psychiatriou je poznamenaný.

Duševná porucha v porovnaní s telesným ochorením je laikom ťažšie odhaliteľná, napríklad depresia môže vyzeráť len ako vystupňovanie bežných stavov ako smútok, strata záujmu, znížená aktivita a takýto človek je potom mylne pokladaný za jedinca slabej vôle, alebo prejavy schizofrénie imponujú ako povahové abnormity a chorý sa javí byť ako neschopný, nespoľahlivý, lenivý, málo adaptabilný, alebo naopak výbušný a násilný. Verejnosť pod vplyvom predsudkov práve ťarchu telesnej choroby oveľa lepšie ako duševnú poruchu (Höschl a kol. 2002).

Stigmatizovaná je aj psychiatrická liečba, najčastejšie ***mýty týkajúce sa psychiatrickej liečby*** sú:

- Liečba je charakteristická používaním elektrošokov, zveracích kazajok a mreží.
- Lieky, ktoré sa užívajú pri duševných ťažkostiach zmenia človeka.
- Všetky psychiatrické lieky sú návykové.
- Psychoterapia je „brainwashing“, psychická manipulácia.

Psychoterapia v porovnaní s farmakoterapiou nespôsobuje stigmatizáciu. Naopak verejnosť vníma farmakoterapiu (najmä s poukazom na vedľajšie účinky starších psychofarmák) za vysoko stigmatizujúcu. (Angermayer a kol. 1996)

Čerňanová (2011) zisťovala názory sestier z interných odborov na vybranú psychiatrickú liečbu. Elektrokonvulzívnu liečbu za dôležitú súčasť modernej biologickej liečby v psychiatrii považovalo len 47% respondentiek, 21% ju považuje za zastaranú liečebnú metódu a myslí si, že sa v súčasnosti už vôbec nepoužíva a 28% respondentiek ju nepovažuje za liečebnú metódu, pričom sú presvedčené, že elektrošoky slúžia len na pacifikáciu nepokojných a agresívnych pacientov. Čo sa týka podávania antidepresív pacientom (pravidelnosť, kontrola prehltnutia tabletky, latencia nástupu účinku a potreba dlhodobého užívania) mali sestry zo súboru potrebné znalosti. Postoje respondentiek k antidepresívnej liečbe boli rovnako ako u verejnosti ovplyvnené neoprávnenými obavami z následného poškodenia pamäti (40%) a z vytvorenia návyku (72%). 61% sestier by v liečbe depresie pred antidepresívami uprednostnila benzodiazepíny.

Psychiatria ako medicínsky odbor tiež znáša dôsledky stigmatizácie. Verejnosť ju považuje za odbor s nevedeckým charakterom, slúžiaci politickým účelom a používajúci šarlatánske liečebné postupy. Hanlivé a dehonestujúce postavenie má v očiach verejnosti aj personál pracujúci na psychiatriách. Psychiatri sú považovaní za podivínov, líšiacich sa od pacienta len tým, že majú kľúče od oddelenia. Mnohí z psychiatrov zažili podceňovanie aj od iných lekárov z rôznych odborov (Hamid 2009). Sestry pracujúce na psychiatrii sú zase vnímané ako menej odborne zdatné, menej schopné, ako iné sestry, sú charakterizované ako pomalé, nevládajúce bežné ošetrovateľské výkony, s pacientom sa vedia iba rozprávať, preto „skončili na psychiatrii“. Psychiatrická sestra je pritom sociálne vyzretou osobnosťou so širokým rozhľadom, ktorý je pri náročnej komunikácii s duševne chorým nevyhnutným predpokladom. Zo 173 opýtaných slovenských psychiatrických sestier 60% potvrdilo, že sa cítia byť diskriminované, pretože pracujú na psychiatrii. Najviac negatívnych skúseností opisovali zo strany lekárov a sestier zo somatických odborov- podceňujú ich názor a skúsenosti, znižujú význam psychiatrického konzília, sestry majú problém zamestnať sa na inom oddelení, lebo zamestnávateľ si väčšinou vyberie sestru zo somatického oddelenia. (Urbíliková 2012) Pri zisťovaní prestíže odboru sa psychiatrické ošetrovateľstvo umiestnilo na 11. mieste z 18 nelekárskych profesií v zdravotníctve (Marková 2006). Tieto predsudky prehlbujú stigma psychiatrického personálu a dehonestujú ich povolanie.

Vplyv masmédií

Nepriaznivý obraz duševne chorého sa roky formoval aj pod vplyvom negatívnych interpretácií duševných chorôb masmédiami. Masmédiá a najmä bulvárne médiá, v snahe čo najviac zaujať až šokovať verejnosť, prezentujú duševné poruchy prevažne chybné. Majú tendenciu klásť dôraz na senzáciu tragických udalostí v súvislosti s duševnými poruchami. Násilie tvorí prominentnú časť televíznych správ i bulvárnych článkov. Len málo informácií sa čitateľovi alebo divákovi dostáva o samotnej duševnej poruche. Často sú tieto informácie podané bez odborných znalostí (napr. schizofréniu považujú za rozdvojenú osobnosť, používajú nevhodné termíny ako napr. úspešná/neúspešná samovražda). Prejavy disocálnej psychopatie média generalizujú na psychózy, alebo vyzdvihujú význam násilných činov spáchaných duševne chorým s cieľom zaujať mystickou predstavou psychotických prejavov, čo automaticky vyvolá strach z neznámeho a vedie k asociácii duševných porúch s nebezpečným a neovládateľným správaním. Informácie sú často vytrhnuté z kontextu, nevysvetlené, veľa nepresností sa týka aj informácií o súdnych procesoch. Dôkazom toho ako tieto informácie ovplyvňujú a formujú verejnú mienku je napr. práca Applebyho z rokov 1987- 88. V máji 1987 v rámci prieskumu verejnej mienky zistil, že tretina opýtaných súhlasila s názorom, „že duševne chorí sú náchylní k násiliu“ a, „že tí, ktorí sa dopustili brutálnych násilných činov boli duševne chorí“. V auguste 1987 v sledovanej oblasti došlo k udalosti, pri ktorej schizofrenik spáchal mnohonásobné surové vraždy, po ktorých suicidoval. Táto udalosť bola opisovaná médiami pod rôznymi dramatickými titulkami. Keď sa týždeň po tejto udalosti znovu zopakoval uvedený prieskum výsledky ukázali významné zvýraznenie obáv a strachu z duševne chorých. O 6 mesiacov neskôr pri treťom zopakovaní prieskumu sa výsledky vrátili do pôvodného stavu. (Wessely 1997)

V Nemecku opýtaní respondenti tvrdili, že štvrtina násilia je páchaná duševne chorými (Angermeyer a Matschinger 2005). S predsudkom, že duševne chorí sú väčšinou nebezpeční a agresívni súhlasilo aj 20% opýtaných slovenských sestier a 26% študentov so zdravotníckych vysokých škôl (Čerňanová 2010). Skutočné riziko agresie duševne chorých zatiaľ nebolo pre mnohé metodologické problémy presne posúdené, doterajšie závery ukazujú, že je rovnaké ako u ostatnej populácii. Napr. chorí so schizofréniou- najviac stigmatizovaní psychickou poruchou, sa na vraždách podieľajú len 8% (Taylor 1995), na Slovensku 1-2% (Taylor 1995), stonásobne vyššia je však ich autoagresia- až 10% chorých na schizofréniu zomiera následkom suicídia (Taylor 1995). Taktiež výskum preukázal, že proces deinštitucionalizácie a zavedenie komunitných foriem starostlivosti neboli spojené so

zvýšením rizika spáchania vraždy ľuďmi s duševnými poruchami, ako bolo očakávané (Simpson a kol. 2004).

Dôsledky stigmaty

Na základe predsudkov sa utvorili stereotypy a postoje spoločnosti, vyjadrujúce potrebu kontrolovať, eliminovať a diskriminovať ľudí s duševnou poruchou. Duševná porucha sa tak stala akousi nálepkou, ktorú postihnutý nosí, často celoživotne. So stigmou je spojený pocit hanby, strach z posmechu a nízka sebaúcta. Stigma je príčinou nevyhľadania pomoci pri ťažkostiach. Duševne chorí svoju diagnózu zatajujú a potenciálne ohrozujúcim kontaktom sa vyhýbajú a uzatvárajú sa. Podľa Corrigan a Wasselovej (2008) približne polovica až tretina ľudí, ktorí by mohli profitovať z psychiatrickej liečby ju nikdy nevyhľadajú práve z dôvodu, aby neboli spájaní so stigmatizovanou skupinou duševne chorých. Stigma posilňuje príznaky duševného ochorenia, chorí sa s ňou vyrovnávajú zmenou svojho sociálneho správania. Obmedzujú svoje predošlé kontakty, opatrne komunikujú a vyhľadávajú podobne stigmatizovaných. Ďalším dôsledkom stigmaty je neschopnosť nájsť si prácu. Práca zvyšuje sebavedomie aj kvalitu života, 90% opýtaných duševne chorých sa chcelo vrátiť do pôvodného zamestnania, alebo sa chcelo zamestnať (Grove 1999). V Nemecku zistili silný negatívny vplyv stigmaty ako reakcia na návrat chorého so schizofréniou do svojho zamestnania (Schulze a Angermeyer 2003), dôkazom čoho je aj 40% miera zamestnanosti schizofrenikov v Nemecku (Marwaha 2007). Duševne chorí v Anglicku majú o 40% nižšie šance zamestnať sa v porovnaní s ostatnými postihnutými. Tretina zamestnávateľov v Írsku si myslí, že duševne chorí sú menej spoľahliví a viac ako polovica považuje za riziko zamestnať takúto osobu. Ľudia s duševnou chorobou sa zo strachu z odhalenia ich choroby boja nastúpiť do zamestnania a pri podávaní žiadosti o zamestnanie väčšina z nich zatajuje túto skutočnosť (Berthoud 2006). Obmedzené medziľudské vzťahy a finančné prostriedky ďalej znižujú kvalitu života postihnutého (Lehman 2002). Stigmatizácia svojim nepriaznivým vplyvom sa významne rozširuje aj na príbuzných chorého a mení ich sociálne fungovanie (Goffman 2003). Stigma je tiež príčinou strachu chorého nastúpiť do školy alebo pokračovať v štúdiu. Je tiež jednou z príčin vzniku alkoholovej či drogovej závislosti, spôsobuje sociálnu separáciu až bezdomovectvo, alebo vedie k dlhodobým pobytom v liečebniach, či k samovražde chorého. Negatívny vplyv stigmaty je taký veľký, že sa niekedy hovorí aj o „druhom ochorení“, ktoré sa následkom stigmaty vyvinie. V neposlednej rade so stigmou súvisí aj nižšia ochota verejných politik investovať do duševného zdravia.

Stigmatizačné zážitky našich pacientov

Vo výskume Urbílikovej (2012) sa z celkového počtu 293 psychiatrických pacientov 68% zhodlo na tom, že sú pre duševnú chorobu diskriminovaní, 76% nepociťovalo diskrimináciu zo strany zdravotníckeho personálu, 45% však pociťovalo diskrimináciu zo strany zamestnávateľa, ak mu oznámili, že trpia duševnou poruchou, 18% pacientov sa svojmu zamestnávateľovi s týmto faktom ani nepriznalo.

Stigmatizačné zážitky pacientov so schizofréniou z oblasti zdravotnej starostlivosti sledovali aj Polúchová a Heretik (2008), tieto potom porovnávali so zahraničnými štúdiami. Stigmatizačné zážitky sa týkali najmä prístupu lekárov a sestier. Nepsychiatri väčšinou podceňovali význam somatických ťažkostí, hlásených pacientmi so schizofréniou, psychiatri zase podceňujú schopnosť pacientov rozhodovať za seba, čo vedie k vylúčeniu pacientov z aktívnej účasti pri liečbe. Slovenskí pacienti na rozdiel od zahraničných hlásili aj diskriminačný prístup sestier voči nim. Uvádzané zážitky reflektovali na nedostatok záujmu a rešpektu zo strany sestier.

Zvláštnym sociálnym javom je aj zistenie, že psychiatri v bežných sociálnych situáciách zaujímajú od psychiatrických pacientov odstup. Je málo pacientov, s ktorými psychiatri uzavrujú manželstvo, o niečo lepšia situácia je medzi sestrami. Vysvetľuje sa to selektívnou skúsenosťou personálu s jedincami s duševnou poruchou. Personál ich vidí v najakútnejšej fáze choroby (Marková 2006).

Predsudky a profesionáli

Je malý rozdiel medzi postojmi verejnosti a políciou, napr. v Grécku prieskumom zistili, že 60% policajtov verilo, že ľudia s psychickými problémami sú oveľa nebezpečnejší ako všeobecná populácia, 47% z nich si myslí, že by mali byť kontinuálne na liekoch a 67% sa vyjadrilo, že by mali byť trvalo hospitalizovaní. (Psarra a kol. 2008).

Šupa (2006) skúmal názory na duševne chorých u študentov medicíny, psychológie a sestier s orientáciou na psychiatriu a potvrdil, že pre všetky skupiny probandov je spoločná sociálna reprezentácia duševne chorého vyjadrená v dimenziách inakosti, nepredvídateľnosti a možnosti agresívneho správania sa. Výsledky tohto výskumu sú porovnateľné aj s inými podobnými štúdiami, sledujúcimi, či sa študenti rôznych fakúlt, alebo zdravotnícki pracovníci riadia stereotypom. Čaplová a kol. (2011) zistili, že študenti Filozofickej fakulty v porovnaní so študentmi Lekárskej fakulty častejšie vyjadrili súhlas s predsudkami a väčší počet z nich by v prípade potreby vyhľadal psychiatra. Čerňanová (2012), tiež preukázala, že sestry z interných odborov (n=165) ako aj študenti zo zdravotníckych vysokých škôl (n=74) nevedia

správne identifikovať mýty o duševne chorých a suicidálnych osobách (študenti dosiahli o 3,6% vyššiu úspešnosť v identifikovaní mýtov). Duševne chorých väčšina respondentov nepovažuje za bezdomovcov a menej inteligentných a nemyslí si, že duševne chorí majú väčšinou aj telesnú vadu. Stále však dosť respondentov súhlasilo s tým, že duševne chorí sú nebezpeční a agresívni ako aj nezamestnaní a invalidizovaní. Mýty týkajúce sa samovraždy správne identifikovala len asi tretina súboru sestier a polovica súboru študentov. Sestry s kratšou praxou nesignifikantne menej často súhlasili s predsudkami. Na názory sestier neovplyvňovala výška dosiahnutého vzdelania. Úsudok študentov nebol ovplyvnený ani vekom ani pohlavím. Porovnaním odpovedí v podskupine budúcich záchranárov a medikov sa zistilo, že ich hodnotenie je veľmi podobné. Takže nielen laická verejnosť, ale i zdravotníci posudzujú problematiku duševných porúch na základe predsudkov, čo sťažuje resocializáciu duševne chorých.

Záver:

Stigmatizácia a sociálne vylúčenie sú nielen rizikovými faktormi a dôsledkami duševných porúch, ale aj hlavné bariéry adekvátnej psychiatrickej starostlivosti a sociálnej integrácie chorých. Destigmatizačné kampane (napr. kampaň SZO „Open the Door“) sa preto zameriavajú na zmenu postojov rodiny, zdravotníckych pracovníkov, verejnosti k pacientom s psychickou poruchou, na skvalitnenie sociálno-psychiatrických služieb, reintegrácie a na úpravu legislatívnych opatrení. Za posledné roky je vidno aj určité zlepšenie verejnej mienky: ľahšie a viac sa odporúča psychiatrické vyšetrenie, mnohí opýtaní sa domnievajú, že depresii môže byť zabránené a narastá aj ochota komunikovať s ľuďmi s psychickými problémami.

Literatúra

- (1) ANGERMEYER, M.C., MATSCHINGER, H.: *The stigma of mental illness in Germany: a trend analysis. Int J Soc Psychiatry*, 2005. 51(3): p. 276-84.
- (2) BAUDIŠ, P., LIBIGER, J.: *Psychiatrie a etika*. Praha : Galén, 2002, s. 156. ISBN 80-7262-104-1.
- (3) ČAPLOVÁ, T., KRAJČOVIČOVÁ, D., ANDRÉ, I. : *Názory poslucháčov niektorých vysokých škôl na predsudky voči osobám s psychickými poruchami. Psychiatria-Psychoterapia- Psychosomatika*, 18, č.1, 2011, ISBN 1335-423X, s.48-51.
- (4) BERTHOUD, R.: *The employment rates of disabled people*. 2006, Department of Work and Pensions: London.

- (5) ČERŇANOVÁ, A.: *Agresívny pacient z aspektu psychiatrického ošetrovateľstva*, *Psychiatria- Psychoterapia- Psychosomatika*, 17, 2010, č.2, ISSN: 1335-423X, s. 107-111.
- (6) ČERŇANOVÁ, A.: *Postoje a skúsenosti sestier z interných odborov k duševne chorým*. Nové smery v bio-socio-kultúrnej antropológii, Slovenská biologická spol. SAV, Bratislava a Ústav antropológie, Prírodovedecká fakulta, Masarykova Univerzita, Brno, 2011, ISBN: 987-80-89451-05-0, EAN:9783089451050, s: 36-40.
- (7) ČERŇANOVÁ, A., SABO, M.: *Názory študentov vysokých zdravotníckych škôl na predsudky voči duševne chorým*, *Lekársky obzor*, roč. LXI, ISSN 0457-4214, č. 7-8/2012, s.242-247.
- (8) CORRIGAN, P.W., WASSEL, A.: *Understanding and Influencing the stigma of Mental Illness*. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental health Services*. *Thorofare* 46. 2008. č 1. s.42-48. ISSN: 0279-3695.
- (9) HERETIK, A.: *Extrémna agresia I. Forenzná psychológia vraždy*. Psychoprof, Nové Zámky, 1999, 277s.
- (10) GOFFMAN, E.: *Stigma*. Praha : SLON, 2003. s. 168. ISBN 80-86429-21-0.
- (11) GROVE, B.: *Mental health employment - shaping a new agenda*. *Journal of Mental Health*, 1999. 8: p. 131-140.
- (12) HAMID- BALMA, S.: *Stigma, strach, predsudky, odmietaní*. *Esprit*, 2009, roč. 13, č. 7-8, s.7 ISSN 1214-2123.
- (13) HÖSCHL, C. a kol.: *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. s.895, ISBN 80-900130-1-5.
- (14) LEHMAN, A.: *Chronic Mental Patients: The Quality of Life Issue*. *Am J Psychiatry*, 139, 2002, 10, s.:1271-1276
- (15) LIGA ZA DUŠEVNÉ ZDRAVIE, 2012: dostupné na internete www.dusevnezdravie.sk
- (16) MARWAHA, S.: *Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany*. *Br J Psychiatry*, 2007. 191: p. 30-7.
- (17) MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M.: *Psychiatrická ošetrovateľská péče*, Grada publishing, Praha, 2006, ISBN: 80-247-1151-6, 352s.
- (18) POLÚCHOVÁ, J., HERETIK, A. jr. : *Stigma duševných porúch z pohľadu ľudí s diagnózou schizofrénia*. *Psychiatria- Psychoterapia- Psychosomatika*. 16. 2009. č1. s.2-11. ISBN 1335-423X.
- (19) PSARRA, V.: *Greek police officers' attitudes towards the mentally ill*. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2008. 31: p. 77-85.
- (20) ROSE, D.: *250 labels used to stigmatise people with mental illness*. *BMC Health Serv Res*, 2007. 7: p. 97.

- (21) SIMPSON, A.I.: *Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-2000*. Br J Psychiatry, 2004. 185: p. 394-8.
- (22) SCHULZE, B., M.C. ANGERMEYER: *Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals*. Soc Sci Med, 2003. 56(2): p. 299-312.
- (23) ŠUPA, J.: *Sociální prezentace duševně nemocného u budoucích profesionálních pracovníků jako proměnná v léčebném procesu*. Čs. a Slov. Psychiat. 102. 2006. č.6. s.299-306 ISSN 1212-0383.
- (24) URBLÍKOVÁ, M.: *Špecifika starostlivosti o psychiatrického pacienta*, rigorózna práca FOaZOŠ SZU, 2012, 128s.
- (25) TAYLOR, P.J.: *Schizophrenia and the Risk of Violence*. In: Hirsch S.R. Weinberger D.R.: *Schizophrenia*. Blackwell Science Ltd. 1995. p. 163-183.
- (26) WESSELY, S.: *The epidemiology of crime, violence and schizophrenia*. Br J Psych, 170 /suppl.32/, 1997, p.8-11.

Kontaktná adresa:

Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky,

Lekárska fakulta Univerzity Komenského

Sasinkova 2, 813 72 Bratislava

silvia.capikova@fmed.uniba.sk

WOLONTARIAT HOSPICYJNY W WIELOWYMIAROWYM WSPARCIU CHORYCH I ICH NAJBLIŻSZYCH

L. Szot

Abstrakt

Prosociálna činnosť založená na konštitutívnych črtách dobrovoľníctva stáva sa v súčasnej dobe žiaducim a očakávaným elementom občianskej spoločnosti. Prezentovaný článok kladie dôraz nie len na osobnostné predispozície dobrovoľníckej aktivity a motivácie dobrovoľníkov, ale aj na duchovné a náboženské determinanty dobrovoľníctva v hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Cieľom predkladanej štúdie je analýza postavenia dobrovoľníkov v problematike hospicovej práce a zistenie ich motivácie, s dôrazom na spirituálne a náboženské dimenzie ľudského života.

Abstract

Hospice volunteering in the context of multidimensional social support of patients and their family members. The prosocial activity based on the constitutive features of volunteering becomes the current demand and expected element of civil society in present time. The presented article puts emphasis not only on the personal predisposition of volunteer activities and motivation of volunteers, but also to spiritual and religious determinants of volunteering in hospice and palliative care. The aim of this study is to analyze the status of volunteers in issue of hospice work and finding of their motivation with an emphasis on spiritual and religious dimensions of human life

Aktywność prospołeczna oparta o konstytutywne reguły wolontariatu staje się w dobie współczesnej bardzo pożądanym i oczekiwanym sposobem wkładu jednostki w rozwój społecznej, a nawet ogólnoludzki. Wynika to z wielu względów, jednym z nich jest potrzeba wzmacniana systemów społecznych, dowartościowywanie postaw humanistycznych, wzmacnianie poczucie kreowania rzeczywistości, odczytywania zadań interesariusza zewnętrznego osób wykluczanych i marginalizowanych społecznie. Wskazane źródła wyzwalania aktywności wolontariackiej należy uzupełnić odkrywanym i dowartościowywanym na nowo obszarem motywacji duchowych i religijnych. W powyższy nurt wpisuje się działalność wolontariatu hospicyjnego, w którym w pełnej harmonii i synergii funkcjonuje płaszczyzna horyzontalna i wertykalna. Wpływa to w sposób zasadniczy na dostrzeżenie wielowymiarowych potrzeb adresatów aktywności hospicyjnej i adekwatnej oferty wsparcia wolontariatu hospicyjnego, co podejmie niniejszy artykuł.

1. Wolontariat hospicyjny

Aktywność człowieka oparta o zasadę bezinteresowności jest obecna w życiu społecznych od czasu jego egzystencji na ziemi. Przesuwały się jedynie akcenty motywacyjne i stosowana terminologia, natomiast główny kierunek wspierania człowieka w potrzebie był i jest zawsze aktualny. Istotnym impulsem w promocji postaw i zachowań bezinteresownych było ogłoszenie przez Organizację Narodów Zjednoczonych roku 2001 Rokiem Wolontariatu. Pogłębiona refleksja nad aktywnością społeczną, opartą o aksjomat pomocy osobom potrzebującym wielorakiego wsparcia, przyjęła postać determinanty w sytuacji słabej kondycji instytucjonalnej istniejących struktur państwowych, ale przede wszystkim ujawniania wielkości ducha człowieka zdolnego do podejmowania systematycznej posługi wolontariatu. Człowiek nigdy nie jest na tyle zajęty, aby nie mógł być wolontariuszem.

Wolontariat posiadając krótką historię, swoim zakresem wpisuje się w nurt aktywności wyrosłej z ewangelicznej postawy miłości bliźniego. Wolontariusze o inspiracji ewangelicznej istnieli od początku Kościoła i nie brakowało ich nigdy w całej jego historii³. Wolontariat oparty na powszechnie przyjętych wartościach humanistycznych cechuje wymiar ekumeniczny i ponadreligijny. Nie znaczy to, że nie istnieje naturalny i ścisły związek pomiędzy tą formą pomocy potrzebującym a wiarą w Boga. Wśród wielu organizacji wolontariackich, nie związanych z żadną denominacją religijną, pracują wolontariusze podkreślający inspiracje i motywacje religijne swojego zaangażowania⁴.

Ostatnia dekada przywraca termin wolontariat, zmieniając zasadniczo zakres jego funkcjonowania i jednocześnie wypierając utrwalone w tym względzie wzorce⁵. Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu definiuje tę formę aktywności społecznej jako bezpłatne, świadome, dobrowolne działanie na rzecz innych, wykraczające poza więzi rodzinno-koleżeńsko-przyjacielskie⁶. Pomoc w potrzebie może być realizowana za pośrednictwem organizacji społecznych, wówczas występuje wolontaryzm formalny, lub spontanicznie i bezpłatnie przez jednostkę, tzw. wolontaryzm nieformalny⁷. Centralnym

³ List pasterski biskupów polskich o wolontariacie „Od miłosierdzia słów do miłosierdzia czynów”. W: Materiały z Konferencji w Lublinie „W służbie człowiekowi – hospicjum”. Lublin 2011 s. 85; J. Chrapek. Dzielimy się miłością – Wolontariat. „Roczniki Naukowe Caritas” 5:1996 s. 16-18.

⁴ Tamże, s. 15.

⁵ Por. P. Krakowiak. „Lubię pomagać” – powrót do ideału wolontariatu. W: Lubię pomagać. Program rozwoju wolontariatu hospicyjnego 2007-2010. Red. Krakowiak P., Modlińska A., Bohdan Z., Gdańsk 2010 s. 7-12.

⁶ S. Gawroński. Ochotnicy miłości bliźniego. Przewodnik po wolontariacie. Warszawa 1999 s. 10 n.

⁷ A. Zych. Słownik gerontologii społecznej. Warszawa 2001 s. 61.

zadaniem wolontariatu jest zaplanowane, systematyczne i bezinteresowne poświęcanie czasu dla dobra społeczeństwa.

Społeczne funkcje wolontariatu nie ograniczają się jedynie do stref niesprawiedliwości i nierówności społecznej, w których podejmuje działania wiele organizacji rządowych i pozarządowych. Jego aktywność wykracza daleko poza domenę materialną. Dynamika, elastyczność, entuzjazm oraz wewnętrzna natura wolontariatu sprawiają, iż staje się on nośnikiem wartości wychowawczych⁸.

Wolontariat dowartościowuje sens służby bliźnim, buduje postawę odpowiedzialności za kształt życia społecznego, przywraca blask etosu miłości solidarnej⁹. Do podstawowych zadań wolontariatu należy zaliczyć:

- a) stymulowanie instytucji publicznych i domaganie się praw dla najsłabszych od państwa, które winno pomagać potrzebującym ze względu na równą godność obywateli
- b) wyprzedzanie odpowiedzi państwa na nagłe potrzeby, przez wytyczanie linii interwencji i modeli pozytywnych dla działalności struktur publicznych
- c) tworzenie nowej świadomości u osób, które zazwyczaj nie martwią się trudną sytuacją innych, odbudowując tkankę obywatelską i moralną społeczeństwa
- d) integracja służb publicznych w sektorach, w których interwencja państwa jest niewystarczająca (np. wspólnoty terapeutyczne dla osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków)
- e) ukazywanie sensu służby społecznej w sytuacji obojętności w wielu strukturach publicznych, kiedy działania pomocowe są nieadekwatne do potrzeb, zbiurokratyzowane i często spóźnione¹⁰.

2. Specyfika wolontariatu hospicyjnego

Terminalna faza choroby nowotworowej jest związana z nawarstwianiem się przykrych zaburzeń fizjologicznych, trudnym do opanowania bólem fizycznym i doświadczaniem cierpienia psychicznego, któremu towarzyszy osaczające przecucie bądź pewność śmierci. Czynności opiekuńcze muszą więc mieć taki charakter, by możliwie najpełniej zaspokoić rzeczywiście odczuwane potrzeby chorego i osób mu najbliższych. Tego rodzaju dyrektywa stanowi urzeczywistnianie pozytywnego aspektu społeczno-etycznej zasady pomocniczości w opiece paliatywnej. Jej realizację potwierdza również hospicyjna reguła integracji oddziaływań wspierających, które nakazuje kompleksowość działań mających na celu

⁸ H. Skorowski. Zaangażowanie społeczne istotnym wymiarem życia człowieka wiary. „Roczniki Naukowe Caritas” 5:1996 s. 60 n.

⁹ W. Przygoda. Wolontariat chrześcijański w życiu i działaniu Kościoła. „Roczniki Naukowe Caritas” 5:1996 s. 42.

¹⁰ S. Gawroński. Ochotnicy miłości bliźniego. Przewodnik po wolontariacie. Warszawa 1999 s. 26-27.

neutralizowanie cierpienia we wszystkich jego przejawach, ponieważ łagodzenie bólu, choć jest pierwszym zadaniem w porządku pracy hospicyjnej, nie może ani wyczerpywać, ani przesłaniać innych potrzeb pacjenta¹¹. Z normy integracji oddziaływań wspierających wynikają trzy ważne nakazy:diagnozowania potrzeb pacjenta,wszechstronności udzielanej pomocy,działań zespołowych¹².

Rozpoznanie występujących dolegliwości, stanu psychicznego i sytuacji socjalnej pacjenta stanowi punkt wstępny do podjęcia działań zespołu hospicyjnego, zmierzających do zaspokojenia indywidualnych potrzeb podopiecznego¹³.

Celem ruchu hospicyjnego jest redukcja cierpienia człowieka umierającego poprzez udzielenie mu wielowymiarowej i systematycznej pomocy – okrycie go opieką „jak płaszczem” (łac. *pallium*)¹⁴. Przedstawione ujęcie opieki paliatywnej znajduje swoje odzwierciedlenie w „Karcie Hospicjum”, w której znajduje się następujący zapis¹⁵: „Hospicjum powołuje się dla sprawowania wszechstronnej opieki medycznej, psychologicznej, duchowej i społecznej nad chorymi, znajdującymi się w terminalnym okresie choroby, głównie choroby nowotworowej oraz dla opieki nad ich rodzinami”.

Wsparcie medyczne charakteryzuje się dążeniem do usunięcia lub zmniejszenia dolegliwości fizycznych i bólu somatycznego u pacjenta. Podawanie środków przeciwbólowych ma na celu przerwanie błędnego koła pomiędzy bólem, lękiem i osamotnieniem chorego.

Długotrwałe cierpienie bez nadziei wyleczenia rujnuje wypracowaną przez lata strukturę osobowości człowieka, co często powoduje trudności w psychicznym funkcjonowaniu pacjenta. Zmaganiu się ze śmiercią często towarzyszą negatywne emocje, nieadekwatne do sytuacji zmiany nastroju i nieadaptacyjne reakcje w postaci zaprzeczania chorobie, depresji i/lub apatii¹⁶.

¹¹J. Pleskaczyński. Kryzys sensu życia w doświadczeniu choroby i śmierci. „Życie Duchowe” 5:1996 s. 25-39.

¹² M. Kalinowski. Wspólnoty nadziei. Realizacja zasad życia społecznego w ruchu hospicyjnym. Lublin 2007 s. 124n.

¹³ K. Masłowski. Chorzy terminalnie – wsparcie psychiczne. W: Wzrastanie człowieka w godności, miłości i miłosierdziu. Red. M. Kalinowski. Lublin 2005 s. 303-316; J. Meyza. O porozumiewaniu się z chorym na raka. „Nowotwory” 46:1996 z. 6 s. 225-230.

¹⁴ M. Hołubicki. Opieka paliatywna i hospicyjna w Polsce. W: Człowiek nieuleczalnie chory. Red. B. Block. W. Otrębski. Lublin 1997 s. 11; Z. Waleszczuk. Motywy i cele służby hospicyjnej. Wrocław 2004 s. 92.

¹⁵ Karta Hospicjum ogłoszona na I Zjeździe Ogólnopolskiego Forum Ruchu Hospicyjnego w Gdańsku w dniach 1-3 lipca 1992 r. „Gościna Serca” 1:1993 nr 3 s. 2.

¹⁶ E. Kübler-Ross. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Poznań 2009 s. 39-40; G. Roth. Cieleśny, duchowy i psychiczny wymiar choroby. Tł. E. Mendyk. Com. 18:1998 nr 3 s. 10-16; K. Walden-Gałuszko. Problemy pomocy psychologicznej chorym w terminalnym okresie

System pomocy oferowany w ramach przedsięwzięć socjalnych zależy jest od sytuacji chorego i jego rodziny. Do najczęściej występujących form takiej aktywności należy zaliczyć zabezpieczanie bezpłatnej opieki, lekarstw, opatrunków i/lub żywności, pomoc w zakupie artykułów żywnościowych dla chorych przebywających w domach, organizowanie zajęć poza domem, zapewnienie jak najlepszego poziomu hospitalizacji i rehabilitacji.

Wymiar duchowy w funkcjonowaniu człowieka można wyrazić poprzez pragnienie osiągnięcia i doświadczania wartości niematerialnych – prawdy, dobra, sprawiedliwości, piękna, a także jako potrzebę kontaktu z Wartością Najwyższą zwaną Absolutem lub Bogiem¹⁷.

3. Wielowymiarowość wsparcia wolontariatu hospicyjnego na podstawie badań empirycznych

Zagadnienie motywacji w pracy wolontariusza jest obecne w literaturze przedmiotu¹⁸, uzupełniane i ubogacane badaniami empirycznymi¹⁹. Poznanie motywacji wpływa niewątpliwie na jakość usług placówek hospicyjnych, a w konsekwencji zabezpiecza właściwe odniesienie do chorych umierających i ich najbliższych. Przedstawiciele wolontariatu hospicyjnego zapytano, jakie motywacje zdecydowały o zaangażowaniu w hospicjum? Pytanie miało charakter zamknięty z możliwościami wyboru dziesięciu merytorycznych odpowiedzi oraz możliwości „inne”, a odpowiedzi charakter wielokrotny. Największe wskaźniki wyboru uzyskała odpowiedź: „chciałem pomóc ludziom w potrzebie” (97,5%), następny wybór to: „chciałem ulżyć w bólu blížnim” (87,2%), „chciałem pokonać lęk przed cierpieniem i śmiercią” (47,5%), „chciałem wypełnić religijne zobowiązanie” (30,0%), „traktowałem to jako formę wypełnienia czasu wolnego” (27,8%), „chciałem wypełnić obowiązek obywatelski” (22,3%), „chciałem zdobyć doświadczenie potrzebne do

choroby nowotworowej. W: Człowiek nieuleczalnie chory. Red. B.L. Block, W. Otrębski. Lublin 1997 s. 120-125.

¹⁷K. de Walden-Gałuszko. Problemy psychiczne, duchowe i etyczne. W: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Red. K. de Walden-Gałuszko i A. Kaptacz. Warszawa 2005 s. 195.

¹⁸ Zob. M. Kalinowski. Towarzystwo w cierpieniu. Posługa hospicyjna. Lublin 2002; W. Przygoda. Lublin 2012

¹⁹ Liczne badania prowadzone są w Katedrze Opieki Społecznej, Paliatywnej i Hospicyjnej w Instytucie Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, z którą współpracuje od szeregu lat piszący te słowa. Badania przeprowadzono w latach 2011-2012 w hospicjach: Chełmskie Stowarzyszenie Hospicjum Domowe im. ks. Malinowskiego w Chełmie, Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie, Hospicjum w Puławach i Hospicjum w Świdniku. Przedstawiane wyniki badań to efekt współpracy środowiska lubelskiego z Uniwersytetem Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Grupa badawcza prezentowanych wyników badań to 96 wolontariuszy hospicyjnych.

przyszłej pracy” (20,0%), „chciałem zapomnieć o swoich problemach” (20,9%), „pod wpływem przyjaciół ze środowiska wolontariuszy” (17,4%), „członek mojej rodziny korzystał kiedyś z opieki hospicyjnej” (15,1%), „poszukiwanie wsparcia od innych osób” (10,0%). Motywacje humanistyczne wiodą więc prym w typologii motywacji, równie ważne znaczenie dla respondentów miały przesłanki religijne. Mniejszy wpływ na podjęcie działań w hospicjum posiadają podstawy o charakterze kulturowe i pragmatyczne. Taki rozkład odpowiedzi jest odzwierciedleniem stopnia trudności zaangażowania w hospicjum. Motywacje powierzchowne i doraźne nie zabezpieczają trwałości postaw i zachowań zgodnych z etosem hospicyjnym. Wysoki odsetek postaw altruistycznych mimo trudnej sytuacji materialnej znacznej części społeczeństwa łamie tezę o zależności pomiędzy zamożnością i wolontariatem, idącą w kierunku wzrostu wolontariatu wraz ze wzrostem zaspokojenia własnych potrzeb życiowych. Potwierdza to również literatura podejmująca zagadnienie choroby, cierpienia i umierania oraz dotychczasowe doświadczenia funkcjonowania placówek hospicyjnych²⁰.

W zapewnieniu efektywności oddziaływań wolontariuszy należy podjąć zagadnienie problemów w realizacji ich zadań. Poproszono respondentów o wskazanie na trudności w wykonywaniu ich obowiązków. Najczęściej podkreślano „ograniczenia czasowe” (37,3%), „wysoki poziom stresu” (12,6%), „brak chęci współpracy ze strony rodziny” (10,0%), „nie radzenie sobie z emocjami” (7,8%), „zbyt niskie kwalifikacje” (8,9%), „trudności finansowe” (5,0%), „niechęć ze strony personelu placówki” (2,5%). Ograniczenia w realizacji zadań wolontariatu w znacznej mierze wynikają z uwarunkowań osobowych, indywidualnych, a znacznie rzadziej z progów instytucjonalnych. Świadczy to więc o właściwym poziomie ustrukturyzowania placówek hospicyjnych, dopracowania procedur postępowania, ewaluacji personelu, jako wynik wewnętrznego systemu zapewnienia jakości życia chorym umierającym i ich osobom najbliższym.

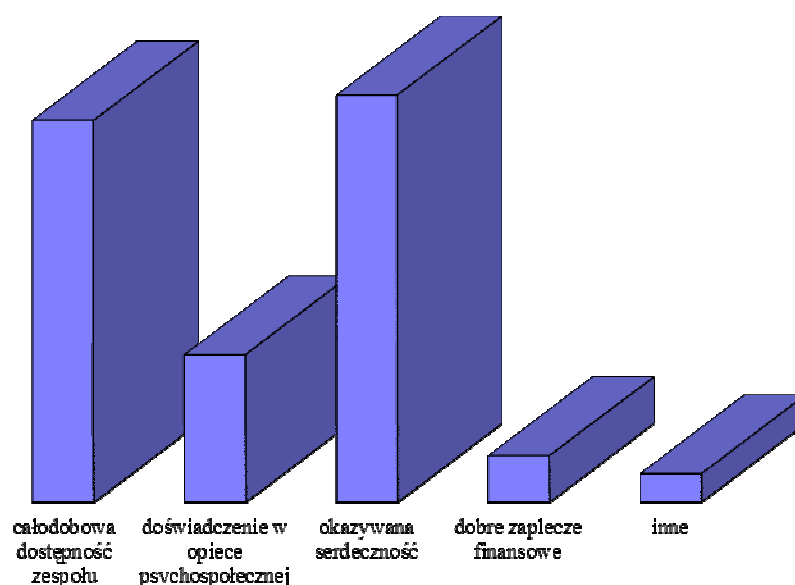
Tradycyjny zakres oddziaływania wolontariatu hospicyjnego wśród chorych umierających i ich rodzin opiera się na płaszczyznach aktywności hospicyjnej: medyczna, psychologiczna, socjalna i duchowa. Efektywność pierwszej zależy w znacznej mierze od zaangażowania edukacyjno-szkoleniowe. Zapytano respondentów o gotowość podnoszenia kwalifikacji w zakresie opieki paliatywnej. Wskaźnik pozytywnych odpowiedzi jest

²⁰ M. Masłowski. Zespół hospicyjny w posłudze chorym terminalnie. Studium pastoralne na podstawie badań wybranych ośrodków hospicyjnych w Polsce. Lublin 2002 s. 164; S. DuBoulay, M. Rankin. Okno nadziei. CicelySaunders – założycielka ruchu hospicyjnego. Kraków 2009; Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym. Red. K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska. Lublin 2010.

zaskakująco duży (91,7%). Świadczy to bardzo pozytywnie o środowisku hospicyjnym, szczególnie jego medycznym kręgu, gdyż w odbiorze społecznym powyższy aspekt nie znajduje tak szerokiego poparcia. Odpowiedzi negatywnych dotyczących poszerzania wiedzy w zakresie opieki paliatywnej udzieliła mała grupa członków wolontariatu hospicyjnego (3,6%). Parametr edukacyjno-szkoleniowy w płaszczyźnie medycznej w odniesieniu do wolontariatu stanowi ważny barometr kompetencji przedstawicieli ruchu hospicyjnego w posłudze chorym terminalnie. Przeprowadzone badania dowodzą o znacząco wysokim zaangażowaniu całego hospicjum, również wolontariuszy nie medycznych w działania podnoszące ich profesjonalizm w opiece paliatywnej.

Adekwatność oddziaływań wolontariatu w obszarze psychosocjalnym zakłada poznanie najważniejszych zadań w opiece psychospołecznej. Takie zapytanie postawiono przedstawicielom wolontariatu hospicyjnego, a wyniki przedstawia poniższy wykres.

Wykres. Najważniejsze zadania w opiece psychospołecznej w opinii wolontariuszy hospicyjnych.



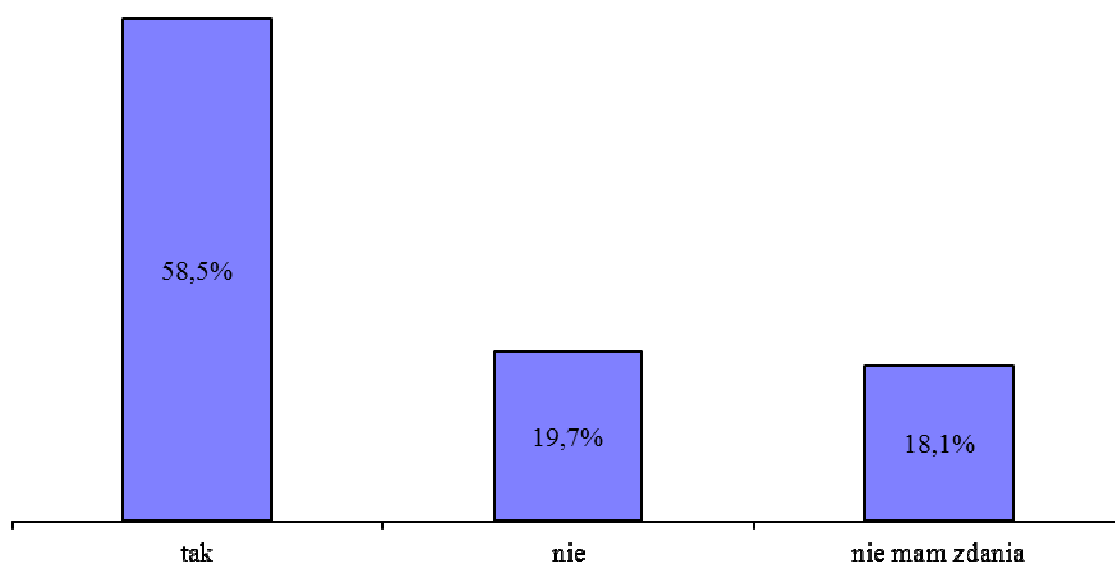
Cechy ludzkie: „okazywanie serdeczności” (62,5%), dobre rozwiązania logistyczne: „całodobowa dostępność hospicjum” (51,2%), profesjonalizm w działaniu: „doświadczenie w opiece psychospołecznej” (36,4%), podstawy ekonomiczne: „dobre zaplecze finansowe”

(10,7%), to w opinii wolontariuszy hospicyjnych fundamentalne zasady we wsparciu psychologicznym i socjalnym, zarówno chorych umierających, jak i ich rodzin.

Wolontariusze hospicyjni w wypowiedziach dotyczących istoty opieki psychospołecznej stoją na stanowisku dowartościowania płaszczyzny humanistycznej. Zwracają uwagę na relacje bezpośrednie idące w kierunku otwarcia na wszelkie potrzeby człowieka umierającego i ich rodzin. Relacje funkcjonalne mają mniejsze znaczenie, gdyż ich występowanie jest wpisane niejako w korpus działalności społecznej, natomiast relacje mniej formalne, bezpośrednie wymagają znacznego wewnętrznego zaangażowania i przełamywania funkcjonujących stereotypów i wzorców zachowań.

Poznanie opinii na temat partycypacji całego gremium hospicyjnego w pomocy socjalnej skłania do głębszego pójścia w tym kierunku i zapytania o chęć współpracy w ramach zespołu hospicyjnego w zakresie pomocy socjalnej. Chodzi więc nie o przedstawienie swojej opinii, co miało miejsce w pytaniu powyżej, ale osobistą deklarację podejmowania aktywności w tym względzie.

Wykres. Deklaracja gotowości współpracy wolontariuszy hospicyjnych w ramach zespołu hospicyjnego w zakresie pomocy socjalnej .

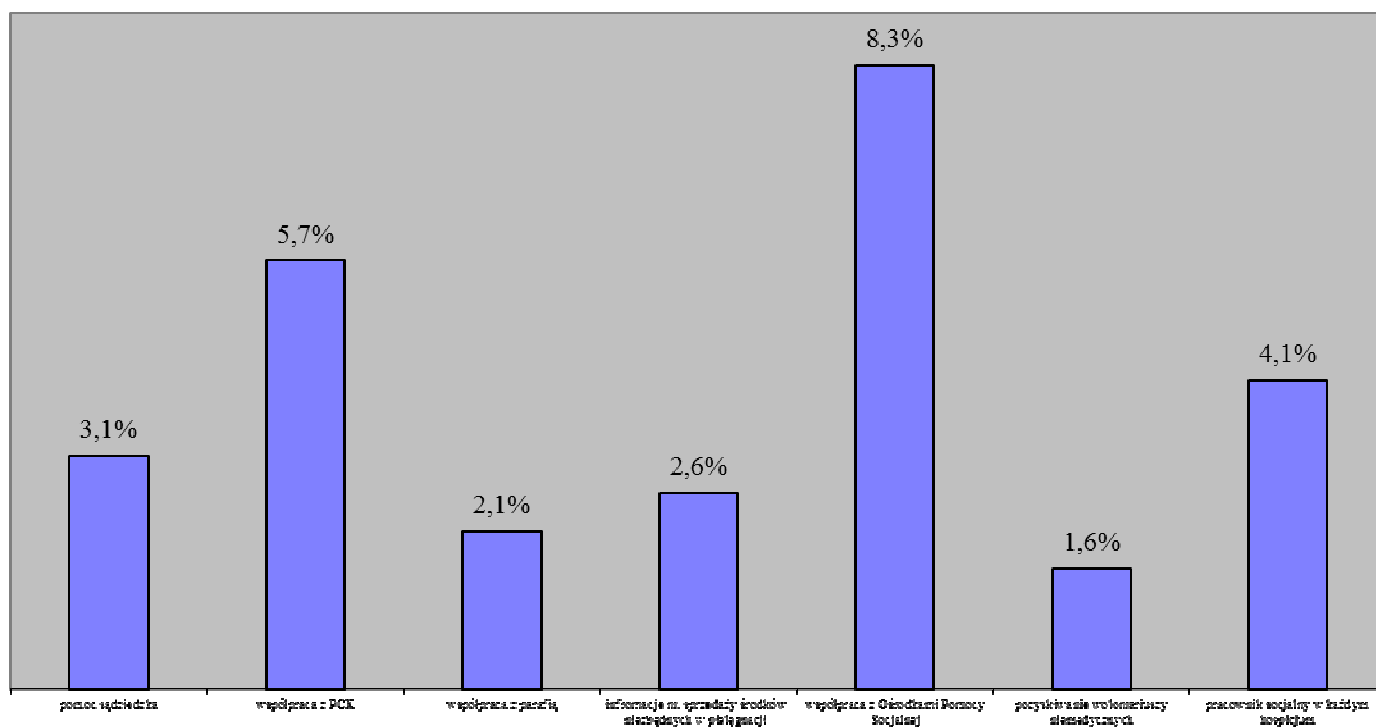


Wolontariusze hospicyjni w większości wypowiadali gotowość współpracy w zakresie pomocy socjalnej. W uzasadnieniu odpowiedzi najczęściej wskazywano potrzebę chorego w tym zakresie, motywowano również większym zaufaniem i lepszym kontaktem z terminalnie chorym i jego otoczeniem. Oto kilka wypowiedzi respondentów: „Dwie

osoby z mojej rodziny miały chorobę nowotworową, więc wiem jak potrzebna jest pomoc lekarza, kapelana, i wolontariuszy osobie chorej, jak również rodzinie. Dlatego też pragnę ulżyć innym tak jak potrafię”, „tak, ale zależy to od tego jak daleki jest zakres pomocy socjalnej”, „choremu trzeba zapewnić możliwości uzyskania potrzebnych środków materialnych od osób, które takimi środkami dysponują”, „tak, to jest koniecznością, aby zapewnić pewnego spokoju, komfort i bezpieczeństwo chorego”, „jeśli ktoś jest biedny, to się z nim dzielę czym mogę”, „aby pacjent rzeczywiście czuł się otoczony płaszczem potrzebuje uśmierzenia najpierw bólu itp. oraz bezpieczeństwa egzystencjalnego”.

Płaszczyna socjalna działalności hospicjum z racji niedostatków gospodarczych i trudnej sytuacji ekonomicznej znacznej grupy Polaków stanowi coraz większy problem dla istniejących placówek. Poszukuje się nowych form realizacji powyższej funkcji przez wolontariuszy hospicyjnych. Jego przedstawiciele zapytano o formy aktywności hospicjum w zakresie pomocy socjalnej chorym terminalnie i ich najbliższemu otoczeniu.

Wykres. Pomoc socjalna chorym terminalnie i ich najbliższym w opinii wolontariuszy hospicyjnych

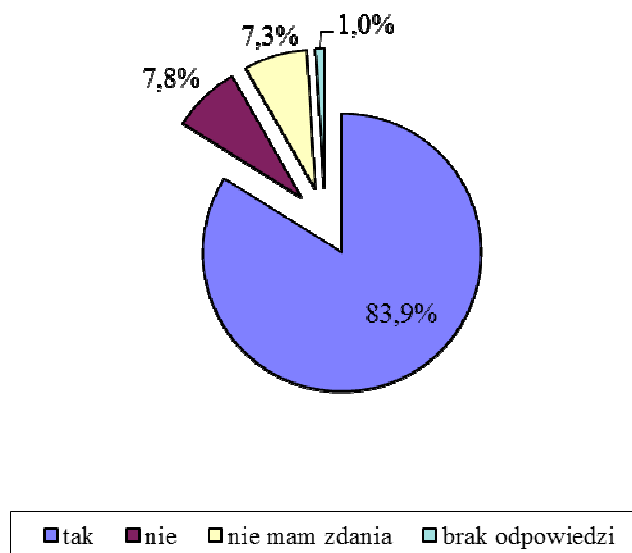


W opinii wolontariuszy hospicyjnych najważniejszą formą pomocy socjalnej chorym terminalnie i ich najbliższemu otoczeniu jest bliższa współpraca z Ośrodkami Pomocy Socjalnej funkcjonującymi w strukturach administracji samorządowej przy urzędach miejskich i gminnych. Dowartościowania wymaga zdaniem hospicjantów kooperacja z bardzo zasłużoną i doświadczoną organizacją Polskiego Czerwonego Krzyża. Posiada ona dobrze rozwinięte struktury, bazę lokalową i służby logistyczne. W przekonaniu przedstawicieli hospicjum potrzebą chwili jest również oddelegowanie z własnego grona osoby do spraw socjalnych. W wielu zespołach pracownik socjalny odbierany jest jako niepotrzebny luksus i w sytuacji braku wolontariuszy niemedycznych pozycja powyższa nie jest w należyty sposób zauważalna. Pomoc sąsiedzka w oczach personelu to obszar wymagający większej aktywizacji. Nabiera to szczególnego znaczenia w formie hospicjum domowego i dziennego. Znaczącą pomoc socjalną w opinii respondentów mogą oddać wspólnoty parafialne wraz z własnymi strukturami, np. parafialnymi zespołami charytatywnymi. W formie hospicjum stacjonarnego aktywność parafii jest częściej dostrzegana, szczególnie w sytuacji ulokowania hospicjum w granicach administracyjnych danej wspólnoty parafialnej. Większego dowartościowania wymaga obudzenie postawy solidarności w znakomitej większości polskich parafii znających podobne placówki jedynie z ogłosów massmediów. Na liście usprawnień socjalnych umieszczano również potrzebę szerszej informacji na temat sprzedaży środków niezbędnych w pielęgnacji chorych oraz rekrutacja większej liczby wolontariuszy niemedycznych.

Wsparcie duchowe stanowi punkt dojścia całego procesu asystowania choremu i jego rodzinie. Czy jest to obszar zarezerwowany jedynie dla duchownego? Zapytano wolontariuszy o podmiot opieki duchowej.

Odpowiedzi na to pytanie dostarcza poniższy wykres.

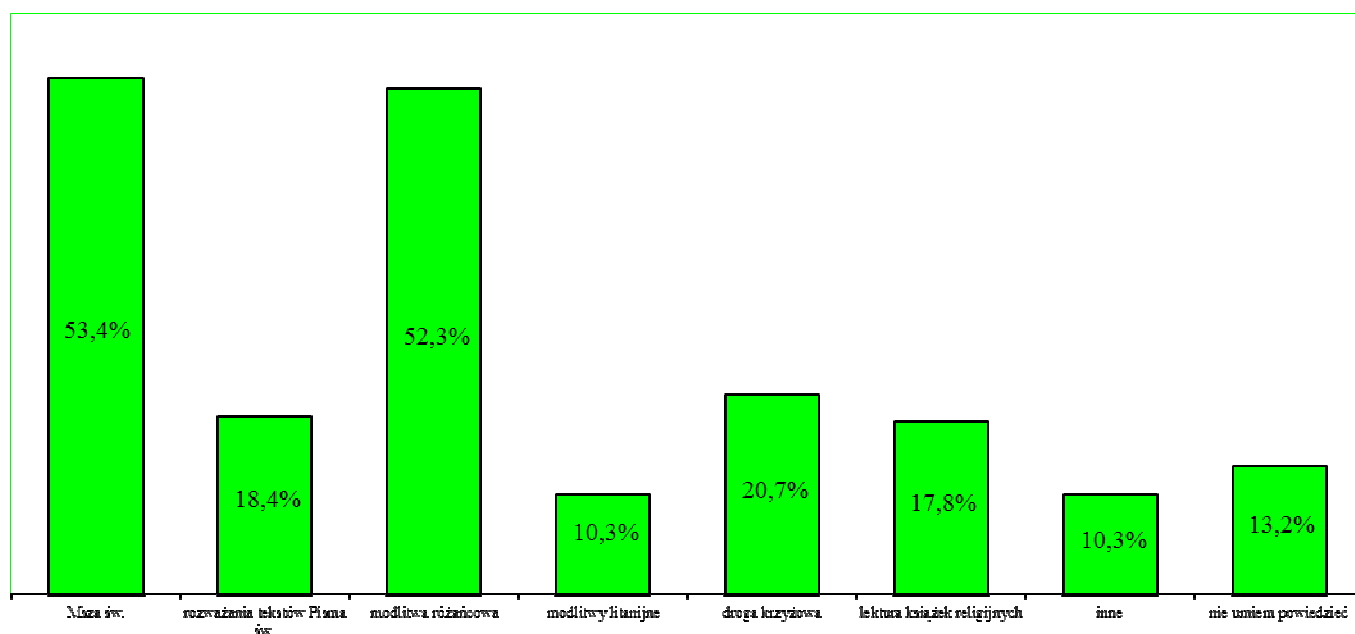
**Wykres. Autodeklaracje dotyczące zespołu hospicyjnego
w duchowym wsparciu w opinii wolontariuszy.**



Zdecydowany krąg wolontariuszy hospicyjnych wypowiedział się za podjęciem pomocy duchowej wobec chorych terminalnie przez wszystkich tworzących personel hospicyjny. Znaczna jednomyślność w tym względzie świadczy o jasnym stanowisku potwierdzonym osobistym doświadczeniem. Niewątpliwym wpływem na wypowiedzi personelu posiada bardzo skromna reprezentacja duchownych w ruchu hospicyjnym. Większość hospicjów w Polsce nie posiada na stałe oddelegowanego kapłana, a posługę w nich spełniają duchowni z okolicznych wspólnot parafialnych.

Wymiaru religijny wsparcia duchowego zajmuje istotne miejsce w aktywności kapelana hospicyjnego. Praktyki religijne w opinii chorych terminalnie stanowią niepodzielny komponent opieki duchowej. Jakie praktyki religijne najbardziej wspierają Pana(ią) w chorobie?

Wykres. Praktyki religijne oczekiwane przez podopiecznych hospicjum i ich najbliższych w opinii wolontariuszy hospicyjnych.



Wolontariusze hospicyjni spośród praktyk religijnych najbardziej oczekiwanych przez chorych i ich rodziny najczęściej wymieniają Mszę św. i modlitwę różańcową, jako najbardziej wspierające w cierpieniu. W dalszej kolejności wskazywano na nabożeństwo drogi krzyżowej, rozważanie tekstów Pisma św. i lekturę książek religijnych. Powyższe praktyki religijne rysują świat cierpienia wykraczający poza funkcjonujące standardy i modele idące w kierunku zapewnienia komfortu somatycznego człowiekowi w terminalnym stadium choroby i ukojenie bólu emocjonalnego osób mu bliskich. Opieka paliatywna w jej aspekcie medycznym czyni nieocenioną pomoc w walce z bólem fizycznym, ale pozostaje bezradna w konfrontacji z bólem totalnym, duchowo-religijnym. Oczekiwania wsparcia religijnego podopiecznych hospicjum adresowane są w pierwszym rzędzie do najbliższego otoczenia i członków zespołu hospicyjnego.

ČLOVEK POST MORTEM

M. Zdarilek¹, S. Capíková², M. Mojzešová²

¹ Ústav súdneho lekárstva LF UK, Bratislava

² Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LF UK, Bratislava

Abstrakt

Smrť ako sociálny fakt je prirodzenou súčasťou života človeka, napriek tomu o smrti ľudia neradi hovoria, rozmýšľajú, stále je tabuizovaná, akoby sa ich netýkala. Človek, ktorý práve zomrel, prestáva byť subjektom systému zdravotnej starostlivosti ako takej, avšak ostáva naďalej súčasťou spoločnosti, ktorá má povinnosť sa o neho postarať. Legislatíva na Slovensku upravuje starostlivosť o ľudské telo po smrti vo viacerých zákonoch, s prihliadnutím na etické princípy. O tom, či človek po smrti môže byť pochovaný alebo sa vykoná pitva, rozhoduje prehliadajúci lekár, ktorý tak má veľkú zodpovednosť. Jeho prístup musí byť profesionálny z medicínskeho aj etického pohľadu. Človek post mortem si zasluhuje úctu a nesmie byť narušená jeho dôstojnosť.

Kľúčové slová: smrť, právo, etické zásady, súdne lekárstvo, pitva

Abstract

A post mortem man. Death as a social fact is a natural part of human life, although people do not like to talk about death, it is still tabooed, like it did not relate to them. A man who just died, is no longer a subject of the health care system, but he remains a part of society, which has an obligation to take care of him. Legislation in Slovakia regulates the care of the human body after death in several laws, taking into account the ethical principles. Whether a person after death can be buried or an autopsy will be performed, that is the medical decision with a big responsibility. The approach of the doctor must be professional from a medical and ethical perspective. A man post mortem deserves respect and his dignity should not be undermined.

Key words: death, law, ethics, forensic pathology, autopsy

Úvod

Smrť ľudského jedinca je prirodzenou súčasťou jeho života. Vo vyspelých industriálnych krajinách sa ľudia rodia v nemocniciach a je takmer isté, že v nich aj zomrú. Nikto sa nerodí sám. Smrti však bol odobratý charakter sociálneho aktu a niektorí odborníci sa zhodujú v názore, že nikdy nebol človek v zomieraní tak sám, ako v dnešnej modernej dobe (Haškovcová, 2002). Príspevok má snahu upozorniť nielen na konkrétne spôsoby zaobchádzania s mŕtvym telom človeka po jeho smrti z odborného hľadiska, ale aj na nesmierne dôležitý etický rozmer tejto profesionálnej činnosti.

Smrť

Smrť človeka predstavuje prirodzený koniec jeho života. Sociológia a medicína sa tradične zameriavajú na problémy života. Smrť však patrí medzi základné fenomény, ktoré rámcujú ľudský život. Každý človek zaujíma určitý postoj k smrti, i keď vedomie ho môže potláčať. Ľudia vyvíjajú rozličné sociálne a psychologické mechanizmy, ako sa so smrťou vyrovnávajú.

V sociologickej perspektíve smrť je sociálnym faktom. Smrť bola dlho tabuizovaná v sociologickom skúmaní, približne od poslednej tretiny 20. storočia pribúdajú teoretické a empirické štúdie spojené s touto problematikou. Medzi priekopnícke texty patria tie od amerických autorov Straussa a Glasera (1965), ktoré položili základy „grounded theory“ a kvalitatívneho výskumu, a tiež kniha P. Bergera (1967).

Súčasná „západná“ spoločnosť, chciac - nechciac, konzumuje smrť cez audiovizuálne médiá, stala sa súčasťou masovej kultúry (Stone, Sharpley, 2008). Anthony Giddens (1991) ponúka niekoľko pohľadov na súčasnú spoločnosť, ktoré sa týkajú smrti a zomierania. Individuálne percipovaná erózia osobnej zmysluplnosti a racionálneho poriadku, ktorý je často poháňaná privatizáciou zmyslu a sekvestráciou smrti z verejného priestoru. Kritickým rysom západnej spoločnosti dnes je desakralizácia sociálneho života, kedy náboženské istoty boli nahradené istotami vedeckými (Giddens, 1991). Súčasné sekularizované spoločnosti nedokážu poskytnúť ontologickú istotu ohľadom smrti, nahrádzaná je vedeckou istotou. Podľa Giddensa, ľudia potrebujú ontologickú istotu, ktorú smrti prepožičiavajú cez rôzne spoločenské mechanizmy. Poukazuje tiež na emócie, ktoré sprevádzajú smrť a izoláciu zomierajúcich. O smrti neradi hovoríme, rozmýšľame, stále je pre nás tabu, niečím vzdialeným, akoby sa každého jedného z nás ani netýkala. Človek, ktorý práve zomrel, prestáva byť subjektom systému zdravotnej starostlivosti ako takej, avšak ostáva naďalej súčasťou spoločnosti, ktorá má povinnosť sa o neho postarať.

Človek je jediný tvor, ktorý vie a dokáže si uvedomiť, že musí zomrieť. Prijatý fakt konečnosti ľudského života, smrteľnosti, ktorá patrí k životu ako jeho posledná a prirodzená etapa, je prejavom zrelosti a životnej múdrosti jedinca.

Prirodzená nenásilná smrť a úmrtie z chorobných príčin boli v minulosti doménou, najmä na dedinách a obciach, prevažne domáceho prostredia. Človek ležal na svojej „smrteľnej posteli“ v kruhu svojich najbližších, v kruhu rodiny. Veľakrát bolo takéto umieranie spojené s obradmi, či rituálmi a každý prítomný mal svoju úlohu. Privolal sa kňaz, aby vyslúžil sviatosť pomazania chorých – tzv. „posledné pomazanie“, splnila sa posledná vôľa chorého a rodina sa mohla s chorým postupne rozlúčiť. Takéto umierania teda malo aj

svoj sociálny rozmer, človek nezmieral sám a opustený, bola prítomná blízka rodina, susedia, kňaz.

V dnešnej dobe postupne začína prevládať takzvaná „inštitucionalizácia smrti“ – chorí ľudia zomierajú v rôznych zariadeniach, prevažne v nemocniciach alebo v ústavných zariadeniach venujúcich sa opatere a ubytovaniu seniorov i chorých mladých ľudí, hospicioch, zariadeniach pre seniorov, zariadeniach opatrovateľskej služby, domovoch dôchodcov, domovoch sociálnych služieb a podobne. Zomierajú v drvivej väčšine bez prítomnosti rodiny, dodýchajú len v spoločnosti „spolubývajúceho“, personálu alebo úplne sami a ich telá sú až následne pri izbovej kontrole nájdené bez známkov života.

Ak aj v dnešnej dobe dôjde k úmrtiu v domácom prostredí, štát presne určil prostredníctvom zákonov pravidlá, ako a čo sa má udiať ďalej s mŕtvym telom. Podobne ako pri ťažkých epidémiách a chorobách, ktoré v minulosti sužovali Európu, aj dnes sa očakáva, že mŕtve telo nezostane dlho na mieste kde došlo k úmrtiu, ani v domácom prostredí, ale že bude z tohto miesta čo najskôr prevezené na určené miesta. Záznamy o prehliadke mŕtveho tela a zmienky o určovaní príčiny smrti prehliadkou možno nájsť už 2700 rokov pred naším letopočtom, v starovekom Egypte za vlády faraóna Imhotepa (Kováč, 2005). Prehliadku každého úmrtia v domácom prostredí prikazoval aj zákon, ktorý platil na našom území koncom 19. storočia. Prehliadku mŕtvych vtedy musel vykonať rovnako ako dnes lekár a iba v prípade ak lekár nemohol, mohol takúto prehliadku mŕtvoľ vykonať kňaz alebo starosta.

Ani v súčasnosti o osude mŕtveho tela v našom legislatívnom poriadku nerozhodujú príbuzní a pozostalí, ale prehliadajúci lekár alebo orgán činný v trestnom konaní. Správny postup pri úmrtí je upravený viacerými právnymi normami. K týmto predpisom patrí zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách 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. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákon č. 131/2010 Z.z. o pohrebníctve, ako aj metodické usmernenia a smernice Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, napríklad Metodické usmernenie č. 9/13/2005 k vykonávaniu prehliadky mŕtveho tela a vykonávaniu pitvy. Ľudskými pozostatkami sú mŕtve ľudské telo a možno s nimi zaobchádzať manipuláciou, prepravou, prenosom a úpravou od momentu smrti po moment pochovania. Ľudskými ostatkami sa rozumie ľudské pozostatky po pochovaní, zaobchádzanie s nimi teda zahŕňa exhumáciu, manipuláciu, prepravu a opätovné pochovanie.

Podľa zákonov má každý, kto sa dozvie o úmrtí mimo zdravotníckeho zariadenia alebo nájde mŕtve telo, povinnosť túto skutočnosť bezodkladne oznámiť najbližšiemu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, resp. útvaru Policajného zboru alebo ošetrojúcemu lekárovi. Po tomto ohlásení je na miesto nálezu mŕtvoly privolaný prehliadajúci lekár, ktorý vykoná prehliadku mŕtveho a musí sa riadiť etickými princípmi a príslušnými právnymi normami. Prehliadkou mŕtveho sa zisťuje a konštatuje smrť, čas smrti a jej príčina. Podľa zákona, je každý povinný poskytnúť lekárovi, ktorý prehliada mŕtve telo, informácie o okolnostiach, za ktorých došlo k úmrtiu.

Každého zomretého musí prehliadnuť lekár, pretože iba lekár je na základe svojej kvalifikácie a vzdelania oprávnený konštatovať smrť (Kováč, 2005). Prehliadajúci lekár musí byť lekárom Úradu nad zdravotnou starostlivosťou, alebo lekárom týmto úradom na výkon prehliadky poverený. Ak došlo k úmrtiu v zdravotníckom zariadení, musí byť mŕtve telo ponechané po dobu dvoch hodín na lôžku a nemôže prehliadku vykonať zamestnanec tohto zariadenia, hoci by mal poverenie na výkon prehliadok mŕtvych. Z prehliadky mŕtveho je totiž vylúčený každý lekár, ktorý má príbuzensky alebo podobný vzťah k zomretému, má vzťah k zamestnancom zariadenia, kde nastalo úmrtie, alebo o nezáujatosti ktorého možno mať pochybnosti. Preto nesmie mŕtveho prehliadnuť ani jeho ošetrojúci lekár, ani lekár, ktorý mŕtveho pred smrťou ošetroval (napríklad lekár RLP, ktorý nebohého ešte pred smrťou resuscitoval), alebo lekár, ktorý pomáhal pri pôrode dieťaťa, ak sa narodilo mŕtve.

Lekár postupuje pri prehliadke mŕtveho systematicky, musí prehliadnuť všetky časti tela a starostlivo pátra po prípadných známkach použitého násillia. Aj podľa smernice Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou je nevyhnutné pri manipulácii s telom zachovávať dôstojnosť a vyvarovať sa akýchkoľvek nedôstojných prejavov. Obmedziť diskusiu s laikmi a lekármi na zistenie okolností úmrtia (katamnézu a rozhodnutie). Pri vysvetľovaní príčiny smrti a najmä rozhodnutia o pitve je lekár povinný taktne oboznámiť pozostalých o zákonných dôvodoch pitvy, vysvetliť ciele pitvy. Výsledkom každej prehliadky zosnulého tak je buď rozhodnutie o nariadení pitvy alebo rozhodnutie o uvoľnení tela na pochovanie v zákonnej lehote, pričom v tomto prípade lekár na mieste prehliadky môže udeliť povolenie aj na spopólnenie tela. Zákonnou lehotou sa rozumie, že ľudské pozostatky sa nesmú pochovať skôr ako uplynie 48 hodín od úmrtia. Maximálny čas do pochovania je stanovený tak, že ľudské pozostatky, ktoré nie sú uložené v chladiacom zariadení, sa musia pochovať do 96 hodín od úmrtia a tie, ktoré sú uložené v chladiacom zariadení s trvale udržiavanou teplotou v rozmedzí od 0° C do 5°C, sa musia pochovať do 14 dní od úmrtia. V prípade ak doba od zistenia úmrtia lekárom do pochovania presiahne 14 dní alebo ak to vyžaduje stav ľudských

pozostatkov, uložia sa tieto do mraziaceho zariadenia, ktoré zabezpečí trvalé udržanie teploty nižšej ako -10°C . Rozhodnutie prehliadajúceho lekára o uvoľnení tela na pochovanie v zákonnej lehote môžu zmeniť orgány činné v trestnom konaní – prokurátor alebo policajt, ktoré môžu podľa trestného poriadku uznesením nariadiť vykonanie prehliadky a pitvy.

Integrita ľudského tela zostáva aj po smrti nedotknuteľná, každé jej porušenie musí byť zdôvodniteľné a ľudská dôstojnosť nebohého nesmie byť porušená ani znížená. Po konštatovaní smrti tak nemožno už na tele mŕtveho robiť žiadne zdravotné výkony s výnimkou vykonania pitvy alebo takých úkonov, ktoré sú potrebné pre odobratie orgánov a tkanív na transplantačné účely. Výnimkou môže byť tiež pôrod, v prípade úmrtia tehotnej ženy. Nacvičovanie operačných postupov na mŕtvom tele by bolo porušením jeho integrity a preto je zatiaľ z právneho hľadiska neprípustné, z etického hľadiska by tento postup mohol byť prijateľný. Pri pitve je možnosť vybrať a odobrať z ľudského tela znova použiteľné prístroje a predmety, ktoré doň boli v minulosti implantované (kardiostimulátory, elektródy v mozgu, endoprotézy kĺbov a pod.).

Podľa Baloghovej a kol. (2012) je ďalšou dôležitou etickou, ako aj právnou požiadavkou zachovanie povinnej mlčanlivosti, resp. zachovanie dobrého mena pacienta po smrti, preto aj prehliadajúci lekár musí vedieť odolávať zvýšenému tlaku verejnosti a masmédií na získanie informácií, ktorý býva vo viacerých prípadoch enormný.

V prípade, že prehliadajúci lekár nariadi pitvu, táto sa môže vykonať najskôr za dve hodiny po tom, ako sa zistilo, že smrť nastala v dôsledku trvalého zastavenia dýchania a srdcovej činnosti. Pred uplynutím dvoch hodín možno pitvu vykonať ak sa zistilo, že smrť nastala v dôsledku nezvratného vyhasnutia všetkých funkcií celého mozgu, len ak ide o odobratie orgánov na účely transplantácie a osoba počas svojho života neodmietla odobratie orgánov. Pitvu nemožno vykonať, ak pitvu osoba alebo jej zákonný zástupca počas života osoby odmietli. Odmietnutie pitvy musí mať písomnú formu a musí byť doručené Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý ho eviduje a uchováva 10 rokov odo dňa úmrtia osoby. Aj napriek odmietnutiu pitvy možno túto vykonať v špecifických prípadoch, napr. pri podozrení, že mŕtva osoba bola chorá na prenosné ochorenie, pri náhlom úmrtí, ak príčina smrti nie je zjavná, pri pochybnostiach lekára, ktorý vykonal prehliadku mŕtveho, o príčine smrti alebo o okolnostiach, za ktorých smrť nastala, v prípadoch násilnej smrti a podobne.

Pitvy nariadené prehliadajúcim lekárom sa realizujú na pracoviskách Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Patologicko-anatomické pracoviská Úrady vykonávajú pitvy osôb zomrelých v nemocnici, okrem prípadov násilnej smrti alebo podozrenia z násilnej smrti. Takéto úmrtia a všetky úmrtia, ku ktorým došlo mimo zdravotníckych zariadení a je

nariadená pitva, sa pitvú na súdnolekárskych pracoviskách Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Pitva je neopakovateľný deštrukčný výkon, ktorý vo väčšine prípadov umožňuje zistiť skutočnú príčinu smrti. Vykonaním pitvy sa narušia prirodzené anatomické pomery, ktoré nie je možné rekonštruovať. Preto je nesmierne dôležité, aby sa pitva vykonala spôsobom, ktorý zabezpečí maximálne množstvo informácií na určenie príčiny smrti. Len úplne kvalifikovaný a skúsený súdny lekár, ktorý vykoná pitvu starostlivo a presne, je zárukou odhalenia všetkých prípadných známk násilia (Kováč, 2005). Pri prehliadke zosnulého, nech by bola akokoľvek podrobná, možno totiž určiť príčinu smrti len s určitou pravdepodobnosťou, čo a priori obsahuje možnosť chyby. Ak je pitva nariadená podľa § 156 Trestného poriadku prokurátorom alebo policajtom, musia ju dokonca vykonať vždy dvaja súdny lekári.

Mŕtvola človeka je unikátnym zdrojom poznatkov o zdravotnom stave, o príčine a mechanizme smrti, niekedy dokonca aj o psychickom stave nebohého tesne pred smrťou. Podľa Kováča (2005) pitva ľudského tela ako základná metóda práce súdneho lekára bola a je nenahraditeľná. Ciele pitvy nie sú iným spôsobom dosiahnuteľné a sú veľmi významným prínosom pre medicínsku vedu, zdravotníctvo, právo a často krát aj pre pozostalých. Práve tieto ciele pitvy robia pitvu eticky zdôvodnenú.

Pitva sa musí vykonať tak, aby sa mŕtve telo po pitve mohlo dať do stavu najbližšieho k pôvodnému stavu. Znak pitvy nesmú byť viditeľné najmä na tvári a odokrytých častiach tela. Aj tu platí etická zásada vzdania úcty, lekári a zdravotnícki pracovníci musia zaobchádzať s mŕtvym telom citlivo a pietne, k čomu sú nepretržite vychovávaní (Baloghová a kol., 2012).

Po vykonaní pitvy možno zosnulého pochovať ihneď, s výnimkou ak bola pitva nariadená podľa §156 Trestného poriadku, kedy povolenie na pochovanie vydáva prokurátor. Ak do 96 hodín od úmrtia nikto nezabezpečí pochovanie alebo ak sa nezistí totožnosť mŕtveho do siedmich dní od úmrtia, pochovanie zabezpečí obec, na ktorej území došlo k úmrtiu alebo ak nie je známe miesto úmrtia, pochovanie zabezpečí obec, v ktorej katastrálnom území sa ľudské pozostatky našli. V takomto prípade, ako aj v prípade ak s tým zosnulý pred smrťou písomne súhlasil, možno použiť jeho ľudské pozostatky na vedecké, liečebné, preventívne alebo výučbové účely, avšak nie za účelom finančného obohatenia sa. V medzinárodnom Dohovore o ľudských právach a biomedicíne, ktorý Slovenská republika ratifikovala v roku 1997, je v článku 21. deklarované, že „ľudské telo ako také nikdy nesmie byť zdrojom zisku“ (Convention, 1996).

Pri pochovávaní pitvaného alebo nepitvaného tela, je potrebné vyhovieť prianiu nebohého, ak pred smrťou urobil opatrenia o pohrebe a určil si druh pohrebu. Spopolnenie je možné vykonať len v krematóriu a popol sa následne ukladá na pohrebisku rozptýlom na rozptylovej lúke, vsypom popola na vsypovej lúke alebo uložením urny s popolom na pohrebisku v urnovom háji alebo v kolumbáriu. Popol sa môže uložiť aj na inom mieste.

Záver

Človek si aj po svojej smrti zasluhuje úctu zo strany ostatných živých ľudí – všetkých, nie len od profesionálnych zdravotníckych pracovníkov alebo pracovníkov polície a iných zložiek. Mŕtve ľudské telo by nikdy nemalo byť vystavené neetickému zaobchádzaniu, hoci v ňom biologický život už nenávratne vyhasol. Tieto zásady by mali byť neustále zdôrazňované pri výučbe budúcich lekárov, ako aj ďalších, ktorí prichádzajú do kontaktu so zomretým človekom v rámci svojej profesie.

Literatúra

- (1) BALOGHOVÁ, A. et al. *Právne a etické problémy v súdnom lekárstve*. In: Human Rights forum 2012 – Medicínske právo interdisciplinárne. Bratislava: Eurokódex, s.r.o., 2012, ISBN: 978-80-89447-87-9
- (2) BERGER, P. *The Sacred Canopy, Elements of a Sociological Theory of Religion*. New York: Doubleday. (1967).
- (3) *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*. Directorate of Legal Affairs, Council of Europe, Strassbourg, November 1996. In: Medicínska etika a bioetika/Medical Ethics and Bioethics, 4 (2), 1997, s. 15 – 18.
- (4) GIDDENS, A. *Modernity and Self Identity*. Cambridge: Policy Press. (1991).
- (5) GLASA, J. *Panoptikum hrôzy a nevkusu*. In: Zdravotnícke noviny, 4. 10. 2012, č. 35, s. 12
- (6) HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, (2002).
- (7) KOVÁČ, P. *Súdne lekárstvo pre právnikov*. Bratislava: Iura edition, 2005, s. 195-198 ISBN 80-8078-024-2.
- (8) Smernica ÚDZS č. 35: *Postup pri manipulácii s mŕtvym telom*. In: Vestník č. 5, 2005, s. 2-5.
- (9) STONE, P.; SHARPLEY, R.. *Annals of Tourism Research* 35. (2008). s. 574–595.

(10) STRAUSS, A. L.; GLASER, B. G. *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine. (1965).

Zákon č. 131/2010 Z.z. o pohrebníctve,

Zákon č. 301/2005 Z.z. – Trestný poriadok.

Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách 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. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontaktná adresa:

MUDr. Martin Zdarilek

Ústav súdneho lekárstva LF UK

Sasinkova 4, 811 08 Bratislava

mobil: 0903 300 461

email: martin.zdarilek@gmail.com

SOCIÁLNA PRÁCA S KLIENTMI NA RÔZNOM STUPNI DROGOVEJ KARIÉRY

Eva Schnitzerová

Abstrakt

Dôležitou súčasťou zdravotníctva je v súčasnosti prevencia vzniku a vývoja ochorení, pričom sa berie do úvahy ich sociálna determinácia. To sa týka i špecifického zdravotného a spoločenského problému, akým sú drogové závislosti. Na ich riešenie sa podieľajú rôzne vedné disciplíny vrátane sociálnej práce. Príspevok sa zaoberá možnosťami participácie tejto pomáhajúcej profesie na prevencii a riešení drogových závislostí, ďalej užívateľmi alkoholových a nealkoholových drog na rôznom stupni drogovej kariéry (potenciálni a reálni užívatelia, užívatelia so závislosťou, klienti liečenia zo závislosti). V závere príspevku sú načrtnuté niektoré otvorené otázky a trendy v sociálnej práci s danou klientelou.

Kľúčové slová

sociálna práca a drogová závislosť, užívatelia drog, metódy sociálnej práce v primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencii

Abstract

Social work with clients in different stages of their drug career. At present, the prevention of diseases and diseases development is a fundamental and integral part of healthcare, taking into account their social determination. This applies also to a specific health and social problem, such as drug addiction. Experts across a variety of scientific disciplines propose solutions to this problem and Social Work is a relevant contributor here. The article focuses on areas where Social Work, a "helping profession", may contribute further to prevention and tackling the problem of drug addiction. This is followed by the spectrum of social work interventions for alcohol users and other substance users (non-alcohol) at different stages of drug use career (potential and actual users, addicted users, clients treated for addiction). Some open issues and trends in social work with the clientele are described in the final part of the article.

Key words: social work and drug addiction, drug users, social work methods in primary, secondary and tertiary prevention

Úvod

Nárast konzumu návykových látok od 60. rokov minulého storočia viedol k tomu, že na konci tisícročia sa vo viacerých krajinách EÚ zaradili drogové závislosti k najčastejšie citovaným prioritám verejného zdravotníctva (Rovný, 2010, Hegyi, 2011). Obdobná situácia je u nás. V materiáli Aktualizácia Národného programu podpory zdravia v SR z roku 2011 sú uložené úlohy na zníženie spotreby návykových látok, ktoré figurujú ako jeden z hlavných rizikových faktorov chronických neinfekčných ochorení. Ich nekontrolované užívanie a zneužívanie má však okrem zdravotnej dimenzie i dimenziu sociálnu, ekonomickú, morálnu,

právnú, politickú. Problematika závislostí a samotní užívatelia drog sú preto v centre pozornosti rôznych vedných odborov a predstaviteľov rôznych profesií. Svoje miesto medzi nimi má i sociálna práca.

Sociálna práca a drogové závislosti

Sociálna práca je vymedzená mnohými tematickými oblasťami. Jednou z nich je sociálna patológia, ktorá zahŕňa i drogové závislosti. Vo vzťahu k nim je úlohou sociálnej práce – prostredníctvom prevencie, sociálnych služieb a odborných činností ako poradenstvo, sociálna terapia – hľadať možnosti ako predchádzať ich vzniku a riešiť následky (osobitne sociálneho charakteru), ktoré sú s nimi spojené. Participácia sociálnej práce na riešení problému drogových závislostí sa v našich podmienkach odvíja od viacerých okolností.

Prvou bolo prijatie Národného programu boja proti drogám v roku 1995 ako reakcie na nástup drogového problému. Problém bol v roku 1994 charakterizovaný (už) ako drogová epidémia, s centrom v Bratislave, pričom sa týkal najmä mladých ľudí do 20 rokov (Hejda, 2003, Nociar, 2009, Račková et al., 2010). V uvedenom programe, ktorým sa na Slovensku začala realizovať aktívna protidrogová politika, boli spracované úlohy pre jednotlivé ministerstvá a rezorty. Tie sa stali výzvou a východiskom i pre sociálnu prácu s užívateľmi drog.

Druhou okolnosťou bol „ústup“ od (dlhé desaťročia dominujúceho) bio-medicínskeho modelu závislosti a príklon k modelom, ktoré integrujú poznatky prírodných, psychologických a spoločenských vied a v praxi využívajú spoluprácu medziodborových tímov. Ide o model bio-psycho-sociálny a bio-psycho-socio-spirituálny (Kalina, 2003, Kudrle, 2008). Súčasťou nových teoretických prístupov k závislostiam sa stali i koncepty ochrany verejného zdravia (public health) a minimalizácie škôd (harm reduction), ďalej koncept sociálny a sociálno-pedagogický. Ako uvádza K. Kalina (2003), posledný z konceptov zdôrazňuje podiel externých činiteľov na vzniku závislosti, akými sú nepriaznivé sociálne prostredie, nedostatočná či nevhodná výchova, nemožnosť integrovať sa do komunity a pod. V nadväznosti na to sa pri práci s užívateľmi drog začína využívať sociálne a výchovné poradenstvo, tréning sociálnych, komunikačných a pracovných spôsobilostí, resocializácia, reedukácia, rekvalifikácia. Príklonom k bio-psycho-sociálnemu modelu závislosti sa postupne začal presadzovať nový pohľad na cieľ alkoholovej a drogovej terapie. Už ňou nie je (len) abstinencia, ale začlenenie závislého po absolvovaní liečby do bežného života, s využitím jeho možností a rešpektovaním osobných limitov. Tieto prístupy rozširujú priestor pre uplatnenie sociálnych pracovníkov a predstaviteľov iných nezdravotníckych profesií, ako

aj dobrovoľníkov, svojpomocných skupín a charity v oblasti práce s užívateľmi drog.

Ďalšia okolnosť, ktorá ovplyvňuje možnosti sociálnej práce na riešení drogových závislostí je rozpracovanosť problematiky v kontexte tejto vednej disciplíny. P. Balážiová a Ľ. Pavelová (2008) zaraďujú drogové závislosti k novším akčným poliám sociálnej práce. To je jeden z dôvodov, prečo v početnej odbornej literatúre o drogových závislostiach a užívateľoch drog je hľadisko sociálnej práce – v porovnaní s hľadiskom medicínskym, adiktologickým či psychologickým a sociologickým – zastúpené slabo. Z autorov, ktorých príspevky môžu byť inšpiratívne pre teóriu i prax sociálnej práce s klientelou s drogovým správaním, možno spomenúť napríklad J. Kredátusa (2002), P. Navrátila (2003), J. Vobořila (2003), P. Müllerovú, O. Matouška a A. Vondráškovú (2005), J. Gaburu (2005), P. Balážiovú a Ľ. Pavelovú (2008, 2009), L. Vavrinčíkovú a A. Brozmanovú-Gregorovú (2008), P. Juska (2009), M. Schavela et al. (2012) a i.

Užívatelia drog a prevencia drogových závislostí v kontexte sociálnej práce

Pomoc a ponuka služieb zo strany sociálnych pracovníkov a pracovníčok smeruje najmä k pravidelným, problémovým a závislým užívateľom drog,¹ ktorí sú považovaní za tradičných klientov sociálnej práce. S väčšou otvorenosťou spoločnosti, novými trendmi v užívaní návykových látok, meniacim sa dopytom po službách a väčším dôrazom na prevenciu sa cieľová skupina sociálnej práce začala rozširovať o experimentujúcich, príležitostných a rekreačných užívateľov drog. V súčasnosti, ako uvádzajú P. Müllerová, O. Matoušek a A. Vondrášková (2005) sú cieľovou skupinou sociálnej práce na poli drogových závislostí klienti, ktorí užívajú drogy rôznym spôsobom, rôznou frekvenciou, v rôznom množstve a s rôznymi následkami. Vo vzťahu k takto nehomogénnej skupine klientov je potrebné disponovať rôznymi formami pomoci. Tradičné intervencie (kurátorská a reedukačná činnosť) sa preto rozširujú o nové druhy služieb, ktoré charakterizuje dôraz na prevenciu, poradenstvo, terénnu prácu, nízkoprahové programy, vznik a fungovanie nezdavotníckych zariadení. Tieto služby našli odraz i v slovenskej legislatíve. Sociálna prevencia, ktorá je považovaná za hlavný princíp i metódu sociálnej práce bola ako ústredný pojem vymedzená v dnes už neplatnom Zákone NR SR č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci. V Zákone NR SR č.

¹ K. Kalina (2003) rozlišuje z hľadiska frekvencie a následkov užívania drog nasledovné typy užívateľov: experimentátori (občasné, nepravidelné užívanie, zatiaľ bez následkov), príležitostní a rekreační užívatelia (užívajú najmä marihuanu, LSD, extázu, s frekvenciou najviac jedenkrát za týždeň, zväčša vo voľnom čase, zatiaľ bez väčších problémov), pravidelní užívatelia (frekvencia viac než jedenkrát týždenne ako súčasť životného štýlu, s výskytom rôznych negatívnych dôsledkov), problémoví užívatelia (injekčná aplikácia drogy alebo dlhodobé pravidelné užívanie opiátov, pervitínu, s následkom sociálnych a zdravotných problémov) a nakoniec závislí užívatelia (ich život je podriadený droge, majú vážne zdravotné, psychické a sociálne problémy).

448/2008 Z. z. o sociálnych službách našli odraz a podporu sociálne poradenstvo, terénna sociálna služba, terénne programy a neštátne zariadenia s nízkym prahom.

Pokiaľ ide o sociálnu prevenciu, tá sa prostredníctvom subjektov, ktoré spadajú pod Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR realizuje prevažne na sekundárnej a terciárnej úrovni, s využívaním kuratívnej a resocializačnej práce (Schavel et al., 2012). Tento stav nekorešponduje s trendom v iných pomáhajúcich profesiách, napríklad v zdravotníctve a praktickej psychológii, kde sa dôraz z riešenia problému presúva na prevenciu jeho vzniku (cez propagáciu a podporu zdravého životného štýlu, starostlivosti o svoje fyzické a psychické zdravie, cez preventívne zdravotné prehliadky a i.). Na rezervy sociálnej práce v uplatňovaní primárnych preventívnych aktivít vo všeobecnosti a na potrebu jej participácie na všetkých troch úrovniach sociálnej a drogovej prevencie poukazujú viacerí odborníci (Levická, 2006, Pavelová, 2009 a i.).

Primárna drogová prevencia nadobúda osobitný význam vo vzťahu k mládeži. Viaceré prieskumy, realizované na prelome tisícročí ukazujú, že konzum alkoholu i nelegálnych drog sa stal určitým rovesníckym štandardom a prirodzenou súčasťou spoločenského života mnohých mladých ľudí (Macek, 2003). P. Jusko (2009) považuje nárast rizikového správania, do ktorého spadá i zneužívanie návykových látok za významnú charakteristiku sociálneho profilu mládeže v súčasnosti.

Na programoch primárnej prevencie určených širokej populácii mladých ľudí sa podieľajú najmä verejné zdravotníctvo, psychológia, sociálna pedagogika. Účasť sociálnej práce sa podľa niektorých odborníkov situuje do oblasti špecifickej primárnej (špecifickej univerzálnej) prevencie (Kalina, 2003). Adresátom jej preventívnych aktivít majú byť potenciálne ohrození jednotlivci a skupiny, t. j. tí, u ktorých je väčší predpoklad rizikového/drogového správania než u iných. Špecifická primárna prevencia sa zvykne vymedzovať nielen cieľovou skupinou, ale i tematickým smerovaním preventívnych aktivít. Tie sú orientované na predchádzanie vzniku a rozvoja určitého javu, v danom prípade závislosti na návykových látkach (Rusnáková, 2011). V tejto súvislosti je diskutovanou otázkou špecifickosť verus nešpecifickosť preventívnych aktivít. Podľa O. Matouška a A. Matouškovskej (2011), dobrá primárna prevencia nemôže byť tak špecifická, aby bránila vzniku len jedného problému (napríklad abúzu drog), ale má pôsobiť v smere predchádzania všetkým typom sociálneho zlyhania. Do tohto kontextu zapadá i stanovisko P. Ondrejkooviča (2009) a M. Miovského (2010), podľa ktorých je potrebné – v preventívnom pôsobení – brať na zreteľ to, že sociálno-patologické javy sa len zriedka vyskytujú izolovane a ohrozenie drogami je súčasťou polyvalentného ohrozenia. Z uvedeného možno vyvodit', že obe prevencie,

špecifická i nešpecifická majú svoje opodstatnenie a prostredníctvom koordinovaných aktivít predstaviteľov rôznych profesií, majú byť vzájomne prepojené. Okrem toho, v súvislosti so špecifickou primárnou prevenciou je potrebné zdôrazniť potrebu jej zameranosti na celé spektrum drog a nezužívať ju len na drogy nelegálne (Nociar, 2009).

Uplatnenie sociálnej práce v *primárnej prevencii* drogových závislostí má viacero možností realizácie. Ako prvú možno spomenúť školskú sociálnu prácu, ktorej obsahové zameranie zahŕňa i programy špecifickej primárnej prevencie. Využívanie školského priestoru pre kontinuálnu preventívnu prácu sociálnych pracovníčok však obmedzuje skutočnosť, že postavenie sociálneho pracovníka na školách nie je – na rozdiel od sociálneho pedagóga – ešte legislatívne doriešené. Ďalšou možnosťou je terénna sociálna práca realizovaná v rodinách (napr. podporou plnenia funkcií rodiny, predchádzaním prodrogovej klímy v rodine), ďalej v školách, internátoch a iných zariadeniach v katastri obce. V nich sa terénna sociálna práca obvykle zameriava na osvetu (zvyšovanie povedomia o sociálnych a zdravotných dôsledkoch užívania drog), poradenskú činnosť a propagáciu existujúcich a dostupných foriem pomoci a služieb pre potenciálnych či reálnych užívateľov návykových látok. Priestor pre uplatnenie primárnych, ale i sekundárnych preventívnych aktivít prostredníctvom terénnej práce ponúkajú festivaly, koncerty, diskotéky, na ktorých sa dospievajúca mládež rada a z vlastnej iniciatívy stretáva a trávi voľný čas. Ide o miesta, kde je ľahký prístup k drogám a kde uvoľnená atmosféra, sociálny aspekt užívania drog, priamy i nepriamy rovesnícky tlak odbúrava bariéry ich konzumu. Mnohí z účastníkov týchto akcií majú skúsenosť s drogami už za sebou a primárna prevencia ich preto neoslovuje. V takom prípade je užitočné, keď medzi primárnymi a sekundárnymi preventívnymi aktivitami nie je ostrá hranica. Podľa K. Jirešovej a S. Javorkovej (2003) by mladí ľudia mali byť informovaní nielen o negatívnych dôsledkoch užívania drog, ale aj o možnostiach ich bezpečnejšieho užívania. Podobný názor prezentuje M. Rosenbaum (2002). Podľa nej je nerealistické spoliehať sa na to, že programy, ktoré presadzujú úplnú abstinenciu zabránia mládeži experimentovať s alkoholom a inými drogami. Autorka vychádza zo skúsenosti s programami tohto druhu v USA, ktoré neviedli k očakávanej redukcii užívania drog. Na prvé miesto v prevencii preto kladie bezpečnosť. Do vzdelávania mladých ľudí v oblasti drog má byť podľa M. Rosenbaum zahrnutý aj aspekt harm reduction – poradenstvo o znižovaní poškodenia, o minimalizácii individuálnych a sociálnych rizík, ktoré sú spojené s nebezpečnými vzorcami užívania alkoholu a iných drog (tamtiež). Veľké rezervy v primárnej (i sekundárnej) drogovej prevencii vykazuje v našich podmienkach terénna a komunitná sociálna práca v sociálne marginalizovaných komunitách. Podľa A. Mušinku (2007), k dôvodom tohto stavu možno

zaradiť slabú prepojenosť štátnej správy, mimovládnych organizácií a škôl pri realizácii prevencie, absenciu systému informácií o výskyte drog v komunitách, nedostatočnú prácu s rodičmi a dospelou populáciou, ktorá má vplyv na mládež, ako i absenciu špecifických podporných programov prevencie. Ako ďalšiu, zatiaľ slabo využívanú možnosť pre výkon primárnej (i sekundárnej) preventívnej sociálnej práce možno spomenúť nízkoprahové zariadenia pre deti a mládež. V našich podmienkach predstavujú relatívne novú formu sociálnych a sociálno-edukatívnych služieb pre neorganizovanú mládež a klientov, ktorí sú ohrození negatívnymi javmi. Drogová problematika patrí len k doplnkovým službám týchto zariadení, no existuje v nich priestor pre realizáciu špecifických preventívnych programov zameraných na spoločensky nežiaduce javy, priestor pre včasnú detekciu užívania návykových látok a následné intervencie, či už priamo vlastnou činnosťou zamestnancov zariadenia alebo cez iných odborníkov.

Aktivity sociálnej práce s klientmi, ktorí už vykazujú drogové správanie (experimentovanie s drogami, pravidelné, problémové užívanie) alebo s klientmi, ktorých vývin je vážne ohrozený prostredím s prodrogovou kultúrou, spadajú do *sekundárnej prevencie*. Tá zahŕňa najmä včasnú intervenciu, sociálne poradenstvo a sociálnu terapiu. Cieľom intervencií je eliminovať a upravovať negatívne sociálne a edukačné vplyvy, brániť prehĺbovaniu vznikajúcich alebo už vzniknutých problémov a napomáhať pozitívnej zmene v správaní klienta. Tradičná forma účasti sociálnej práce na sekundárnej (i terciárnej) prevencii sa uskutočňuje prostredníctvom opatrení, vykonávaných orgánom sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately². Výchovné opatrenia – z hľadiska vývoja drogového problému a dopadu na klienta – môžu okrem preventívneho pôsobenia nadobúdať i represívny charakter (od upozornenia po návrh na ústavnú starostlivosť).

Aj vo vzťahu k sekundárnej drogovej prevencii nadobúdajú osobitý význam terénna sociálna práca a terénne programy pre užívateľov drog. Vyhľadávacia činnosť je zameraná najmä na skupiny mládeže, ktoré vedú rizikový spôsob života, nejavia záujem o inštitucionálnu pomoc a tvoria tzv. skrytú populáciu. Po nadviazaní kontaktu, sa klientom na báze dobrovoľnosti poskytuje informatívne poradenstvo, motivujú sa k návšteve špecialistov, ponúka sa im pomoc pri sprostredkovaní kontaktu so zdravotnými a sociálnymi inštitúciami. K službám, s relatívne krátkou tradíciou v našich podmienkach, patria terénne programy, založené na stratégii harm reduction. Ich adresátmi sú hlavne problémoví užívatelia drog, ale i

² V kontexte drogového problému sa sekundárna prevencia realizovaná orgánom sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately zameriava na deti/mládež, ktoré experimentujú s drogami alebo sú drogovou závislosťou ohrozené v rodine a terciárna prevencia na tých, ktorí sú už alkoholovo/drogovo závislí.

vyššie spomínaní účastníci rôznych hudobných a tanečných party. Práca s problémovými klientmi sa zakladá na akceptovaní ich rozhodnutia (aktuálne) neabstinovať a v nadväznosti na to, na ponuke služieb zameraných na zníženie zdravotných a sociálnych rizík, spojených s užívaním drog. Obdobné služby ako v terénnych programoch sa užívateľom drog poskytujú i v kontaktných centrách (Libra, 2003). Ide o nízkoprahové ambulantné zariadenia pre užívateľov drog so slabou alebo žiadnou motiváciou k liečbe, ktorí sa však na rozdiel od klientov terénnej práce sami uchádzajú o pomoc (najmä o výmenný program a doplnkové služby). Služby poskytované v nízkoprahových programoch s koncepciou harm reduction zabezpečuje tím rôznych profesionálov (lekári a iný zdravotnícky personál, sociálni pracovníci, psychológovia), často tiež dobrovoľníci a ex-useri. V kontaktných centrách má sociálna práca charakter základného predliečebného poradenstva, vzbudenia záujmu o zmenu správania smerom k bezpečnejšiemu užívaniu drogy, podpory motivácie k liečbe, pomoci a asistencie pri kontakte s úradmi a pod.

Hlavnými metódami, ktorými sa sociálna práca spolupodieľa na ambulantnej a ústavnej liečbe závislých sú sekundárna poradenská prevencia a sociálna terapia. Ich cieľom je pomôcť klientovi adaptovať sa na podmienky liečby a režim zariadenia, podporovať klienta v rozhodnutí abstinovať a zmeniť spôsob svojho života, intervenovať do jeho sociálneho prostredia so zámerom využiť potenciál prostredia (medziľudské vzťahy, nové sociálne kontakty, spoločné zážitky) na uspokojenie sociálnych potrieb klienta, na obnovenie jeho primeraného správania a záujmu o reálny spoločenský život (Pavelová, 2009).

Terciárna prevencia drogových závislostí je zameraná na predchádzanie vážnemu či trvalému zdravotnému a sociálnemu poškodeniu z užívania drog a na predchádzanie recidívam u klientov, ktorí už liečbou prešli. Intervencie sociálnej práce na tejto úrovni prevencie nadväzujú na predchádzajúci liečebný proces a majú charakter resocializácie, doliečovacích programov, podpory v abstinencii. Resocializácia klienta je zameraná na nahradenie spoločensky nevhodných vzorcov správania vzorcami sociálne akceptovanými a na jeho následné primerané zaradenie do spoločnosti. Využíva sa pri tom nácvik sociálnych zručností, pracovná terapia, profesijná príprava, terciárna poradenská prevencia. Prostredníctvom doliečovacích programov sa klientovi poskytuje sociálno-právna a praktická pomoc pri riešení jeho sociálnych problémov, pomáha sa mu pri upevňovaní nových návykov, postojov, pri hľadaní zamestnania, obnovovaní vzťahov s rodinou a tvorbe nových životných scenárov, ale poskytujú sa i informácie o možnostiach relapsu a rizikových situáciách, ktoré ho môžu navodzovať (Gabura, 2005, Jusko, 2009, Miková, 2009). Vo fáze následnej starostlivosti o liečených klientov považuje A. Kuda (2008) sociálnych pracovníkov a

sociálne pracovníčky za kľúčových členov tímu, ktorí svojou prácou prispievajú k sociálnej stabilizácii liečeného klienta a predchádzaniu recidív.

Záver

Pri riešení problému drogových závislostí sa v posledných rokoch presadzuje využívanie i iných ako medicínskych prístupov, interdisciplinarita, zasadenie drogovej prevencie do širšieho kontextu sociálnych a zdravotných preventívnych stratégií, nové formy práce s užívateľmi drog. Uvedené trendy rozširujú priestor pre uplatňovanie nemedicínskych profesií vrátane sociálnej práce. Tá v súčasnosti participuje na všetkých úrovniach prevencie, no s rezervami najmä v oblasti primárnych preventívnych aktivít. Vo vzťahu k rôznym typom užívateľov drog využíva škálu tradičných i menej tradičných odborných činností, intervencií a sociálnych služieb (sociálne poradenstvo, osvetu, sociálno-právnu a praktickú pomoc, kuratívnu činnosť, sociálnu terapiu, resocializáciu a i.). K prístupom, s krátkou tradíciou a nie všeobecnou akceptáciou v našich podmienkach, patria poradenská prevencia zahrňujúca aspekt bezpečnejšieho užívania alkoholu a drog, ďalej nízkoprahové programy a terénne sociálne služby s využívaním stratégie harm reduction. Ich uplatňovaním vo vzťahu k niektorým skupinám užívateľov drog sa sociálna práca spolupodieľa na ochrane osobného a verejného zdravia. Sociálna práca, a osobitne terénna sociálna práca tak plní nielen sociálnu, ale čiastočne i zdravotnú preventívnu funkciu.

Literatúra

- (1) BALÁŽOVÁ, Petra, PAVELOVÁ, Ľuba. 2008. *Dilemy sociálnej práce v oblasti závislosti*. In JANEBOVÁ, Radka, SMUTEK, Martin (eds.). *Posuzování životní situace v sociální práci* : zborník příspěvků z konference V. Hradecké dny sociální práce. Hradec Králové : Gaudeamus, 2008, s. 166 – 169. ISBN 078-80-7041-419-4. [online]. [s.a.]. [cit. 2011-03-10]. Dostupné na: <<http://www.uhk.cz/cs-cz/fakulty-a-pracoviste/ustav-socialni-prace/eDokumenty/Documents/Posuzov%C3%A1n%C3%AD%20%C5%BEivotn%C3%AD%20situace.pdf>>.
- (2) GABURA, Ján. 2005. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, 2005, 221 s. ISBN 80-89185-10-X.
- (3) HEGYI, Ladislav. 2011. *Vznik a vývoj verejného zdravotníctva*. In HEGYI, Ladislav, BIELIK, Ivan et al. *Základy verejného zdravotníctva*. Bratislava : Herba, s. s r. o., 2011, s. 17 – 22. ISBN 978-80-89171-84-2.
- (4) HEJDA, Ján. 2003. *Boj s drogami v Slovenskej republike*. In *Alkoholizmus a drogové závislosti*, ISSN 0862-0350. 2003, roč. 38, č. 4-5, s. 269 – 274.

- (5) JIREŠOVÁ, Katarína, JAVORKOVÁ, Soňa. 2003. *Harm eduction v problematike injekčného užívania drog*. Bratislava : OZ Odyseus, 2003, 113 s. ISBN 80-968576-6-5.
- (6) JUSKO, Peter. 2009. *Sociálna práca s mládežou a sociálnopatologické javy*. Banská Bystrica : Pd F UMB, 2009, 217 s. ISBN 978-80-8083-705-1.
- (7) KALINA, Kamil. 2003. *Modely závislosti a prístupy v pomoci užívateľom drog*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti – medzioborový prístup 1*. Praha : Úrad vlády ČR, 2003, s. 78 – 81. ISBN 80-86734-05-6.
- (8) KREDÁTUS, Jozef. 2002. *Rodina ako systém, rodina ako klient a pacient*. In TOKÁROVÁ, Anna (ed.). *Kvalita života v kontextoch globalizácie a výkonnej spoločnosti*, Slovensko-poľský zborník štúdií a článkov. Prešov : FF PU v Prešove, 2002, s. 109 – 114. ISBN 80-8068-087-6.
- (9) KUDA, Aleš. 2008. *Sociální rehabilitace a následná péče*. In KALINA, Kamil et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada, 2008, s. 215 – 224. ISBN 978-80-247-1411-0.
- (10) KUDRLE, Stanislav. 2008. *Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci a kvalifikované pomoci*. In KALINA, Kamil et al. *Základy klinické adiktologie*, Praha : Grada, 2008, s. 17 – 23. ISBN 978-80-247-1411-0.
- (11) LEVICKÁ, Jana. 2006. *Na ceste za klientom. Metódy, formy a prístupy v sociálnej práci*. Trnava : ProSocio, 2006, 334 s. ISBN 80-969454-0-8.
- (12) LIBRA, Jiří. 2003. *Nízkoprahová kontaktní centra*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 2*, Praha : Úrad vlády ČR, 2003, s. 165 – 170. ISBN 80-86734-05-6.
- (13) MACEK, Petr. 2003. *Adolescence*. 2. upr. vyd. Praha : Portál, 2003, 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
- (14) MATOUŠEK, Oldřich, MATOUŠKOVÁ, Andrea. 2011. *Mládež a delikvence: Možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. 3. akt. vyd. Praha : Portál, 2011, 344 s. ISBN 978-80-7367-825-8.
- (15) MIKOVÁ, Zuzana. 2009. *Resocializácia, formy, metódy, efektívnosť*. In ONDREJKOVIČ, Peter et al. *Sociálna patológia*, 3. vyd. Bratislava : Veda SAV, 2009, s. 309 – 339. ISBN 978-80-224-1074-8.
- (16) MIOVSKÝ, Michal. 2010. *Historie a současné pojetí primární prevence rizikového chování v České republice*. In MIOVSKÝ, Michal et al. (eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha : UK v Prahe, 2010, s. 13 – 28. ISBN 978-80-

- (17) MUŠINKA, Alexander. 2007. *Užívanie drog v rómskych komunitách Prešovského kraja*. In *Človek a spoločnosť, Internetový časopis pre pôvodné, teoretické a výskumné štúdie z oblasti spoločenských vied*, ISSN 1335-3608, 2007, roč. 10, č. 3. [online]. Aktualizované: 2008-02-05. [cit. 2012-01-16]. Dostupné na: <<http://www.saske.sk/cas/archiv/3-2007/05-musinka.html>>.
- (18) MÜLLEROVÁ, Pavlína, MATOUŠEK, Oldřich, VONDRÁŠKOVÁ, Andrea. 2005. *Sociální práce s uživateli drog*. In MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha : Portál, 2005, s. 211 – 226. ISBN 80-7367-002-X.
- (19) NAVRÁTIL, Pavel. 2003. *Sociální práce*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup I*, Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 70 – 75. ISBN 80-86734-05-6.
- (20) NOCIAR, ALOJZ. 2009. *Drogové závislosti*. Bratislava : VŠZaSP, n. o. 123 s. ISBN 978-80-89271-68-9.
- (21) ONDREJKOVIČ, Peter. 2009. *Konzumácia drog a drogové závislosti, alebo prečo ľudia užívajú drogy*. In ONDREJKOVIČ, Peter a kol. *Sociálna patológia*, 3. vyd. Bratislava : Veda SAV, 2009, s. 265 –292. ISBN 978-80-224-1074-8.
- (22) PAVELOVÁ, Ľuba. 2009. *Perspektívy sociálnej práce v oblasti závislostí*. IV. medzinárodná konferencia doktorandov odborov Psychológia a Sociálna práca [online]. Nitra : FSVaZ UKF, 2009. [cit. 2010-04-10]. Dostupné na: <http://www.kpsv.fsvaz.ukf.sk/PhD_konf_zbornik_2009/SUBORY/PDF/02_Pavelova.pdf>
- (23) RAČKOVÁ, Adriána et al. 2010. *Postupy v oblasti podpory zdravia II*. Bratislava : ÚVZ SR, 2010, 92 s. ISBN 978-80-7159-190-0.
- (24) ROSEBAUM, Marsha. 2002. *Bezpečnosť na prvom mieste: prístup k teenagerom a drogám postavený na reálnych základoch a náuka o drogách*. Bratislava : Nadácia otvorenej spoločnosti, 2002, 35 s. ISBN 80-968359-7-1
- (25) ROVNÝ, Ivan. 2010. *Verejné zdravotníctvo včera, dnes a zajtra*. Bratislava : ÚVZ SR, 2010, 144 s. ISBN 978-80-7159-206-8.
- (26) RUSNÁKOVÁ, MARKÉTA. 2011. *Členovia rodiny ako objekt preventívnej starostlivosti v podmienkach Slovenskej republiky*. In MARÁŠKOVÁ, Ivana (ed.). *Politiky a paradigmy sociálnej práce. Co jsme zdělili a co s tím uděláme?* Sborník z konference. Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíne, FHS, 2011, s. 102 – 106. ISBN 978-80-7318-994-5.
- (27) SCHAVEL, Milan a kol. 2012. *Sociálna prevencia*. 4. dopl. vyd. Liptovský Ján : PROHU, s. s r. o., 2012. 267 s. ISBN 978-80-89535-06-4.

- (28) VAVRINČÍKOVÁ, Lenka, BROZMANOVÁ GREGOROVÁ Alžbeta. 2008. *Hodnotenie v sociálnej práci – dilemy vo vzťahu k užívateľom/užívateľkám drog. V. Hradecké dny sociálnej práce. Posudzovanie životnej situácie: prístupy, dilemata, dobrá praxe.* [online]. [s.a.]. [cit. 2010-04-06]. Dostupné na: http://www.kspsp.info/cinnost/konference_08/poster_anotace.doc.
- (29) VOBOŘIL, Jindřich. 2003. *Gender – ženy jako specifická skupina.* In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup.* Praha : ÚV ČR. 2003, s. 238 – 242. ISBN 80-86734-05-6.

Kontaktná adresa:

RNDr. Eva Schnitzerová

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Košiciach

schnitzerova@ruvzke.sk

PSYCHOAKTÍVNE LÁTKY VERSUS ZODPOVEDNOSŤ VODIČA MOTOROVÉHO VOZIDLA.

M. Zdarilek¹, J. Šidlo¹, J. Šikuta¹, K. Zdarileková², M. Mojzešová³

¹ Ústav súdneho lekárstva LF UK a Súdnolekárske pracovisko ÚDZS, Bratislava

² V. interná klinika LFUK a UNB, Bratislava

³ Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LF UK, Bratislava

Abstrakt

Neustále vysoký počet tragických dopravných nehôd na cestách je takmer každodennou súčasťou správ v médiách. Vina sa veľakrát pripisuje alkoholu ako takému, avšak skutočným vinníkom je práve vodič, ktorý si sadá za volant ovplyvnený touto alebo inou psychoaktívnou látkou. Takýto vodič má nielen osobnú zodpovednosť, ale preberá zodpovednosť aj za možné ohrozenie života, zdravia a majetku ostatných. Vodič pod vplyvom alkoholu a/alebo iných psychoaktívnych látok je spoločensky netolerovateľná, avšak relatívne často sa vyskytujúca realita, ktorá môže a má veľakrát fatálne následky.

Kľúčové slová: psychoaktívne látky, vodič, dopravné nehody, zodpovednosť, smrť

Abstract

Psychoactive substances vs. Responsibility of motor car driver. High number of fatal car accidents is almost daily part of the news. It is not the alcohol, but the driver behind the wheel, who is guilty and who might be affected by alcohol or any other psychoactive substance. The driver has not only personal responsibility, but also takes responsibility for possible threat to life, health and property of the others. Driver affected by alcohol and / or other psychoactive substances is socially unacceptable, but quite common phenomenon which can lead to fatal consequences.

Key words: psychoactive substances, driver, traffic accident, responsibility, death

Úvod

Vodič pod vplyvom alkoholu a/alebo iných psychoaktívnych látok je spoločensky netolerovateľná, avšak relatívne často sa vyskytujúca realita, ktorá môže a má veľakrát fatálne následky. Takýto vodič má nielen osobnú zodpovednosť, ale preberá zodpovednosť aj za možné ohrozenie života, zdravia a majetku ostatných. Vina sa veľakrát pripisuje alkoholu ako takému, avšak skutočným vinníkom je práve vodič, ktorý si sadá za volant ovplyvnený touto alebo inou psychoaktívnou látkou. Príspevok sa zameriava na spoločenské súvislosti a škody na ľudských životoch v dôsledku ovplyvnenia vodičov motorových vozidiel psychoaktívnymi látkami.

Zodpovednosť vodiča motorového vozidla

Zodpovednosť je morálna vlastnosť, ktorá predpokladá komplementárny vzťah medzi skutkami človeka a jeho svedomím v intenciách morálneho systému, na ktorom človek nesúci zodpovednosť vedome a slobodne participuje a ktorý prijal.

Iná definícia zodpovednosti hovorí, že je to vlastnosť alebo schopnosť charakteru, ktorá sa prejavuje tendenciou pridržiavať sa morálnych noriem ako interiorizovanej povinnosti a ktorá súvisí s hodnotovou orientáciou jednotlivca. Prejavuje sa napr. spoľahlivosťou, dôslednosťou, rešpektovaním záväzkov (Liba, neročené). A teda aj zákonov.

Zodpovednosť je ale abstraktný pojem, ktorý však možno špecifikovať. Vychádzajúc z abstraktného pojmu zodpovednosti možno špecifikovať a deliť zodpovednosť na viacero druhov, pričom medzi základné druhy patrí zodpovednosť morálna a právna. Morálna zodpovednosť je právne nevynútiteľná norma, právna zodpovednosť je právnym predpisom vymedzená spôsobilosť jedinca znášať právne následky svojho konania, ktoré je v rozpore s právom.

Vodič motorového vozidla má osobnú zodpovednosť, morálnu aj právnu. Pokiaľ ide o individuálnu morálnu zodpovednosť pri šoférovaní, táto je daná mierou jeho možností a schopností, napríklad spôsobilosťou viesť samotné motorové vozidlo alebo ovplyvnením inými faktormi. Takýto vodič má však nielen osobnú zodpovednosť, ale preberá zodpovednosť aj za možné ohrozenie života, zdravia a majetku ostatných. Podľa Gluchmana (1995) by človek mal zvažovať aj vedľajšie sociálne dôsledky, ktoré môžu dodatočne z jeho konania a rozhodnutia vyplývať.

Neskôr Gluchman (1996) hovorí: „Je potrebné uvažovať o bezprostrednej (priamej) a sprostredkovej (nepriamej) zodpovednosti. Bezprostredná zodpovednosť vyvstáva napríklad v súvislosti s priamymi dôsledkami, ktoré bezprostredne vyplývajú z konania mravného subjektu, sú teda dôsledkami jeho konania. Sprostredkovaná zodpovednosť súvisí s dôsledkami, ktoré nie sú priamo výsledkom konania mravného subjektu, ale ku ktorým vlastne dal podnet práve svojím konaním. Miera sprostredkovej zodpovednosti sa priamo úmerne zmenšuje s časovým odstupom od samotného prvotného konania mravného subjektu“, napríklad autonehody s následkami.

Pokiaľ vodič spôsobilý vedenia motorového vozidla, ktorý nie je pod vplyvom alkoholu, drog alebo iných psychoaktívnych látok, spôsobí haváriu napríklad v dôsledku

neprimeranej rýchlosti a nebezpečného predbiehania, pri ktorej zahynie iný človek, bude za túto nehodu zodpovedný. Podľa Gluchmanového delenia (1996) bude mať vodič zodpovednosť bezprostrednú za haváriu a smrť nevinného človeka, ale aj sprostredkovanú zodpovednosť prvého radu za následné ťažké životné obdobie rodiny obete a za to, že deti budú vyrastať bez otca. Teoreticky, s možným rozporom s časovým faktorom, delí sprostredkovanú zodpovednosť aj na sprostredkovanej zodpovednosti „n - tého radu“ za to, že v dôsledku vzniknutej situácie matka nezvládne výchovu detí, ktoré neskôr budú porušovať zákon. Časový faktor však nič nezmení na v tom momente vzniknutej situácii a teda na vodičovej bezprostrednej zodpovednosti a na jeho sprostredkovanej zodpovednosti prvého radu.

Psychoaktívne látky v cestnej premávke ako spoločenský problém

Vedomie, nálada alebo procesy myslenia vodiča môžu byť po požití alkoholu, drog alebo iných psychoaktívnych látok zmenené, až patologické. Novotný (2007) definoval psychoaktívnu látku ako látku, ktorá spôsobuje prechodné zmeny duševného prežívania.

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie užívanie psychoaktívnych látok možno definovať podľa ich sociálnoprávneho postavenia v troch kategóriách. Prvou kategóriou sú látky užívané ako lieky. V súčasnosti je získanie a užívanie väčšiny psychoaktívnych liekov obmedzené na lekársky predpis. Druhou kategóriou užívania je ilegálne, nedovolené užívanie. Väčšina krajín sa zaviazala troma medzinárodnými konvenciami postaviť mimo zákon obchodovanie a nemedicínske užívanie opiátov, kanabisu, halucinogénov, kokaínu a iných stimulácií a mnohých hypnotík a sedatív. Jedná sa o „Jednotnú konvenciu o narkotických drogách, 1961“, „Konvencia o psychotropných látkach, 1971“ a „Konvencia OSN proti ilegálnemu obchodovaniu s narkotickými drogami a psychotropnými látkami, 1988“. Viaceré krajiny prostredníctvom svojich zákonov pridávajú k tomuto zoznamu vlastné zakázané substancie, napr. alkoholické nápoje a rôzne prchavé látky. Tretou kategóriou je legálne, dovoľené užívanie látky z akéhokoľvek dôvodu. Bez ohľadu na účel použitia, psychoaktívne vlastnosti látky nevyhnutne sprevádzajú jej užívanie.

Jazda po požití alkoholu či iných drog má na svedomí takmer 25 % všetkých dopravných nehôd v Európe a vyžiada si každoročne okolo 10 000 ľudských životov. Väčšina takýchto nehôd je spôsobená alkoholom (etanolom), ale vinu nesú stále častejšie aj iné látky, ako sú lieky a nelegálne drogy.

Podľa Fischera (2006) je možné rozlíšiť ľudí na ľudí za svoje konanie opodstatnene morálne zodpovedných a na ľudí, ktorí morálnej zodpovednosti schopní nie sú. Medzi takýchto ľudí zaraďuje práve osoby, ktoré konajú pod vplyvom drog, kedy za takéto konanie subjekt nemôže niesť zodpovednosť. V rozpore s týmto názorom sa Gogová Turóciová (2012) domnieva, že ak sa rozhodne človek prijať drogu dobrovoľne, tak za svoje následné konanie, by mal niesť aj zodpovednosť.

Vodič osobného aj nákladného motorového vozidla podlieha právnej aj morálnej zodpovednosti. Riadenie motorového vozidla po požití alkoholu alebo iných psychoaktívnych látok je spoločensky neprípustné a mal by na to pamätať každý vodič. V Slovenskej republike platí, podľa zákona č. 8/2009 Z.z., že „vodič nesmie požiť počas vedenia vozidla alkohol alebo inú návykovú látku, ani viesť vozidlo v takom čase po požití alkoholu alebo inej návykovej látky, keď sa alkohol alebo iná návyková látka ešte môžu nachádzať v jeho organizme, ani viesť vozidlo po požití lieku v čase, keď liek môže znížiť jeho schopnosť viesť vozidlo“. Najtragickjším vyústením požitia psychoaktívnych látok vodičom motorového vozidla je spôsobenie autonehody so smrteľnými následkami pre jedného alebo viacerých jej účastníkov.

Smrteľné následky užívania psychoaktívnych látok vodičmi motorových vozidiel

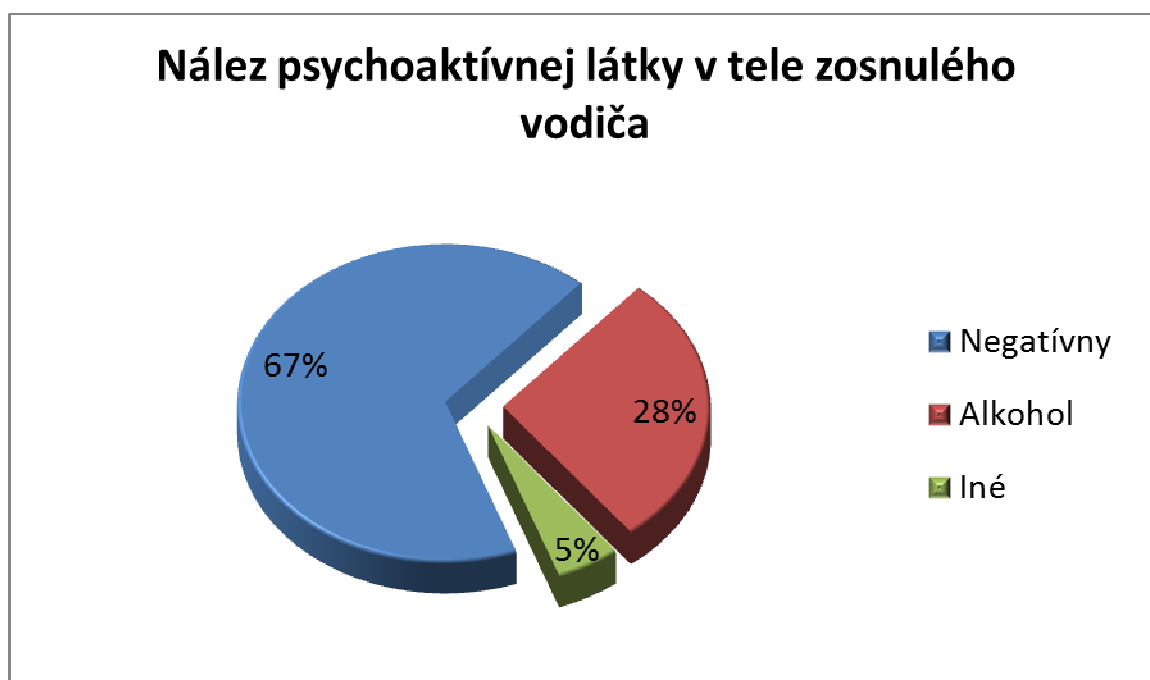
Úmrtia následkom dopravných nehôd tvoria významný podiel v skupine násilných úmrtí. Len na Slovensku, v oblasti Bratislavského a Trnavského kraja tvoria približne 14% všetkých pitvaných prípadov. Dopravné nehody sú zapríčinené najčastejšie nepozornosťou a únavou vodiča, nedostatkom šoférskeho zručností a skúseností, prekračovaním rýchlostných limitov na cestách. Výrazným faktorom spolupodieľajúcim sa na nehodovosti sú aj rôzne výkyvy počasia, nedobrá stav vozovky či práve ovplyvnenie vodiča psychoaktívnou látkou. Legislatívny poriadok a právna zodpovednosť aj s možnými sankciami však nie sú pravdepodobne dostatočnou hrozbou pre jedincov, ktorí šoférujú pod vplyvom alkoholu alebo inej psychoaktívnej látky. Ich počet je stále vysoký a spoločensky neakceptovateľný. Na Slovensku v rozpätí rokov 2005 - 2010 došlo ku 289 710 dopravným nehodám, pri ktorých došlo k úmrtiu 3016 osôb. Vodičov jazdiacich pod vplyvom alkoholu bolo 14 270.

Najčastejším nálezom psychoaktívnej látky u vodičov motorových vozidiel pri dopravných nehodách je dôkaz požitia alkoholu, avšak Šidlo a kol. (2012) uvádza, že v posledných desaťročiach je možné pozorovať narastajúci počet vodičov ovplyvnených aj inými - nezákonnými psychoaktívnymi látkami, najmä látkami kanabisového či amfetamínového typu, ako aj látkami dostupnými cestou lekárskej preskripcie, napríklad benzodiazepínmi.

Prítomnosť psychoaktívnych látok u zomrelých vodičov motorových vozidiel v SR

V uvedenom časovom rozpätí rokov 2005 - 2010 bolo pitvaných na pracoviskách Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou spolu 218 vodičov motorových vozidiel, ktorí zahynuli pri dopravných nehodách v Bratislavskom a Trnavskom kraji. V 87% prípadov išlo o mužov a v 13% o ženy. Najviac zosnulých vodičov bolo vo vekovej kategórii 30 – 34 rokov. Prítomnosť psychoaktívnych látok bola zistená v 72 prípadoch t.j. 33 % celkového počtu vodičov. V 28% prípadov bol prítomný pozitívny nález alkoholu a látky iné ako alkohol boli zistené v 5 % z celkového počtu prípadov. Prítomnosť psychoaktívnej látky v tele zosnulých vodičov je názorne zobrazená v grafe číslo 1. V 3% sa vyskytla kombinácia alkoholu a inej alebo iných psychoaktívnych látok. Hladina alkoholu v krvi vyššia ako 1,0 g.kg⁻¹ (promile) bola zistená až v 80% pozitívnych prípadoch. Po alkohole dominovali pozitívnym nálezom vo výsledkoch najčastejšie metamfetamíny nasledované kanabinoidmi, opiátmi a extázou, ojedinele bol potvrdený nález barbiturátov, benzodiazepínov, ketamínu, kokaínu a neuroleptík.

Pri vyhodnotení miery zavinenia dopravnej nehody sa ukázalo, že v skupine vodičov, u ktorých bol test na zistenie prítomnosti psychoaktívnej látky v tele pozitívny, spôsobilo dopravnú nehodu 97 % vodičov. Zo skupiny vodičov, u ktorých bol nález psychoaktívnej látky negatívny, mohlo za spôsobenie dopravnej nehody 78 % vodičov.



Graf č.1: Nález psychoaktívnej látky v tele zosnulého vodiča

Záver

Požitie psychoaktívnej látky pred alebo počas vedenia motorového vozidla môže ovplyvniť priebeh jazdy a neraz odložiť až znemožniť šťastný dojazd do cieľa. Za spomínané obdobie piatich rokov bolo dokázané, že takmer všetky smrteľné nehody, pri ktorých bol prítomný pozitívny nález psychoaktívnej látky v tele mŕtveho vodiča, si spôsobili vodiči sami a zaplatili za to tým najcennejším – svojim vlastným životom.

Literatúra

- (1) FISCHER, M.J. *My Way: Essays on Moral Responsibility*. Oxford University Press, 2006.
- (2) GLUCHMAN, V. *Etika konzekvencializmu*. Prešov: ManaCon, 1995.
- (3) GLUCHMAN, V. *Etika sociálnych dôsledkov a jej kontexty*. Prešov: PVT, 1996.
- (4) GOGOVÁ TURÓCIOVÁ, M. *Morálna zodpovednosť a mravný subjekt v kontexte spoločensky zodpovednej firmy*. In: Zborník príspevkov: 7. študentská vedecká konferencia. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2012. ISBN 978-80-555-0516-9
- (5) LIBA, J. *Zodpovednosť*. Slovník pojmov. [cit. 2012-12-12] Dostupné na internete: <http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/SlovníkPojmov/z/#Z>
- (6) NOVOTNÝ, V. *Prečo nesmieš ani raz skúsiť drogu?* Čistý deň 2007;5 (1): 10 - 11
- (7) *Prehľad základných štatistických ukazovateľov dopravnej nehodovosti za roky 1966 – 2009*. [cit. 2012-12-12] Dostupné na internete: http://www.minv.sk/swift_data/source/policia/dopravna_policia/dn/DN%20-%20evidovanie.pdf
- (8) ŠIDLO, J. et al. *Ovplyvnenie vodičov psychoaktívnymi látkami pri dopravných nehodách*. In Sborník přednášek: XX. ostravské dny forenzních věd s mezinárodní účastí. 2012. ISBN 978-80-260-2498-9
- (9) Zákon č. 8/2009 Z.z. – zákon o cestnej premávke.
- (10) *Zodpovednosť (etika)*. Otvorená filozofická encyklopédia. [cit. 2012-12-12] Dostupné na internete: http://ii.fmph.uniba.sk/~filit/fvz/zodpovednost_etika.html

Kontaktná adresa:

MUDr. Martin Zdarilek

Ústav súdneho lekárstva LF UK

Sasinkova 4, 811 08 Bratislava

mobil: 0903 300 461

email: martin.zdarilek@gmail.com