



**SBORNÍK**

## **ETICKÉ ASPEKTY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

**13. dubna 2023**

## Vědecký a organizační výbor:

doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Ing. František Kunc, PhD.

Ing. Soňa Jexová, PhD.

Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD.

Mgr. Martin Krause, Ph.D.

Mgr. Michaela Přibíková

Bc. Táňa Kalinová



# PROGRAM KONFERENCE

**08:30 Registrace**

**09:00 Úvodní slovo**

doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD., prorektorka VŠZ, o. p. s.

**09:00–12:00 Dopolnední program**

**Etické poradenství – nový nástroj na řešení etických problémů klinické medicíny**

*(doc. MUDr. Jaromír Matějka, Ph.D., Th.D., L.L.M.)*

**SPIS – Systém psychosociální intervenční podpory – pomoc zdravotníkům i sekundárně zasaženým**

*(Mgr. Ivana Trnková)*

**Intervence u těhotné s perinatální ztrátou**

*(Bc. Táňa Kalinová)*

**Úctivá pôrodnická starostlivosť rešpektujúca autonómiu žien**

*(Mgr. Lucia Mazúchová, PhD.)*

**Princip autonomie v ošetrovateľskej péči PN Bohnice**

*(Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.)*

**12:00–12:30 Přestávka (občerstvení)**

**12:30–15:00 Odpolední program**

**Vybrané aspekty odpovědnosti nelékařského zdravotnického pracovníku**

*(Mgr. Michaela Přibíková)*

**Paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči**

*(Mgr. Radomír Vlček)*

**Fyzioterapie pacientov po prekonaní ochorenia COVID 19**

*(doc. PhDr. Elena Žiaková, PhD.)*

**Etické aspekty omezování násilných pacientů**

*(Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.)*

**Problematika infekčních chorob u osob se statutem dočasné ochrany**

*(doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.)*

**15:00 Závěr konference, předání certifikátů**

**Konference určena především pro:**

**nelékařské zdravotnické pracovníky, pedagogy, lektory, studenty, školitele a všechny profese, kteří se zabývají prevencí ve zdravotních a sociálních službách.**

**Místo konání: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Duškova 7, 150 00 Praha 5.**

**Výstupem z konference je recenzovaný sborník.**

## OBSAH

<b>PRINCIP AUTONOMIE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI BOHNICE .....</b>	<b>6</b>
TOŠNAROVÁ, H.	
<b>ÚCTIVÁ PÔRODNÍCKA STAROSTLIVOSŤ REŠPEKTUJÚCA AUTONÓMIU ŽIEN .....</b>	<b>11</b>
MAZÚCHOVÁ, L., PORUBSKÁ, A.	
<b>ETICKÉ ASPEKTY KAZUISTIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ.....</b>	<b>11</b>
MARKOVÁ, E., HLINOVSKÁ, J.	
<b>ETICKÉ ASPEKTY PREVENCE INFEKČÍ SPOJENÝCH SE ZDRAVOTNÍ PÉČÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ .....</b>	<b>35</b>
KRAUSE, M.	
<b>VYBRANÉ ASPEKTY ODPOVĚDNOSTI NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA .....</b>	<b>43</b>
PŘIBÍKOVÁ, M.	
<b>ETIKA OMEZENÍ NÁSILNÉHO PACIENTA .....</b>	<b>51</b>
PEKARA, J.	
<b>PROBLEMATIKA INFEKČNÍCH CHOROB U OSOB SE STATUSEM DOČASNÉ OCHRANY .....</b>	<b>60</b>
HAMPLOVÁ, L.	
<b>ETICKÉ ASPEKTY PÉČE O SENIORY V ČR.....</b>	<b>65</b>
HLINOVSKÁ, J., NĚMCOVÁ, J.	
<b>KVALITA ŽIVOTA, LUDSKÁ DŮSTOJNOSTĚ A STARNUTIE .....</b>	<b>75</b>
POLHORSKÁ, M., GREŽĐOVÁ, I.	
<b>VÝZNAM PODPORY A PREVENČIE ZDRAVIA V KONTEXTE ZDRAVOTNEJ VÝCHOVY .....</b>	<b>90</b>
KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, V., MAZALÁNOVÁ, A.	
<b>ETICKÉ A MORÁLNE PRINCÍPY PRÍSTUPU SESTIER PŘI POSKYTOVANÍ OŠETŘOVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI .....</b>	<b>107</b>
KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, V., MAZALÁNOVÁ, A.	
<b>PROFESIONÁLNY PRÍSTUP SESTRY A ZVLÁDANIE HNEVU U PACIENTA .....</b>	<b>115</b>
GREŽĐOVÁ, I., POLHORSKÁ, M.	
<b>ROZHODOVANIE SLOVENSKÝCH MATIEK PŘI VÝBERE POTRAVÍN VYTVARAJÚCICH LEPSIE PODMIENKY NA STRAVOVANIE DOMA .....</b>	<b>126</b>
KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, V., ŽAMBOCHOVÁ, M., KITA, P.	

# PRINCIP AUTONOMIE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI BOHNICE

TOŠNAROVÁ, H.

## Abstrakt

Princip autonomie patří mezi základní etické principy v přístupu zdravotníků k pacientům. Ošetrovatelská péče na psychiatrii má řadu specifík odvíjejících se od typu onemocnění pacientů a tím i jejich schopnosti autonomního rozhodování. Probíhající reforma psychiatrie klade důraz na posilování role pacienta v plánování a následně i čerpání péče, což s sebou nese i změny v oblasti ošetrovatelské dokumentace.

## Klíčová slova

Autonomie, přístup k pacientům, psychiatrické ošetrovatelství, reforma psychiatrie

## ÚVOD

Transformace psychiatrické péče je v současné době často skloňovaným tématem. Pobíhá již od roku 2013 a je zakotvena v Národním akčním plánu pro duševní zdraví, který přijala vláda v ČR v lednu 2020. Hlavním cílem reformy je zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Kromě zmírnění příznaků duševní nemoci se péče více zaměřuje na zvýšení samostatnosti, kvality života a rozvíjení schopností pacienta (MZČR, 2021).

Respekt k autonomii pacienta patří mezi základní etické principy zdravotnických pracovníků. Vzhledem k povaze některých duševních onemocnění má dodržování tohoto principu v oboru psychiatrie svá specifika. Jednou z rolí sestry na psychiatrickém oddělení je být pacientovi průvodcem nejen hospitalizací, ale po dobu pobytu na oddělení i průběhem jeho zotavení (PAPEŽOVÁ, PÁV, 2017).

Psychiatrická nemocnice Bohnice v Praze patří mezi lídry procesu transformace nemocnic a obecně naplňování cílů reformy psychiatrie. V tomto kontextu je v oblasti ošetrovatelské péče implementována řada změn souvisejících se snahou o zlepšení kvality života pacientů i během hospitalizace, a především s dodržováním etických principů s důrazem na autonomii pacientů.

## **1 AUTONOMIE PACIENTA V SOUVISLOSTI S REFORMOU PSYCHAIATRICKÉ PÉČE**

Hlavním cílem reformy psychiatrické péče je podpora pacientů v jejich vlastním prostředí, zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním a prosazování lidských práv lidí s duševním onemocněním (ČLS JEP, 2017).

Základní změnou v systému péče o lidi s duševním onemocněním je systematické poskytování koordinované a vzájemně propojené péče zaměřené na zotavení (recovery) pacienta. *Zotavení je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná* (ANTHONY, 1993 cit. dle PAPEŽOVÁ, PÁV, 2017, s. 32). Základním principem zotavení je, aby člověk žil spokojený život i bez plného uzdravení ze své nemoci. Jde jednoznačně o individuální proces, ve kterém nejde primárně jen o zdravotní stav, ale také o řadu dalších aspektů, jako např. zkušenosti, temperament, charakter, rodina, přátelé, práce, prostředí, včetně odlišných reakcí na léčbu. Podstatou zotavení je život člověka, nikoli jeho nemoc. Významnou roli v tomto procesu hraje naděje, převzetí zodpovědnosti a zastávání smysluplných životních rolí (DAVIDSON a kol., 2017).

Transformace obsahu péče a přístupu k pacientům klade důraz především na plný respekt práv pacientů; maximálně možnou inkluzi pacientů do běžné společnosti; plnohodnotné zapojení pacientů a jejich rodinných příslušníků do všech podstatných rozhodovacích procesů týkající se léčby, pomoci a potřebné podpory. Pro zajištění adekvátní intervence i pro pacienty, kteří pomoc sice potřebují, ale sami ji nevyhledávají, je důležitý asertivní postoj, který je založen na proaktivním, pozitivním, přímém, nemanipulativním a ohleduplném přístupu.

Cílem reformy je vytvořit model péče o duševní zdraví, který zprostředkuje služby reflektující priority pacientů a těch, kteří o ně pečují; vyvážený poměr mezi komunitními, ambulantními a lůžkovými službami poskytovanými co nejbližší reálného bydliště pacienta; intervence zaměřené jak na zmírnění příznaků duševní nemoci, tak na zvýšení samostatnosti pacienta, kvality života a rozvíjení jeho schopností (ČLS JEP, 2017).

Zcela novým prvkem v systému péče o duševně nemocné jsou centra duševního zdraví (CDZ), jejichž cílovou skupinou jsou pacienti se závažným duševním onemocněním, tzv. SMI (Severe Mental Illness), tedy pacienti s těžkým průběhem např. schizofrenních onemocnění, bipolární afektivní poruchy, obsedantně kompulzivní poruchy. Jedná se o skupinu pacientů nejvíce ohroženou institucionalizací a sociální exkluzí (ANON, 2016). Později byla tato skupina rozšířena o pacienty se závislostí, soudně nařízenou léčbou, gerontopsychiatrické pacienty a děti/adolescenty. Práce v centrech duševního zdraví je založena na multidisciplinárním přístupu a je zprostředkovávána formou case managementu.

Základním pojítkem mezi lůžkovou a komunitní péčí je samozřejmě pacient a jeho individuální potřeby, a to s respektem k jeho autonomii, jinými slovy s akceptováním jeho volby podle jeho osobních hodnot. V Psychiatrické nemocnici Bohnice, která provozuje tři centra duševního zdraví a aktivně spolupracuje s téměř dvaceti komunitními týmy, došlo v této souvislosti ke změně ošetrovatelské dokumentace tak, aby více reflektovala současné pojetí péče a přístup k pacientům.

## **2 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN PÉČE**

Psychiatrická nemocnice Bohnice je členěna z hlediska délky pobytu pacienta na akutní a následnou péči. Oba tyto segmenty se liší v oblasti dokumentování ošetrovatelských plánů.

Na akutní péči jsou ošetrovatelské plány dokumentovány pomocí sesterských epikriz a na odděleních následné péče formou individuálních plánů. V obou případech je patrná akcentace respektu k autonomii pacienta, a to prostřednictvím zakomponování jeho přání do vlastního plánování ošetrovatelské péče. Dle platného procesu nemocnice je účel vstupní a následně průběžné epikrizy definován jako stanovení potřeb, problémů, rizik a přání pacienta

na základě odběru vstupních dat pomocí pozorování a/nebo rozhovorem s pacientem, které jsou zohledněny v ošetrovatelském plánu (PNB, 2022).

Individuální plány na následné péči jsou popsány jako proces, ve kterém sestra (klíčový pracovník) ve spolupráci s pacientem a case managerem monitoruje současné a předchozí možnosti, zkušenosti, přání a ambice v oblastech: bydlení, zaměstnání, učení, volný čas, zdraví a duševní pohoda (PNB, 2022).

Na odděleních následné péče se k dokumentování ošetrovatelských plánů využívá tzv. plán zotavení, který se skládá z osobního profilu pacienta, individuálního plánu (včetně jeho revize) a krizového plánu. Individuální plán, v rámci nemocničního informačního systému, je založen na dokumentování cílů podle nemocného, možných problémů či překážek při jejich naplňování a v neposlední řadě i plánovaných intervencí pacienta a také zdravotníka či jiného odborníka pro dosažení naplánovaného.

Další změnou, která souvisí s plánování ošetrovatelské péče a především se zkompetentňováním pacienta jsou tzv. triády, kdy je plánována péče ve trojicích (či ve více členech – dle potřeby např. lékař, zdravotně-sociální pracovník atd.). Jsou uskutečňovány schůzky mezi pacientem, sestrou z daného oddělení a case managerem z komunitní služby a dohromady plánují postup hospitalizace, jakožto přípravu k dimisi.

Takto pojaté plánování ošetrovatelské péče je možné provádět pouze za podmínek skutečně navázaného partnerského vztahu, důvěry mezi zdravotníky a pacienty, holistického přístupu, zplnomocňování pacienta a zaměření na jeho silné stránky.

## **ZÁVĚR**

Autonomie pacientů na psychiatrických odděleních má v souvislosti s některými onemocněními svá specifika, protože zdravotní stav ovlivňuje míru schopnosti rozhodování pacienta a jeho sociální dovednosti. I tento fakt je důvodem pro zaměření odborníků na dodržování lidských práv osob trpících duševní poruchou. Text popisuje problematiku respektování autonomie pacientů v Psychiatrické nemocnici Bohnice s ohledem na probíhající reformu psychiatrické péče, a především se zaměřuje na oblast dokumentace plánu ošetrovatelské péče.

## ZDROJE

ANON, 2016. *Metodika časných intervencí v multidisciplinárních terénních týmech*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

ČLS JEP, 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Psychiatrická společnost ČLS JEP.

DAVIDSON, L. a další, 2017. *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení*. Psychiatrická nemocnice Bohnice.

MZ ČR, 2021. *Projekty CDZ*. Online. MZ ČR. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/centra-dusevniho-zdravi-cdz> [cit. 2023-04-12].

PAPEŽOVÁ, S. a M. PÁV, 2018. *Model zotavení*. Online. MZ ČR. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz> [cit. 2023-04-12].

PNB, 2022. *Ošetrovatelská dokumentace související s hospitalizací*. Online. Psychiatrická nemocnice Bohnice. Dostupné z: [http://qpr-srv-19/QPR2022-1/Portal/QPR.Isapi.dll?QPRPORTAL&\\*prnav&FMT=p&LAN=cs%2c1&DTM=&RID=274000880368672014](http://qpr-srv-19/QPR2022-1/Portal/QPR.Isapi.dll?QPRPORTAL&*prnav&FMT=p&LAN=cs%2c1&DTM=&RID=274000880368672014) [cit. 2023-04-12]

## KONTAKT

**Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.**

Psychiatrická nemocnice Bohnice

Ústavní 91, 181 00 Praha

e-mail: [hana.tosnarova@bohnice.cz](mailto:hana.tosnarova@bohnice.cz)

# ÚCTIVÁ PÔRODNÍCKA STAROSTLIVOSŤ REŠPEKTUJÚCA AUTONÓMIU ŽIEN

MAZÚCHOVÁ, L., PORUBSKÁ, A.

## Abstrakt

Každá rodička je výnimočná a okrem profesionálnej starostlivosti, dodržiavania štandardov je potrebné poskytovanie úctivej a rešpektujúcej starostlivosti počas pôrodu. Je významné uznanie ženy ako jedinečnej bytosti, dodržiavanie jej práv, uspokojenie jej individuálnych potrieb, prihliadanie na jej emocionálny stav, dôstojnosť, autonómiu a podieľanie sa na vytváraní pozitívnej skúsenosti s pôrodom. Pôrodná skúsenosť má krátkodobý, ale aj dlhodobý vplyv na psychické a fyzické zdravie žien.

Úctivú starostlivosť možno charakterizovať ako starostlivosť, ktorá rešpektuje dôstojnosť, súkromie, dôvernosť, zaručuje ochranu pred ublížením a zlým zaobchádzaním, umožňuje spoluúčasť na rozhodovaní a zabezpečuje kontinuálnu podporu počas pôrodu. Rešpektovanie autonómie žien počas pôrodu je kľúčovým faktorom kvalitnej pôrodnickej starostlivosti.

Prevažujúci biomedicínsky model nezahŕňa holistický prístup a nedokáže eliminovať niektoré negatívne javy. Humanizácia pôrodu podporuje postavenie žien tým, že zohľadňuje humanizované hodnoty.

Zdravotníci by mali vynaložiť maximum úsilia, aby aktívne podporovali autonómiu ženy počas pôrodu všetkými dostupnými spôsobmi, aby sa o úctivá a rešpektujúca starostlivosť stala bežným štandardom.

## Kľúčové slová

Pôrod, autonómia, úctivá starostlivosť, rešpektujúca starostlivosť, zdravotníci

## ÚVOD

Pôrod je pre ženu hlbokým psychologickým zážitkom, ktorý má fyzický, psychologický, sociálny a existenčný vplyv na matku a dieťa v krátkodobom aj dlhodobom horizonte, pričom

spomienky naň zostávajú živé po celý život (Olza et al., 2018). Väčšina žien počas pôrodu je mimoriadne zraniteľná. Z tohto dôvodu si vyžadujú špeciálnu pozornosť, úctivú starostlivosť, a rešpektovanie autonómie od všetkých zdravotníkov. Okrem ženy má právo na úctivú a rešpektujúcu starostlivosť aj jej dieťa. Takáto starostlivosť zdravotníkov pomáha ženám zvládať najmä ich zraniteľnosť, strach, či bolesť.

Skúsenosti ženy so starostlivosťou sú významným ukazovateľom kvality pôrodnickej starostlivosti. Pozitívna skúsenosť posilňuje pohodu a materské kompetencie, a naopak negatívna skúsenosť je spojená s úzkosťou, stresom alebo až traumou (posttraumatickou stresovou poruchou), čo má negatívne následky na prežívanie matky, dieťaťa a ich zdravie (Redshaw et al., 2019).

Podľa WHO (2016) každá žena má právo na najvyšší dosiahnuteľný štandard zdravia, ktorý zahŕňa aj právo na dôstojnú a rešpektujúcu starostlivosť.

## **1 AUTONÓMIA ŽENY POČAS PORODU**

Adhikari, Sawangdee (2011) autonómiu definujú ako schopnosť a slobodu konať nezávisle.

Autonómia je multidimenzionálny koncept, ktorý zahŕňa kontrolu nad zdrojmi (fyzickými, ľudskými, intelektuálnymi a finančnými) a ideológiami (viera, hodnoty, postoje, vnútorná sila, sebaúcta a sebadôvera), čo so sebou nesie zvýšené sebavedomie a vnútornú transformáciu vedomia človeka. Toto umožňuje žene prekonať vonkajšie bariéry a získať prístup k zdrojom alebo zmeniť tradičné ideológie (Tiruneh et al., 2017).

Rešpektovanie autonómie ženy počas pôrodu je kľúčovým faktorom pôrodnej starostlivosti o rodičku (Attanasio, 2018).

Chervenak, McCullough (1997) ju definujú ako rešpektovanie integrity hodnôt klientky, jej viery, perspektívy jej záujmov a používanie len takých klinických stratégií, ktoré môžu byť realizované s jej súhlasom na základe informovanej voľby.

Hoci existuje len málo dôkazov o tom, ako autonómia ovplyvňuje výsledky matiek a novorodencov, existujú značné dôkazy o tom, že si ženy cenia rešpektovanie svojej autonómie (Afulani et al., 2020; Downe et al., 2018).

Je významné vrátiť žene vedomie, že pôrod je prirodzenou súčasťou nášho života, a že je to práve ona, ktorá privádza na svet jej dieťa, a preto má právo autonómne byť zúčastnená na procese pôrodu. Uznanie ženy ako jedinečnej bytosti je základom humanizovaného pôrodu.

## 1.2 HISTORICKÝ KONTEXT PÔRODU

Z historického pohľadu bol pôrod tradične ženskou a spoločenskou udalosťou, pričom väčšina žien rodila v známom domácom prostredí s nepretržitou podporou pôrodnej baby či babice a ďalších žien, ktoré sa vzájomne poznali (Westergren et al., 2019).

Názory a postoje k rodiacej žene a k pôrodom sa v priebehu jednotlivých historických období líšili a menili. V minulosti bol pôrod posudzovaný ako prirodzený fyziologický proces, ktorý bol mimo kompetencií medicíny. Priebeh pôrodu určovali prírodné sily a nevyžadovali sa lekárske postupy, alebo ak aj boli, išlo o malú menšinu prípadov.

### 1.2.1 MEDIKALIZÁCIA PÔRODOV

V druhej polovici 20. storočia, ktorá sa spája s intenzívnejším rozvojom gynekológie a pôrodnictva a súvisiacich technológií, sa tehotenstvo a pôrod stali predmetom lekárskej právomoci. Pôrod sa pomaly stal medicínskou udalosťou, pôrodné asistentky boli z pôrodného procesu vytlačené medicínou a ženy počas pôrodu boli začlenené do lekárskeho modelu starostlivosti. Rozvoj a funkcia lekárskeho povolania boli založené na biomedicínskom modeli, ktorý predpokladal, že existuje biofyzikálne vysvetlenie, ktoré je možné objektívne definovať pre každú chorobu. Pri sledovaní tehotenstva a pôrodu získala technológia väčšiu úlohu v presvedčení, že pomocou nej dokážeme prekonať alebo ovládnuť prírodu. Z tohto pohľadu bolo 20. storočie poznačené veľkými zmenami v pôrodných praktikách a dokonca aj v koncepcii tehotenstva a pôrodu všeobecne. Telo ženy a plod boli pod kontrolou medicíny (Prosen, Krajnc, 2013). Je pozitívne, že sa dosiahol značný pokrok v zlepšovaní zdravia matiek na celom svete a globálne sa znížila úmrtnosť matiek. Tehotenstvo a pôrod však začali byť vnímané skôr ako medicínsky problém než prirodzený stav (Sedigh Mobarakabadi et al., 2015). Medicínske postupy na zvládnutie komplikácií spojených s tehotenstvom alebo pôrodom môžu v skutočnosti zachrániť životy ľudí. Používanie týchto postupov v normálnych situáciách však môže byť pre matky a novorodencov nákladné a riskantné a môžu tiež ovplyvniť sociálnu konštrukciu pôrodu a starostlivosti o matku (Christiaens et al., 2013). V medicínskom kontexte

sa s tehotnými ženami zaobchádza ako s osobami vyžadujúcimi lekársku starostlivosť. Tento prístup vedie k väčšej závislosti od zdravotníckych pracovníkov (Sedigh Mobarakabadi et al., 2015). To sa odzrkadlilo aj na spôsobe rodenia. Od zákazu pohybu počas prvej doby pôrodnej, cez supinačnú polohu počas druhej doby pôrodnej, po zákaz prijímania tekutín či akejkolvek stravy a podobne. Čo je možné v procese medikalizácie vytknúť, je predovšetkým nedostatočná komunikácia zo strany zdravotníkov, nedostatok alebo popretie kontroly žien nad ich vlastným telom. Prevažujúci biomedicínsky model nezahŕňa holistický prístup, ktorý berie do úvahy aj vôľu ženy počas pôrodu. Sociálna koncepcia tehotenstva a pôrodu ako choroby postupne viedla k zvýšeniu počtu lekárskeho zákroku v oblasti pôrodnickej praxe. Konceptualizáciu tehotenstva a pôrodu ako rizikového stavu je možné považovať za príčinu technologického rozvoja (Prosen, Krajnc, 2013), avšak aj samotný technologický rozvoj môžeme považovať za príčinu toho, že ženy strácajú kontrolu nad svojím tehotenstvom a pôrodom.

Podľa Maturo (2012) nové diagnostické nástroje znamenajú aj väčšie šance na objavenie chorôb. Toto spolu s lekárskejšími intervenciami poskytuje ženám pocit kontroly nad potenciálne nebezpečným procesom. Medzi týmito intervenciami sú najbežnejšie: kardiokografia, epidurálna analgéria, amniotómia, indukcia pôrodu, elektívny cisársky rez a epiziotómia (Behruzi et al., 2010). Tieto intervencie postavili matku do role pacientky a znižujú jej pocit kontroly nad vlastným telom i keď majú svoje miesto v opodstatnených prípadoch (Prosen, Krajnc, 2013).

Biomedicínsky model, ktorý je aj v súčasnosti prevažne využívaný nedokáže eliminovať niektoré negatívne javy (ako je nedostatok individualizovanej, kontinuálnej a na ženu zameranej starostlivosti, nadbytočné medicínske intervencie pri nízkorizikových tehotenstvách apod.) (Wilhelmová et al., 2022).

### 1.2.2 HUMANIZÁCIA PÔRODOV

Dnes prechádzame procesom humanizácie pôrodu, aby sme opäť prinavrátili prirodzenosť pôrodu aj so všetkými výdobytkami moderného zdravotníctva. Za určitých okolností sú bezpochyby potrebné lekárske prístupy a postupy, ale nadmerná expanzia liečby zasahuje do rozhodovania matiek o pôrode. Je potrebné zabrániť nepriaznivým účinkom medikovaného pôrodu a podporiť prirodzený pôrod žien (Sedigh Mobarakabadi et al., 2015).

Humanizácia pôrodu znamená pochopenie, že žena, ktorá rodí je ľudská bytosť a zabezpečenie toho, aby ju jej skúsenosť s pôrodom naplňovala a posilňovala. Humanizácia pôrodu podporuje

postavenie žien tým, že zohľadňuje humanizované hodnoty, ako sú emocionálny stav žien, ich hodnoty, vieru a zmysly pre dôstojnosť a autonómiu počas pôrodu. Žena sa stáva centrom pôrodu a kontroly, pričom prijíma všetky rozhodnutia o tom, čo sa stane (Prosen, Krajnc, 2013).

### **1.3 ÚCTIVÁ A REŠPEKTUJÚCA STAROSTLIVOSŤ POČAS PORODU ZO STRANY ZDRAVOTNÍKOV**

Úctivá starostlivosť rešpektujúca autonómiu žien je prístup k starostlivosti zameraný na rešpektovanie práv žien, ich potrieb a preferencií (van der Pijl et al., 2021).

Podľa WHO (2021) starostlivosť by mala byť bezpečná, zameraná na ľudí, včasná, spravodlivá, integrovaná a efektívna.

V rámci humanizácie pôrodov a rešpektovania autonómie žien je zo strany zdravotníkov dôležité chápať pôrod ako normálny prirodzený proces, podporovať samostatnosť a sebadôveru žien počas pôrodu, umožniť ženám prežiť pôrod ako zdravú a radostnú udalosť, vytvoriť prostredie pre pôrod, kde sa ženy cítia bezpečne, kde cítia záujem o ich potreby, kde je rešpektované ich súkromie. Je potrebné vyhýbať sa rutinným vyšetreniam, pokiaľ neexistuje vedecky overený a opodstatnený dôvod k ich použitiu. Starostlivosť počas pôrodu by mala byť otvorená potrebám žien a ich detí a nie potrebám zdravotníckych pracovníkov.

Úctivá a rešpektujúca starostlivosť zo strany zdravotníkov umožňuje vytváranie terapeutických vzťahov prostredníctvom medziľudských schopností, najmä prostredníctvom verbálnej komunikácie, ako je predstavenie sa, prostredníctvom neverbálnej komunikácie, ako je očný kontakt, úsmev a dotyk, sústredené načúvanie a individuálne zaobchádzanie s rodičkami s ohľadom na ich potreby a prania (Krausé et al., 2020).

Emocionálna podpora od zdravotníckych pracovníkov pomáha vytvárať pocit spolupatričnosti, bezpečia a dôvery (Thorstensson et al., 2016) a má pozitívny vplyv na priebeh pôrodu (Iliadou, 2012). Ak ženy cítia podporu od zdravotníckych pracovníkov, sú silnejšie, spokojnejšie a majú lepšiu schopnosť ovládať a vyrovnávať sa s bolesťou pri pôrode (Nilsson et al., 2013). Psychosociálna podpora rodiacej žene zo strany zdravotníkov skracuje dĺžku trvania pôrodu a výskyt perinatálnych komplikácií (Klabbers et al., 2016).

Vlastnosti ako sú súcit, láskavosť, empatia, trpezlivosť sa považujú za dôležité pre kvalitnú starostlivosť v pôrodnej asistencii (Krausé et al., 2020).

Rodička by mala byť v priebehu pôrodu pravidelne informovaná o aktuálnej situácii a jej pravdepodobnom vývoji, taktiež o vyšetreniach, ktoré podstupuje. Pôrodné asistentky by mali ženu v priebehu pôrodu povzbudzovať a chváliť a mali by sa vyhnúť kritike. Rešpektujúca starostlivosť zo strany pôrodných asistentiek zahŕňa aj **posilňovanie pocitu kontroly nad priebehom pôrodu a kompetencií žien, čím sa podporujú fyziologické procesy pôrodu a znižuje sa potreba pôrodnického zásahu (Hodnett et al., 2013)**. Niektoré štúdie potvrdzujú, že pocit dôvery medzi ženou a pôrodnou asistentkou je dôležitý pre emocionálny aspekt spojený s pôrodom (Leap et al., 2010; Lyberg a Severinsson, 2010; Aune et al., 2012). V priebehu fyziologického pôrodu je prvoradé to, aby sa rodička cítila v bezpečí a mohla sa nerušene sústrediť na pôrod za asistencie pôrodnej asistentky, ktorej môže dôverovať.

Pri poskytovaní rešpektujúcej, komplexnej a efektívnej starostlivosti od tehotenstva, počas pôrodu až po šestonedelie sú veľkým prínosom komunitné pôrodné asistentky, ktoré môžu lepšie poznať ženu, nadviazať s ňou vzťah dôvery a poskytovať kontinuálnu starostlivosť (Dorazilová, 2020).

#### **1.4 NEREŠPEKTUJÚCA STAROSTLIVOSŤ POČAS PÔRODU**

Niekoľko štúdií preukazuje vysokú prevalenciu nerešpektujúcej starostlivosti počas pôrodu (Abuya et al., 2015; Asefa, Bekele, 2015; Bohren et al., 2015; Bohren et al. 2017; Sando et al., 2016).

Preukázalo sa, že nedostatočná podpora od zdravotníkov, vedie k negatívnemu zážitku z pôrodu (Nilsson et al., 2013). Pri nerešpektujúcej starostlivosti počas pôrodu môžu ženy zažiť nevhodné fyzické alebo emocionálne zaobchádzanie, s neadekvátnou klinickou starostlivosťou alebo s porušením zásad autonómie (Sando et al., 2017).

Ako príklad nerešpektujúcej starostlivosti sa uvádza najmä zneužívajúci jazyk zdravotníckych pracovníkov, hrubosť, krik, zastráňovanie, karhanie, ignorovanie, zosmiešňovanie, nedostatok empatie, nedostatok súkromia, neinformované rozhodovanie, fyzické útoky a odmietanie služieb (Kumbani et al., 2012; Bohren et al, 2015; Solnes Miltenburg et al., 2016; Mannava et al., 2015). Takéto neúctivé zaobchádzanie znamená, že sú porušované viaceré zásady ľudských práv, najmä právo ženy na ľudskú dôstojnosť (Meguid, 2016). Aj podľa štúdie na Slovensku bolo zistené, že negatívna skúsenosť z pôrodu a popôrodná trauma u žien súviseli aj s nerešpektujúcim prístupom zdravotníkov. Išlo o neprofesionálny prístup, nadradené,

nepriateľské správanie, nevhodné a nedôstojné poznámky, ignoráciu a neosobný prístup (Mazúchová et al., 2014). Nerešpektovanie rodičiek, ignorovanie ich želaní, chýbajúca základná slušnosť a často úplne absentujúca komunikácia sa spomína takmer vo všetkých vyjadreniach žien, ktoré boli so svojím pôrodom nespokojné (Aldana et al., 2016).

WHO (2015) nerešpektujúcu starostlivosť považuje za vážny problém, ktorý si vyžaduje naliehavú pozornosť. Môže mať za následok množstvo negatívnych následkov, vrátane nedostatočnej väzby medzi matkou a dieťaťom, nechoty dojčiť, nízkej kvality života (Hazarika, Konwar, 2021) ako aj nedostatočné využívanie zdravotníckych zariadení ženami (Bohren et al., 2015; Shimoda et al., 2018).

## ZÁVER

Základom starostlivosti o ženu počas pôrodu by malo byť poskytovanie úctivej starostlivosti.

Je priam nevyhnutné, aby počas pôrodu bola poskytovaná úctivá starostlivosť rešpektujúca autonómiu žien a to všetkými možnými dostupnými prostriedkami, ktorými sú napríklad správna komunikácia, reagovanie na potreby ženy a ich napĺňanie, vyhýbanie sa zbytočným zásahom do pôrodného procesu, rešpektovanie fyziológie pôrodu a jeho vlastného tempa, podávanie relevantných informácií, rešpektovanie rozhodnutí a osobných prianí rodičky, zabezpečenie súkromia, ktoré chráni jej intimitu, zabezpečenie takého prostredia, kde sa žena môže pohybovať počas prvej doby pôrodnej či slobodne si vybrať polohu pre pôrod dieťaťa podľa jej vlastného pocitu, či zabezpečiť všetky podmienky pre to, aby mohol byť (pokiaľ to zdravotný stav dovoľuje) bezprostredne po pôrode podporený bonding medzi matkou a dieťaťom podľa odporúčaných postupov a mnoho iných.

Úctivá starostlivosť rešpektujúca autonómiu žien je kľúčová pri poskytovaní vysoko kvalitnej starostlivosti.

Príspevok bol podporený projektom KEGA 016 – UK - 4/2021 „*Štandardizovaný pacient v pôrodnej asistencii*“.

## ZDROJE

ABUYA, T., C. E. WARREN, N. MILLER et al., 2015. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PloS one*, 10(4) e1123606.

ADHIKARI, R. a Y. SAWANGDEE, 2011. Influence of women's autonomy on infant mortality in Nepal. *Reprod Health*, (8) 7.

AFULANI, P. A., L. BUBACK, A. M. KELLY et al., 2020. Providers' perceptions of communication and women's autonomy during childbirth: a mixed methods study in Kenya. *Reprod Health*, 17(1) 85.

ALDANA, I., L. LIŠIAKOVÁ, a V. PIZANO, 2016. *Ešte netlačte. Všetko, čo potrebujete vedieť o rodení na Slovensku*. W Press. 188 s. ISBN 978-80-89879-00-7.

ASEFA, A. a D. BEKELE, 2015 Status of respectful and non-abusive care during facility – based childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health*, 12: 33.

ATTANASIO, L. B., K. B. KOZHIMANNIL a K. H. KJERULFF, 2018. Factors influencing women's perceptions of shared decision making during labor and delivery: Results from a large-scale cohort study of first childbirth. *Patient Educ Couns*, 101(6) 1130-1136.

ATTANASIO, L. B. et al., 2019. Factors influencing women's perceptions of shared decision making during labor and delivery: Results from a large – scale cohort study of first childbirth. *Patient Educ Couns*, 101(6) 1130-1136.

AUNE, I., U. DAHLBERG, a O. INGEBRIGTSEN, 2012. Parents' experiences of midwifery students providing continuity of care. *Midwifery*, 28 372–378.

BEHRUZI, R., M. HATEM, W. FRASER et al., 2010. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(25) 1-18.

BOHREN, M. A., J. P. VOGEL, E. C. HUNTER et al., 2015. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*, 12 (6) e1001847.

BOHREN, M. A., G. J. HOFMEYR, C. SAKALA et al., 2017. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7): CD003766.

DORAZILOVÁ, R., 2020. *Komunitní a primární péče v porodní asistenci*. In: PROCHÁZKA, M. et al. Porodní asistence. Učebnica pro vzdělávání i každodenní praxi. s. 575-587. Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4.

DOWNE, S., K. FINLAYSON, O. T. OLADAPO et al., 2018. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*. 13 (4) e0194906.

HAZARIKA, L. a G. KONWAR, 2021. Respectful Maternity Care (RMC). *IJMR*, 7(2) 164-168.

HODNETT, E. D., S. GATES, G. J. HOFMEYR et al., 2013. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 7: CD003766.

CHERVENAK, F. a L. B. McCULLOUGH, 1997. Čo je to pôrodnická etika? *Prakt Gyn*, 4(3) 113-120.

CHRISTIAENS, W., M. J. NIEUWENHUIJZE a R. VRIES, 2013. Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netrerlands. *Midwifery*, 29(1) e1-8.

KLABBERS, G. A., H. J. A. VAN BAKEL, M. M. A. VAN DEN HEUVEL et al. 2016. Severe fear of childbirth: its features, assessment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychol Top*, 25(1) 107–127.

KUMBANI, L. C., E. CHIRWA, A. MALATA, et al., 2012. Do Malawian women critically assess the quality of care? A qualitative study on women's perceptions of perinatal care at a district hospital in Malawi. *Reprod Health*, 9 30.

KRAUSÉ, S. S., C. S. MINNIE a S. K. COETZEE, 2020. The characteristics of compassionate care during childbirth according to midwives: a qualitative descriptive inquiry. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1) 304.

LEAP, N., J. SANDALL, S. BUCKLAND et al., 2010 Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *J Midwifery Women's Health*, 55(3) 234–242.

LYBERG, A. a E. SEVERINSSON, 2010. Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. *J Nurs Manag*, 18(4) 391–399.

MANNAVA, P., K. DURRANT, J. FISHER et al., 2015. Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: a systematic review. *Global Health*, 11: 36.

MATURO, A., 2012. Medicalization: current concept and future directions in a bionic society. *Mens Sana Monogr*, 10(1) 122-33.

MAZÚCHOVÁ, L., S. KELČÍKOVÁ a D. PARÁKOVÁ, 2014. Identification of negative experience and risk factors post-traumatic stress disorder of women in relation to childbirth. In: Pospisilova A, Jurenikova P. (eds). *International symposium: Science and Research in Nursing*. Brno: Masaryk University, 2014. s. 135-144. ISBN 978-80-7013-574-7.

MEGUID, T., 2016. (Re)Humanising Health Care – placing dignity and agency of the patient at the centre. *Nord J Hum Rights*, 34(1): 60–64.

NILSSON, L., T. THORSELL, E. HERTFELT WAHN et al., 2013. Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nurs Res Pract*, 2013: 349124.

OLZA, I., P. LEAHY-WARREN, Y. BENYAMINI et al., 2018. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis *BMJ Open*, 8(10) e020347.

PROSEN, M., a M. T. KRAJNC, 2013. Sociological Conceptualization of the Medicalization of Pregnancy and Childbirth: The Implications in Slovenia. *Revija Za Sociologiju*, 43(3) 251-272.

REDSHAW, M., C. R. MARTIN, E. SAVAGE-McGLYNN et al., 2019. Women's experiences of maternity care in England: preliminary development of a standard measure. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(167) 1-13.

SANDO, D., T. ABUYA, A. ASEFA et al., 2017. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: Lessons learned. *Reprod Health*, 14(1) 127.

SANDO, D., H. RATCLIFFE, K. McDONALD et al., 2016. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16 236.

SEDIGH MOBARAKABADI, S., K. MIRZAEI NAJMABADI, a M. GHAZI TABATABAIE, 2015. Ambivalence Towards Childbirth in a Medicalized Context: A Qualitative Inquiry Among Iranian Mothers. *Iran Red Crescent Med J*, 17(3) e24262.

SHIMODA, K., S. HORIUCHI, S. LESHABARI, et al., 2018. Midwives' respect and disrespect of women during facility-based childbirth in urban Tanzania: a qualitative study. *Reprod Health*, 15(8).

SOLNES MILTENBURG, A. S., F. LAMBERMON, C. HAMELINK et al., 2016. Maternity care and human rights: what do women think? *BMC Int Health Hum Rights*, 16(1) 17.

TIRUNEH, F. N., K. Y. CHUANG a Y. CH. CHUANG, 2017. Women's autonomy and maternal healthcare service utilization in Ethiopia. *BMC Health Serv Res*, 17(1) 718.

THORSTENSSON, S., A. ANDERSSON, S. ISRAELSSON et al., 2016. To build a bridge between two worlds: mothers' experiences of professional support at the maternity ward. *Health Care Women Int*, 37(10) 1067-1081.

VAN DER PIJL, :M. S. G., M. KASPERINK, M. H. HOLLANDER et al., 2021. Client-care provider interaction during labour and birth as experienced by women: Respect, communication, confidentiality and autonomy. *PLoS One*, 16(2) e0246697.

WESSTERGREN, A., K. EDIN, D. WALSH et al., 2019. Autonomous and dependent – The dichotomy of birth: A feminist analysis of birth plans in Sweden. *Midwifery*, 68 56-64.

WHO, 2016. *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Geneva; 73 p. ISBN 978 92 4 15 11216.

WHO, 2015. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Online. WHO [cit. 2021-09-23]. Dostupné z: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf) [cit. 2021-09-23].

WHO, 2021. *Quality of Care*. Online. WHO. [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab> [cit. 2023-04-01].

WILHELMOVÁ, R, L. VESELÁ, I. KORÁBOVÁ et al., 2022. Determinants of respectful care in midwifery. *Kontakt*, 24(4) 302-309.

## **KONTAKT**

**Mgr. Lucia Mazúchová, PhD.**

Univerzita Komenského v Bratislave

Jesseniova lekárska fakulta v Martine

Ústav pôrodnej asistencie, Malá hora 5, 036 01 Martin

e-mail: [mazuchova1@uniba.sk](mailto:mazuchova1@uniba.sk)

# ETICKÉ ASPEKTY KAZUISTIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ

MARKOVÁ, E., HLINOVSKÁ, J.

## **Absrakt**

Kazuistika je metoda kvalitativního výzkumu, která zkoumá jeden či více případů. Systematickým sběrem údajů o případu získáme hlubší vhled do daného fenoménu. Cílem článku je poukázat na etické aspekty kazuistiky a popsat její tvorbu v ošetrovatelském kontextu. V úvodu je obecně charakterizována kazuistika. Dále jsou popsány etické aspekty kazuistiky v ošetrovatelství, výběr případu, použité metody sběru dat a popis jednotlivých částí kazuistiky. Jednotlivý případ pacienta je v kazuistice zkoumán do hloubky a v širokém kontextu v jeho skutečném prostředí. Kazuistiku lze využít ve výuce ošetrovatelství, kde rozvíjí kritické myšlení studentů, i v klinické praxi k demonstrování typických či unikátních případů.

## **Klíčová slova**

Etika, ošetrovatelství, kazuistika,

## **ÚVOD**

Kazuistika, někdy také případová studie (case study) je metoda kvalitativního výzkumu, která intenzivně a systematicky zkoumá, jednotlivce, komunitu či jiné fenomény, u kterých se lze zaměřit jen na několik proměnných (Heale, Twycross, 2018). Z tohoto důvodu je kazuistika využívána i v ošetrovatelství, kde umožňuje zkoumat případ pacienta do hloubky, v širokém kontextu a v jeho přirozeném sociálním prostředí, ve zdravotnickém či sociálním zařízení. Studentům navíc nabízí možnost rozvíjet kritické myšlení a klinický úsudek. Údaje o pacientovi se sbírají v procesu poskytování ošetrovatelské péče. Sběr dat musí být konzistentní, důkladný a detailní, aby výzkumník získal hlubší vhled (Heale, Twycross, 2018).

V kazuistické práci je používán kvalitativní výzkumný design (Hendl, 2016), a proto dodržuje logiku a strukturu společnou všem odborným textům: má jasně vymezený cíl, využívá přesně formulovaných metodologických postupů a přináší nové poznatky. Autorský přínos, který se od

kazuistické práce očekává, spočívá v aplikaci teoretických poznatků ošetřovatelství na vlastní případový materiál, vzhled do zkoumané problematiky, schopnost kritického myšlení a klinického úsudku.

## **1 ETICKÉ ASPEKTY KAZUISTIKY**

Součástí ošetřovatelské kazuistiky musí být dodržování etických principů a prohlášení o zachování anonymity pacienta a jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb. (Česká republika, 2019). Časová data a identifikační údaje pacienta jsou anonymizována z důvodu dodržení díkce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů (Němcová a kol., 2020). Informace o fyzické osobě, díky kterým pacienta lze přímo či nepřímo identifikovat jsou, např. jméno, identifikační číslo, lokační údaje, síťový identifikátor, zvláštní prvek fyzické, fyziologické, genetické, psychické, ekonomické, kulturní nebo společenské identity, dále údaje o zdravotním stavu (týká se veškerých údajů souvisejících se zdravotním stavem, vypovídajících o minulém, současném či dokonce budoucím tělesném nebo duševním zdraví, informace shromážděné v průběhu registrace, číslo přiřazené za účelem jedinečné identifikace pro zdravotnické účely, informace získané během provádění testů nebo vyšetřování části těla nebo tělesných látek a jakékoliv informace např. o nemoci, postižení, riziku onemocnění, anamnéze, klinické léčbě nebo fyziologickém či biomedicínském stavu bez ohledu na to, zda pocházejí např. od lékaře nebo jiného zdravotníka, z nemocnice, ze zdravotnického prostředí či diagnostických testů). S osobními údaji pacientů se nakládá v souladu s Obecným nařízením o ochraně osobních údajů, které vstoupilo v platnost 25. května 2018 (známé jako GDPR, 2018). Toto Obecné nařízení později nahradil zákon č. 101/2000 Sb. (Česká republika, 2000), který byl novelizován zákonem č. 110/2019 Sb. (Česká republika, 2019). V kazuistické práci autoři musí zajistit důkladnou ochranu osobních dat pacienta. Citlivý by měl být sběr a zpracování dat o pacientovi pro kazuistiku. Pro prezentaci údajů v textu bakalářské práce by měly být vybrány jen ty nezbytně nutné. A rozhodně musí být anonymizovány. Pacient by měl dát předem výslovný souhlas s tím, že jeho příběh bude použit v kazuistice. Měl by se rozhodnout dobrovolně, nikoli pod tlakem. Pacient musí být ujištěn, že může kdykoli z výzkumu odstoupit. Měl by mu být umožněn přístup k jeho osobním údajům kdykoli v průběhu zpracovávání bakalářské práce a měl by mít možnost je opravit. A rovněž zdravotnické či sociální zařízení, ve kterém probíhá sběr podkladů pro bakalářskou práci,

by mělo být předem požádáno o schválení. K tomu slouží formulář Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce. Veškeré osobní údaje by měly být shromážděny se souhlasem pacienta. Lze mu nabídnout i možnost přečíst si obhájenou bakalářskou práci. Autor bakalářské práce musí zaručit, že získaná data nepoužije k jinému účelu než tvorbě bakalářské práce, a že je neposkytne třetím osobám. Autoři se totiž někdy mylně domnívají, že když data anonymizují, pacient nemusí dát souhlas ke zpracování údajů.

## **2 CÍLE KAZUISTIKY**

Kroky jsou stejné jako u jiných výzkumných metod. Struktura kazuistiky je závislá na stanoveném cíli a konkrétním případě. Prvním krokem je výběr jednoho případu či několika případů. Vyhledáváme, co je o případě již známo, což zahrnuje především studium odborné literatury. Obsahem první fáze by mělo být shrnutí současného stavu poznání, např. definice a charakteristika onemocnění/poruchy, známá etiologie, komorbidita a epidemiologie, popis standardně používaných diagnostických metod, klinické symptomy, standardně používané terapeutické postupy, popis známých komplikací a prognózy, specifika ošetrovatelské péče, předoperační péče, pooperační péče, ošetrovatelský proces, ošetrovatelský model. Tradiční je v kazuistických pracích popis onemocnění a specifík ošetrovatelské péče. Lze se také zaměřit na určitý ošetrovatelský model, ten detailně popsat, a v empirické části bakalářské práce pak aplikovat na konkrétní případ pacienta. Shrnutí a utřídění informací vede k základnímu pochopení případu či případů a nastínění výzkumných otázek.

Obecným cílem kazuistických studií, jak uvádí Miovský (2006) je popsat a porozumět individualitě v procesu, v souvislostech a ve skutečném prostředí. Vlastní, konkrétní (specifické ošetrovatelské) cíle lze pak formulovat z hlediska konkrétního případu pacienta i z hlediska toho, co se konkrétně a prioritně řeší v ošetrovatelské péči (např. ošetrovatelské problémy, edukace, podpora zdraví).

## **3 VÝBĚR A POPIS PŘÍPADU**

Pro kazuistiku vybíráme a popisujeme pacienta se zajímavým životním příběhem, unikátními klinickými příznaky, pacienta, který reagoval atypicky na léčbu, neobvyklý nebo vzácný případ

v klinické praxi či běžné případy s náhlým obratem, pacienta s neobvyklou komorbiditou, prezentujeme méně časté ošetrovatelské problémy nebo originální ošetrovatelské intervence, odpověď pacienta na nový typ diagnostických metod či léčby, neobvyklé prostředí léčebné a ošetrovatelské péče, ale též interakce pacienta a sestry.

Popisu výzkumného souboru odpovídají základní údaje o pacientovi-subjektu kazuistiky jako je věk, pohlaví, vzdělání, lékařská diagnóza, pobyt na ošetrovací jednotce (zde by z pohledu etického plně dostačovalo uvést např. chirurgické, interní, psychiatrické oddělení bez další konkrétní specifikace). Nezmiňujeme se o pacientovi jinými slovy než pacient, pacientka, dítě apod. Zmínka o barvě kůže nebo etnickém původu by se měla objevit pouze v případě, že jsou důležité pro diskuzi. Údaje v případových studiích jsou často nikoli však výlučně kvalitativní povahy (Miovský, 2006).

## **4 POUŽITÉ METODY**

V kazuistice popisujeme a zdůvodňujeme použité metody, např. ošetrovatelský proces (posouzení, ošetrovatelská diagnóza, plánování, realizace a hodnocení), ošetrovatelský model, použitou taxonomii, klinická vyšetření, dále rozhovor, pozorování, testové metody (ošetrovatelské měřicí techniky), analýzu zdravotnických/ošetrovatelských záznamů. Uvádíme zdroje informací ke zpracování údajů o pacientovi primární a sekundární (např. pacient, rodina, příbuzní, známí, zdravotnická dokumentace, ošetrovatelská dokumentace, zdravotnický personál). Dále uvedeme časové rozpětí popisované ošetrovatelské péče (od – do, tj. X dnů/týdnů/měsíců).

### **4.1 Katamnéza**

Nedílnou součástí kazuistiky je katamnéza (popis), ve které se zaměřujeme na konkrétní popis historie případu (Olecká, 2010). Dbáme na časovou a logickou posloupnost událostí. Pokud pacient absolvoval více předchozích hospitalizací, vyšetření či epizod (např. záchvat, náhlé zhoršení stavu atd.) popíšeme, kdy nastaly, jejich stručné průběhy a podstatné informace z ošetrovatelského pohledu. Uvedeme hlavní pacientovy potíže. Popis můžeme doplnit citacemi a výroky zkoumané osoby (Kutnohorská, 2009, s. 79). Katamnézu zakončujeme

v okamžiku, kdy přebíráme pacienta do naší péče a detailně zpracováváme ošetrovatelský proces (to může být například přijetí k hospitalizaci, předoperační příprava, pooperační péče, zavedení domácí péče apod.).

## **4.2 Důvod přijetí pacienta do péče**

Uvádíme důvod přijetí (např. k hospitalizaci, předoperační přípravě, pooperační péči, zavedení domácí péče apod.) a rovněž důvod udávaný pacientem. Dále popíšeme medicínský management: lékařskou anamnézu, plánovaná či realizovaná vyšetření při příjmu pacienta, záznam fyziologických funkcí, laboratorní vyšetření a jejich výsledky, diagnostická vyšetření a jejich výsledky, dále invazivní vstupy, dietu, výživu, pohybový režim, režimová opatření, fyzioterapii, farmakoterapii, chirurgickou léčbu. Měli bychom okomentovat hodnoty fyziologických funkcí a laboratorních výsledků ve smyslu fyziologických a patologických hodnot, zdůvodnit výběr dietních opatření, výživu pacienta, pohybový režim a režimová opatření, potřebu rehabilitace, u farmakoterapie uvést název léčivého přípravku včetně formy podání, množství léčivé látky, dávkování, lékovou skupinu a také diagnostický závěr lékaře (hlavní a vedlejší lékařské diagnózy). Můžeme doplnit citacemi a výroky pacienta, které dokreslují děj a vypovídají o subjektivním prožívání dané situace. Na závěr této části vysvětlíme, v čem tkví problém (jak je pacient/pacientka diagnostikován/a, nebo co se stalo...). Dále uvedeme svůj hlavní argument, na co se zaměříme v ošetrovatelské péči. V další části popisujeme jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu.

## **4.3 Popis zdravotního stavu pacienta**

Popisujeme posouzení zdravotního stavu pacienta (odpovídá 1. fázi ošetrovatelského procesu) včetně časového údaje, kdy bylo provedeno. Ke sběru dat o pacientovi můžeme použít konkrétní ošetrovatelský model, posouzení dle orgánových systému či způsob tzv. od hlavy k patě. Uvádíme pacientovo subjektivní vnímání zdravotního stavu či životní situace, objektivní posouzení sestrou s využitím ošetrovatelských měřících technik a stanovíme ošetrovatelský problém. Zhodnotíme vědomosti, postoje i dovednosti pacienta, rodiny či komunity, které mohou být důležité pro další péči. Popíšeme a okomentujeme fyzikální vyšetření provedené sestrou.

## **4.4 Situační analýza**

Získaná data z první fáze ošetrovatelského procesu analyzujeme. Komplexní analýza zachycuje všechny podstatné informace a faktory (vnitřní i vnější), které ovlivňují aktuální i budoucí zdravotní stav pacienta. Sestra musí nejprve důkladně poznat pacientův aktuální zdravotní stav a vzít v potaz informace z lékařské anamnézy a medicínského managementu včetně farmakoterapie, fyzikálního vyšetření, ošetrovatelské anamnézy, aby rozhodování o ošetrovatelské péči nebylo založeno pouze na dojmech a dohadách. Zhodnotíme vědomosti, postoje i dovednosti pacienta, rodiny či komunity, které mohou být důležité pro další péči. V situační analýze se musí objevit souhrn identifikovaných ošetrovatelských problémů. Provedeme tedy analýzu získaných údajů a stanovíme existující problémy i rizika, které vytvoří podklad pro další fázi ošetrovatelského procesu. Podstatou situační analýzy je identifikace, analýza a hodnocení všech relevantních faktorů, o nichž lze předpokládat, že budou mít vliv na konečnou volbu očekávaných výsledků a cílů ošetrovatelské péče.

## **4.5 Ošetrovatelská diagnostika**

Na základě získaných údajů o pacientovi a ošetrovatelských problémů stanovíme ošetrovatelské diagnózy (problémové/aktuální, rizikové, diagnózy, vztahující se ke skupině příznaků – syndromu, podpory zdraví), které kategorizujeme podle aktuální verze NANDA I Taxonomie II. Na závěr soupisu stanovených ošetrovatelských diagnóz vysvětlíme důvody k výběru ošetrovatelských diagnóz, které rozpracujeme do dalších fází ošetrovatelského procesu. obecně by těmi vybranými diagnózami měly být ty, které jsou pro řešení pacientova případu nejzásadnější.

## **4.6 Plánování ošetrovatelské péče**

U ošetrovatelské diagnózy zaměřené na problém (aktuální) uvedeme její název, doménu, třídu, definici (dle aktuální verze NANDA I Taxonomie II), určující znaky, související faktory, u rizikové ošetrovatelské diagnózy rizikové faktory, priority (vysoká, střední, nízká). Faktory, které mohou působit na stanovení priorit jsou: urgentnost zdravotního stavu, pacientova

individuální hodnota (definice) zdraví, pacientovy priority, prostředky dostupné sestře a pacientovi, čas potřebný pro ošetrovatelské postupy, plán lékařské léčebné péče.

Dále uvádíme reálné, jasné, srozumitelné a měřitelné cíle krátkodobé (příští hodiny, dny), případně dlouhodobé (vztahují se ke konci hospitalizace nebo směrem do domácí péče či následné rehabilitace), očekávané výsledky s časovým horizontem, plán ošetrovatelských intervencí včetně delegování činností na členy ošetrovatelského týmu s časovým horizontem jejich splnění.

#### **4.7 Realizace ošetrovatelské péče**

Detailně popíšeme realizaci ošetrovatelské péče. Zejména u pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče lze uvádět výkon ošetrovatelské péče po hodinách či minutách. Uvádíme, zda došlo ke splnění nebo nesplnění očekávaných výsledků a cílů. Průběh ošetrovatelské péče by měl být popsán chronologicky a logicky.

#### **4.8 Hodnocení ošetrovatelské péče**

Uvádíme, zda došlo ke splnění, částečnému splnění nebo nesplnění očekávaných výsledků a cílů, uvádíme nástroje hodnocení a souhrn přetrvávajících intervencí. Fáze vyhodnocení může zahrnovat revizi pacientova plánu ošetrovatelské péče a následně jeho modifikaci, pokud nebyl plán péče účinný k vyřešení jeho problému.

Až dosud jsme se zabývali shromažďováním dat, kategorizací ošetrovatelských diagnóz, stanovením cílů a očekávaných výsledků ošetrovatelské péče, plánováním ošetrovatelských intervencí, popisem jejich realizace a zhodnocením poskytnuté ošetrovatelské péče, nyní přistoupíme k analytické části bakalářské práce.

## **5 ANALÝZA A INTERPRETACE PŘÍPADU (CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE)**

Analýzou a interpretací případu otvíráme vlastní práci nad případem. Předchozím podrobným popsáním situace pacienta jsme zasadili fakta o ošetrovatelské péči do kompaktního celku. Nyní analyzujeme a interpretujeme celý případ nebo jeho jednotlivé části. Zamýšlíme se nad vhodností výběru ošetrovatelského modelu. Znovu promýšlíme získaná data, hledáme významy získaných informací a jejich vnitřních souvislostí. Analyzujeme, jak se změnil zdravotní stav pacienta ve světle očekávaných výsledků a cílů i realizovaných intervencí. Z jakého důvodu plánované ošetrovatelské intervence nevedly k odstranění problému pacienta, zda byla ošetrovatelská péče poskytnuta podle standardu apod. Zdůvodňujeme a vysvětlujeme chování pacienta, ale i klinické rozhodování sestry (Žiaková, 2009). Můžeme se zabývat interakcemi mezi pacienty a sestrami, případně dalším zdravotnickým personálem. Rozebereme spolupráci s rodinou. Můžeme se zabývat prostředím ošetrovací jednotky či sociálním prostředím pacienta i konkrétními situacemi. Výsledek analýzy umožní vyvodit závěry, které budou podkladem pro návrh možných opatření a doporučení pro praxi. Kvalita zpracování případu a vyvození závěrů závisí na úrovni znalostí autora kazuistiky.

## **6 DISKUSE**

Diskuse je stejně jako v případě jakýchkoli jiných odborných článků či závěrečných studentských prací klíčovou součástí kazuistiky. Autor se v ní může kromě obligátního propojení teorie ošetrovatelství s praxí zamyslet také nad účinností ošetrovatelské péče, která pacientovi byla poskytnuta dle individualizovaného plánu, zda cílů a očekávaných výsledků bylo dosaženo, dále nad alternativními možnostmi ošetrovatelské péče (např. popsat možné intervence, které nebyly realizovány, ale bylo by dobré, kdyby realizovány byly...), nad otázkami bezpečnosti (identifikace pacientů, používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovitosti, prevence záměny pacienta, prevence záměny výkonu a strany při chirurgických výkonech, prevence pádů, optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče, bezpečná komunikace, bezpečné předávání pacientů), nad etickými otázkami a širšími souvislostmi (kvalita života) apod. Uvádíme informace z literatury, které podporují naše závěry. Části celkové zhodnocení péče a diskusi lze spojit do jednoho celku.

## 7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z kazuistiky by měla vyplynout Doporučení pro praxi a návrhy opatření pro pacienty ke zlepšení zdraví a zotavení, případně pro všeobecné sestry, blízké osoby apod. Vycházíme z analýzy a úvah o konkrétním případě. Pokud se nedaří nalézt konkrétní návrhy opatření, intervence a doporučení může to znamenat, že realizovaná ošetrovatelská péče nebyla účinná či analýza případu nebyla přesná. Měli bychom navrhnout doporučení pro praxi, která vycházejí z popisovaného a analyzovaného případu, a která budou v praxi realizovatelná.

## ZÁVĚR

V závěru kazuistiky konstatujeme, zda se podařilo naplnit stanovené cíle zkoumání případu. Uvádíme výsledky realizovaných ošetrovatelských intervencí. Stručně shrneme a zhodnotíme průběh ošetrovatelské péče.

### Výhody a limity kazuistik

Prostřednictvím kazuistiky v ošetrovatelství studujeme jeden případ do hloubky a shromažďujeme k němu množství údajů, což vede k jeho porozumění. Zkoumáme-li více případů, umožní nám to pochopit případy jako celek, jelikož porovnáváme jejich podobnosti a rozdíly. Důkazy vyplývající z více případových studií jsou silnější a spolehlivější než z jednoho případu (Heale, Twycross, 2018). Problémem ale může být samotný jejich výběr. Získaný objem údajů je někdy těžké uspořádat a dále analyzovat. Můžeme se také odklonit od cíle zkoumání. Pokud kazuistiku publikujeme, limitem může být i předem daný rozsah odborného článku či závěrečné práce studentů.

Kazuistika umožňuje lepší porozumění zkoumaným fenoménům na základě sběru údajů o jednom nebo více případech. Studenty ošetrovatelství může motivovat ke studiu předkládání zajímavých případů z klinické praxe. Nabízí také určitou perspektivu, jak lépe ošetrovat pacienty. Etické postupy jsou nedílnou součástí sběru údajů, jejich zpracování a uchování.

Poznámka:

V článku používáme pojmy autor, pacient, ale vnímáme, že z větší části se jedná o autorky bakalářské práce, neboť ve studijním programu Všeobecné ošetřovatelství studuje více žen. A také si uvědomujeme, že v kazuistikách se budou objevovat i pacientky.

## ZDROJE

ČESKÁ REPUBLIKA, 2000. Zákon č. 101/2000 Sb.: o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů*, částka 32, číslo 101. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2000&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=12> [cit. 2020-01-21].

ČESKÁ REPUBLIKA, 2019. Zákon č. 110/2019 Sb.: o zpracování osobních údajů. In: *Sbírka zákonů*, částka 47, číslo 110. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=38632> [cit. 2020-01-21].

HEALE, R. a A. TWYXCROSS. 2018. What is a case study? Online. *Evidence-Based Nursing*, 21(1) 7-8. Dostupné z: <https://ebn.bmj.com/content/ebnurs/21/1/7.full.pdf> [cit. 2020-01-21].

HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepr. a rozš. vyd. Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HERDMAN, T. H. a S.KAMITSURU, ed, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace ...* Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

NĚMCOVÁ, J. a další, 2021. *Metodologie tvorby bakalářské práce. Text pro posluchače zdravotnických nelékařských programů Vysoké školy zdravotnické, o. p. s.* On-line. Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-88249-21-4. Dostupné z: [https://is.vszdrav.cz/auth/el/vsz/zima2022/ZZSBP13512/um/2021\\_Metodologie\\_tvorby\\_BP.pdf](https://is.vszdrav.cz/auth/el/vsz/zima2022/ZZSBP13512/um/2021_Metodologie_tvorby_BP.pdf) [cit. 2020-01-21].

OLECKÁ, I. a K. IVANOVÁ, 2010. Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku. Online. *Ekonomika, management, inovace*, 2(3) 62-65. Dostupné z: <http://emi.mvso.cz/EMI/2010-02/10%20Olecka/Olecka.pdf> [cit. 2020-01-21].

SANDELOWSKI, M., 1996. One is the liveliest number: The case orientation of qualitative research. *Research in Nursing and Health*, 19(6) 525-529. DOI: 10.1002/(SICI)1098-240X(199612)19:6<525::AID-NUR8>3.0.CO;2-Q

WOODS, N.F. a M. CALANZARO, 1988 *Nursing research: theory and practice*. Mosby.

ŽIAKOVÁ, K. et al., 2009. *Ošetrovatel'stvo: teoria a vedecký výskum*. 2. přepr. vyd. Osveta, s. 264-266. ISBN 80-8063-304-2.

## **KONTAKT**

**Mgr. Eva Marková, Ph.D.**

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,

Duškova 7, 150 00 Praha 5

e-mail: [markova@vszdrav.cz](mailto:markova@vszdrav.cz)

**PhDr. Jana Hlinovská**

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,

Duškova 7, 150 00 Praha 5

e-mail: [hlinovska@vszdrav.cz](mailto:hlinovska@vszdrav.cz)

# ETICKÉ ASPEKTY PREVENCE INFEKČÍ SPOJENÝCH SE ZDRAVOTNÍ PÉČÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ

KRAUSE, M.

## Abstrakt

Infekce spojené se zdravotní péčí představují závažný problém, se kterým se potýká řada poskytovatelů zdravotních služeb na národní i mezinárodní úrovni. Významně ovlivňují kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Všeobecná sestra by v kontextu infekcí spojených se zdravotní péčí měla hájit zájmy pacientů dle platné legislativy České republiky a zároveň také respektovat a zajišťovat základní etické principy, mezi které patří beneficence, nonmaleficence, autonomie a justice. Obhajoba základních principů je pro 21. století stále důležitá i v kontextu s významnou osobností Florence Nightingale. Bezpečí pacientů patří k primárním komponentám poskytování zdravotních služeb. Teoretický příspěvek si klade za cíl seznámit s vybranými etickými aspekty prevence infekcí spojených se zdravotní péčí v ošetrovatelství.

## Klíčová slova

etické principy, infekce spojené se zdravotní péčí, legislativa, ošetrovatelství, prevence

## ÚVOD

Všeobecné sestry představují důležitou součást prevence infekcí spojených se zdravotní péčí (ICN, 2017). Někteří autoři zmiňují, že poskytovatelé zdravotních služeb by měli klást větší důraz na nastavení preventivních opatření (Wu et al., 2019). V současné době by však prevence infekcí spojených se zdravotní péčí měla vycházet na základě výsledků výzkumu, tedy s využitím konceptu Evidence Based Nursing (Jarošová a Zeleníková, 2014). Kromě toho ICN uvádí, že v rámci zajištění kvalitní a dostupné péče je důležité průběžně usilovat a podporovat používání ošetrovatelských intervencí, které jsou založeny na vědeckých důkazech (ICN, 2012). Důležitou roli zaujímají všeobecné sestry i ve vztahu k odpovědnosti a bezpečnosti zajištění okolního prostředí pacienta a používaného vybavení pro minimalizaci přenosu infekčních původců (Gallagher, 2014), srov. Krause, Dolák (2022).

## METODIKA

Cílem příspěvku je seznámit s vybranými prvky etických aspektů v kontextu infekcí spojených se zdravotní péčí. Zpracování příspěvku bylo realizováno s využitím techniky review a syntéza. V rámci vyhledání zdrojů byly využity zejména databáze PubMed, ScienceDirect a Scopus. Informace dále vychází i z dalších relevantních mezinárodních zdrojů, včetně publikace Krause, Dolák (2022). Hlavními klíčovými slovy byly stanoveny etické principy, etika, infekce spojené se zdravotní péčí, ošetřovatelství a prevence. Níže jsou prezentovány pouze některé realizované skutečnosti.

## VÝSLEDKY/VLASTNÍ TEXT

Poskytování ošetrovatelské péče s ohledem na prevenci infekcí spojených se zdravotní péčí (dále jen HAI, tedy Healthcare-Associated Infections) vyžaduje respektování a zajišťování základních principů etiky, mezi které patří beneficence, nonmaleficence, autonomie a justice (Šimek, 2015). Základní etické principy byly stanoveny v Belmontské zprávě z roku 1978 (The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research), kterou vydala The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, NCPHS (tedy Národní komise pro ochranu lidských subjektů biomedicínského a behaviorálního výzkumu). Belmontská zpráva stanovila základní tři, resp. čtyři etické principy, a to **respekt k osobám**, tj. úcta k osobám (v současné době označováno jako autonomie), **beneficence** (včetně **nonmalaficence**) a **justice** (NCPHS, 1978).

### 1 AUTONOMIE

**Respekt k osobám a autonomie:** Tyto pojmy zahrnují základní dva aspekty, a to, že by se mělo s jednotlivci zacházet, jako s autonomními činiteli a také, že osoby se sníženou autonomií mají nárok na ochranu (NCPHS, 1978). Etický princip autonomie byl potvrzen soudním rozhodnutím v roce 1914, tedy každá lidská bytost v dospělém věku a zdravé mysli má právo určovat, co se má dělat s vlastním tělem (Varkey, 2021). Důležité je si také uvědomit, že ne každá bytost je schopna sebeurčení (NCPHS, 1978). V současné době autonomie platí

pro všechny čtyři principy etiky. V některých případech lze autonomii považovat za nadřazenou. Příkladem může být, když autonomní jednání pacienta způsobí újmu jiné osobě (Varkey, 2021). Hlavním předpokladem k respektování autonomie pacienta ve vztahu k HAI je předávání podstatných informací pacientovi. V některých případech však může být autonomie omezena, jako například u pacientů s HAI, když se minimalizuje újma způsobená jiným osobám (Hostiuc et al., 2018). Doporučení v rámci autonomie dle Elgujja (2019): vzdělávání; používání standardů kontroly infekce; rozhodnutí na základě řádného informovaného souhlasu a právo být nyní informován; právo mezi alternativami; respekt k důstojnosti a vnitřní hodnotě každé osoby (Elgujja, 2019).

## 2 BENEFICENCE

**Beneficence:** V tomto kontextu je důležité s osobami jednat etickým způsobem, tedy respektovat jejich rozhodnutí a chránit je před újmou, ale taktéž se snažit o zajištění jejich blaha. V Belmontské zprávě je beneficence chápána jako povinnost. V tomto kontextu byly formulovány dvě pravidla, a to **nepoškozovat** a **maximalizovat možné výhody i minimalizovat možné škody**. Základním principem lékařské etiky dle Hippokrata je neublížovat. Hippokratova přísaha vyžaduje, aby lékaři prospěli svým pacientům podle svého nejlepšího úsudku. Ovšem, aby se zjistilo, co bude prospěšné, může vyžadovat vystavení osob riziku. Důležité je také rozhodnutí, kdy je oprávněné usilovat o určité výhody oproti souvisejícím rizikům, kdy by měly být výhody kvůli rizikům prominuty. V rámci výzkumů je důležité předvídat maximalizaci přínosů a snížení rizik (NCPHS, 1978). V současné době je beneficence povinností zdravotnických pracovníků jednat ku prospěchu pacienta (Varkey, 2021). Doporučení v rámci beneficence dle Elgujja (2019): závazek konat dobro; dosažení optimálních výsledků; jednat v co nejlepším zájmu pacienta a společnosti; poskytovat bezpečnou péči pacientům a poskytovatelům, podporovat a utvářet důvěru pacienta a poskytovatele péče (Elgujja, 2019).

## 3 NONMALAFICENCE

**Nonmalaficence** je principem neublížování pacientovi. Tento princip v sobě ukrývá několik morálních pravidel, a to nezabíjet, nezpůsobovat bolest a ani utrpení, neinvalidizovat,

nezpůsobit urážku a nepřipravovat ostatní o statky života. V aplikaci na poskytování péče a problematiku HAI, zdravotnický pracovník by měl zvážit výhody jednotlivých zákroků a léčebných postupů, přičemž by se měl vyhnout nevhodně a nepřiměřeně zatěžujících výkonů a měl by pro pacienta zvolit ten nejlepší postup (Varkey, 2021). V kontextu nonmaleficence a HAI se ukládá povinnost nezpůsobovat pacientům žádnou škodu či újmu. S ohledem na poskytování informací pacientovi někteří autoři zmiňují, že zveřejňování informací o HAI by mohlo vyvolat u pacienta stres a mohl by být přirovnáván k nonmaleficenci. V tomto případě je však důležitá autonomie, pravdivost a tzv. zásada opatrnosti. V posledních letech se nejrůznější mezinárodní organizace snaží o zlepšení informovanosti pacientů a poskytovat kvalitní péči se zajištěním otevřené komunikace mezi pacienty a zdravotnickými pracovníky. Příkladem může být dotazovat se na postup hygieny rukou zdravotnických pracovníků pacienty. Tímto se pacienti aktivně podílejí na zjištění nesprávných postupů se snížením HAI (Hostiuc et al., 2018). Doporučení v rámci nonmaleficence dle Elgujja (2019): neškodit; dodržování etických kodexů; ochrana pacienta a zdravotnického pracovníka během poskytování péče; zajištění bezpečnostních kontrol po celou dobu používání zdravotnických prostředků, včetně dodržování dezinfekčních postupů (Elgujja, 2019).

## 4 SPRAVEDLNOST, JUSTICE

**Spravedlnost čili justice:** Justici lze obecně vnímat jako spravedlivost a spravedlivé zacházení s osobami (Varkey, 2021). Dle Belmontské zprávy je důležité také formulovat tzv. relevantní vlastnost, kdy na tomto základě by se měly břemena a výhody rozdělovat. Mezi ně patří **pět základních formulací**, a to pro každou osobu rovným dílem, pro každou osobu dle individuální potřeby, pro každou osobu dle individuálního úsilí, pro každou osobu dle společenského přínosu a pro každou osobu dle zásluh (NCPHS, 1978). Z hlediska poskytování zdravotních služeb se jedná o spravedlivé a vhodné rozdělení zdrojů (např. dostupnost léčivých přípravků, vybavení apod.), péče o nepojištěné pacienty či přidělování času na ambulantní návštěvy apod. (Varkey, 2021). Z hlediska **spravedlnosti** mohou být pacienti s infekcemi spojenými se zdravotní péčí sociálně znevýhodněni oproti jiným pacientům. Pacienti s HAI by měli mít prospěch z oblasti specifických opatření zaměřených na léčbu infekčního onemocnění (Hostiuc et al., 2018).

Princip **justice** v kontextu s HAI může být také vnímán, jako nastavení preventivních opatření na základě vědeckých důkazů. Cílem preventivních opatření je snížit riziko přenosu infekcí od pacienta s infekcí, nežli chránit pacienta samotného, např. izolace, používání osobních ochranných pracovních prostředků apod. (Hostiuc et al., 2018). Doporučení v rámci rovnosti a spravedlivost dle Elgujja (2019): zajištění rovnosti; všem pacientům poskytovat spravedlivou péči bez ohledu na rasu, etnickou příslušnost, socioekonomické zázemí, sociální postavení či úroveň vzdělání; spravedlivé rozdělení zdrojů; ochrana komunity před infekcemi spojenými se zdravotní péčí. Doporučení v rámci důvěrnosti a věrnosti: věrnost; loajálnost k pacientům; podřízené vlastní zájmy sloužící pacientovi (Elgujja, 2019).

## Další aspekty

Obhajování základních etických principů je stále důležité a počátky pochází již z 19. století ve vztahu k **Florence Nightingale** (Selanders a Crane, 2012). Všeobecné sestry dlouhodobě představují obhájce pacientů. **Belmontská zpráva** kromě jiného ve vztahu k infekcím spojeným se zdravotní péčí uvádí, že každý chirurgický výkon je v jistém slova smyslu také experimentem, jelikož nelze plně předpovědět vývoj vzniku pooperačních komplikací. Příkladem může být výskyt infekcí v ráně (NCPHS, 1978). Důležité je i zmínit, že prevence HAI zůstává na institucích a poskytovatelích zdravotních služeb (Sharp et al., 2014). V České republice se k tomuto vztahuje i platná legislativa, konkrétně **zákon č. 372/2011 Sb.**, o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, kdy pacient má právo na „*poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*“ (ČESKÁ REPUBLIKA, 2011, s. 4747–4748).

V podmínkách České republiky v tomto kontextu vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky v roce 2020 **Rádce pacienta: příručka ke zlepšení bezpečí pacienta**. V příručce je i věnována jedna část infekcím spojeným se zdravotní péčí. Pacienti jsou vyzýváni, aby **pomohli omezit výskyt a šíření infekcí**. Zejména se jedná o dodržování zásad hygieny (pečlivé a časté mytí rukou, sprchování), respirační etikety (ochrana dýchacích cest při kašli a kýchání). Zároveň jsou pacienti vyzýváni, aby byli ohleduplní ke svému okolí, a to jak k ostatním pacientům, tak i ke zdravotnickému personálu. Zároveň by pacienti měli v případě vzniku kontaminace sebe sama, okolního prostředí či jiných osob tělními tekutinami (např. při manipulaci s permanentním močovým katétrem, při průjmu, prosakování ran,

odkašlávání apod.) neprodleně požádat zdravotnický personál o pomoc. Především se jedná o důvod minimalizace rizika přenosu infekcí. Pacienti by zároveň také měli dbát na bezpečnou likvidaci infekčního odpadu, případně požádat o spolupráci zdravotnický personál (MZČR, 2020).

V rámci příručky jsou uvedeny i informace o vymezení HAI, nejčastějšími typy infekcí spojených se zdravotní péčí a prevencí, včetně hygieny rukou. Ve vztahu k hygieně rukou jsou pacienti v rámci publikace informováni, kdy má zdravotnický personál provádět hygienu rukou (hygienickou dezinfekci rukou, hygienické mytí rukou). Pacienti dále informováni o vhodnosti využívání osobních ochranných prostředků (ústenky, ochranný plášť apod.). Kromě jiného jsou pacienti informováni, že lůžko musí být stále čisté a při jeho znečištění mají požádat zdravotnický personál o výměnu lůžkovin (MZČR, 2020).

Na základě výše uvedených informací je důležité zlepšit postavení pacientů a jejich blahobyt. Výzkumy bylo také zjištěno, že úroveň hygieny rukou se zvýšila z 34 % na 94 %, kdy pacienti se dotazovali personálu, zda si provádí hygienickou dezinfekci rukou. I další studie potvrzují, že aktivní zapojení pacientů podporuje provádění hygienické dezinfekce rukou (Sharp et al., 2014). Například při vzniku HAI zdravotnický personál musí identifikovat zdroj nákazy, přijmout opatření k omezení šíření apod. Tímto se však omezí právo pacienta na autonomní volbu, tedy může nastat porušení důvěrnosti poskytované péče, právo volného pohybu pacienta či volba pacienta odmítnou určitý lékařský výkon (Hostiuc et al., 2018).

## **ZÁVĚR**

Problematika prevence infekcí spojených se zdravotní péčí zahrnuje celou řadu aspektů, mezi které také patří etická problematika a uplatnění základních etických principů (autonomie, beneficence, nonmaleficence, justice) při poskytování zdravotních služeb pacientům. V současné době je stále důležité jednotlivé etické principy obhajovat a kontinuálně implementovat do podmínek poskytování zdravotních služeb, včetně problematiky prevence infekcí spojených se zdravotní péčí.

## ZDROJE

ČESKÁ REPUBLIKA, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730–4801. ISSN 1211-1244.

ELGUJJA, A., 2019. *Ethical and Legal Aspects of Hospital Acquired Infections*. Conference: New Horizon in Minimizing in Minimizing Hospital Acquired Infections; At: University of Sharjah, UAE. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/334535436\\_Ethical\\_and\\_Legal\\_Aspects\\_of\\_Hospital\\_Acquired\\_Infections](https://www.researchgate.net/publication/334535436_Ethical_and_Legal_Aspects_of_Hospital_Acquired_Infections)

GALLAGHER, R., 2014. The Role of the Nurse in Decontamination. In: WALKER, J. T. *Decontamination in Hospitals and Healthcare*. Woodhead, s. 142-165. ISBN 978-0-85709-657-9.

HOSTIUC, S. et al., 2018. Patient autonomy and disclosure of material information about hospital-acquired infections. *Infect Drug Resist.* 2018(11), 369-375. DOI 10.2147/IDR.S149590.

ICN, 2012. *Closing the Gap: From Evidence to Action*. ICN. ISBN 978-92-95094-75-8.

ICN, 2017. *Health is a Human Right, Access, Investment and Economic Growth*. ICN. ISBN 978-92-95099-48-7.

JAROŠOVÁ, D. a R. ZELENÍKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Grada. ISBN 978-80-247-5345-4.

KRAUSE, M. a F. DOLÁK, 2022. *Vybrané aspekty prevence infekcí spojených se zdravotní péčí v ošetrovatelství*. NLN. ISBN 978-80-7422-896-4.

LUDWICK, R., a M. CIPRIANO, 2006. Ethics Column: "What Would You Do? Ethics and Infection Control". *Online Journal of Issues in Nursing*. 12(1), 1–2. DOI 10.3912/OJIN.Vol12No01EthCol01.

MZČR, 2020. *Rádce pacienta: příručka ke zlepšení bezpečí pacienta*. MZ ČR. ISBN 978-80-85047-62-2.

NCPHS, 1978. *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Superintendent of Documents, U.S.

SHARP D. et al., 2014. The ethics of empowering patients as partners in healthcare-associated infection prevention. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 35(3), 307-309. DOI 10.1086/675288.

VARKEY, B., 2021. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract.* 30(1), 17-28. DOI 10.1159/000509119.

WU, Y. et al., 2019. Exposure to Infected/Colonized Roommates and prior Room Occupants Increases the Risks of Healthcare-Associated Infections with the Same Organism. *Journal of Hospital Infection.* 101(2), 231–239. ISSN 0195-6701.

## **KONTAKT**

**Mgr. Martin Krause, Ph.D.**

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

e-mail: [krause@vszdrav.cz](mailto:krause@vszdrav.cz)

# VYBRANÉ ASPEKTY ODPOVĚDNOSTI NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA

PŘIBÍKOVÁ, M.

## Abstrakt

V dnešní době jsou kladeny čím dál vyšší požadavky na odbornost nelékařského zdravotnického pracovníka, což souvisí i s vyšší odpovědností za poskytovanou zdravotní péči. Zdravotnický pracovník by si v rámci výkonu povolání měl být vědom jednak práv a povinností, ale také právní odpovědnosti, která z výkonu povolání plyne. Neopomenutelné je však také dodržování obecně uznávaných pravidel, etických norem a etických kodexů, kdy samotné zdravotnictví je založeno na vysoké úrovni dodržování etiky. Mravní hodnoty jsou velmi úzce spjaty s právními normami, kdy mravní hodnoty z těchto právních vycházejí a zároveň se navzájem posilují. Etika narozdíl od právních norem zpravidla vymahatelná není a její porušení má pouze morální dopad. Závaznost etických kodexů či případné disciplinární řízení závisí na profesních komorách. Avšak i přes to, že nelékařský zdravotnický pracovník není členem těchto profesních komor, je důležité si uvědomovat odpovědnost nejen právní, ale i etickou.

## Klíčová slova

Etika. Etický kodex. Nelékařský zdravotnický pracovník. Odpovědnost ve zdravotnictví. Právní odpovědnost.

## ÚVOD

Oblast péče o lidské zdraví, tak jako kterákoliv lidská činnost, je upravována právem. Obor ošetrovatelství se neustále rozvíjí a tím tak každý nelékařský zdravotnický pracovník čelí stále rostoucím nárokům nejen na svoji odbornost, což mimo jiné souvisí i se zvyšující se odpovědností za poskytnutou zdravotní péči. V této souvislosti se především jedná o odpovědnost právní. Proto by si každý nelékařský zdravotnický pracovník měl být vědom jak svých práv a povinností, ale právě také právní odpovědnosti, která z výkonů povolání plyne.

Jedná se o důležitý aspekt pro poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče pacientům (Gulášová et al., 2019).

Odpovědnost není pouze aspektem práva. Mnoho normativních systémů v některých případech klade důraz na odpovědnost za jednání mnohem více, než právní normy a odpovědnost je zároveň neodlučitelnou vlastností každého normativního systému. V tomto ohledu se především jedná o statutární předpisy nebo etické kodexy (Sovová, 2013). Odpovědnost lze obtížně definovat jako obecný pojem, jelikož se týká mnoha oblastí lidské společnosti. Hovoří se o odpovědnosti právní, politické, kolektivní, ale také o odpovědnosti morální či etické (Gulášová et al., 2019).

## **1 PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST**

Právo bezpochyby vstupuje i do oboru zdravotnictví, jelikož každý přístup k pacientovi, interakce mezi zdravotníky, vztahy mezi poskytovateli zdravotních služeb apod. musí mít i právní rámec. Zdravotnické právo, jako stále se vyvíjející interdisciplinární a specifický obor, však sahá i do oblasti etické (Sovová, 2013). Právní odpovědnost ve zdravotnictví je aktuální problematikou a zároveň je jedna z nevýznamnějších a nejkomplicovanějších oblastí práva. Zdravotnické právo je upravováno mnoha právními předpisy (mezinárodní úmluvy, ústavní předpisy, zákony a podzákoné legislativní předpisy) věnující se poskytování zdravotní péče. Do zdravotnického práva zasahují ale také legislativní předpisy z práva občanského, trestního apod. (Gulášová et al., 2019).

Právní odpovědnost lze definovat jako povinnost strpět stanovené sankce za protiprávní jednání (Kádek, 2018). Právní odpovědnost může být založena pouze právními normami. Jedná se o specifický právní vztah, kdy při porušení právní povinnosti vzniká nová právní povinnost sankční povahy. Právní odpovědnost má tak účinek sankční, ale také účinek preventivní, výchovný či signalizační (Sovová, 2013). Pro vznik právní odpovědnosti ve zdravotnictví musí být však splněny určité předpoklady. Předpokladem odpovědnosti je protiprávní jednání, dále způsobení škodlivého následku a také existence příčinné souvislosti mezi protiprávním jednáním a vzniklým škodlivým následkem. V případě subjektivní odpovědnosti je poslední podmínkou zavinění (Kádek, 2018).

Výkon zdravotnického povolání podléhá značné veřejnoprávní regulaci, a to v podobě samostatné právní úpravy. Jedná se především o zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání, ve znění pozdějších předpisů a o vyhlášku č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Společně tyto právní úpravy stanovují odpovědnost nelékařského zdravotnického pracovníka za to, že ošetrovatelská péče bude poskytována v rozsahu dosaženého vzdělání a nebude překračovat stanovené kompetence. Větší rozsah povinností zdravotnických pracovníků ve srovnání s jinými profesemi souvisí i s větší právní odpovědností, kdy odpovědnost zdravotnických pracovníků je tedy všeobecně hodnocena jako velká. Souvisí to i s tím, že zdraví je vnímáno jako jedna z nejvyšších hodnot člověka (Gulášová et al., 2019).

V rámci poskytování zdravotních služeb se uplatňuje většina druhů právní odpovědnosti (Gulášová et al., 2019). Jedním z nich je **občanskoprávní odpovědnost**, která se řídí dle občanského zákoníku. Jedná se o odpovědnost mezi dvěma soukromoprávními subjekty, které nejsou v pracovněprávním vztahu (Těšinová, Žďárek a Polícar, 2011). Ve zdravotnictví se zpravidla jedná o odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb, pokud nešlo o hrubé nebo úmyslné porušení povinností zdravotnického pracovníka (Mach et al., 2013). Při porušení právních povinností zdravotnickým pracovníkem (většinou postup non lege artis) se jedná o odpovědnost subjektivní. Objektivní odpovědnost je nejčastěji odpovědností poskytovatele zdravotních služeb za protiprávní stav bez ohledu na zavinění daného subjektu a nejčastěji se jedná např. o odpovědnost za nemajetkovou újmu způsobenou neoprávněným zásahem do osobních práv pacienta, odpovědnost za škodu způsobenou na vnesených a odložených věcech apod. (Kádek, 2018).

Dalším druhem právní odpovědnosti je **pracovněprávní odpovědnost**, která vychází ze zákoníku práce a jedná se o odpovědnost mezi subjekty v pracovněprávním vztahu. Pracovněprávní odpovědnost je velice spjatá s odpovědností občanskoprávní. Způsobenou škodu pacientovi zpravidla uhradí zaměstnavatel, i když došlo k porušení právních povinností zdravotnickým pracovníkem (Těšinová, Žďárek a Polícar, 2011). Zaměstnavatel však následně může postihnout konkrétního zaměstnance, kdy může požadovat náhradu škody až do výše čtyřapůlnásobku průměrné měsíční mzdy nebo platu, případně náhradu celé škody, pokud byla škoda způsobená úmyslným jednáním nebo pod vlivem návykových látek (Mach et al., 2013).

**Trestněprávní odpovědnost**, jako další druh právní odpovědnosti ve zdravotnictví, se řídí dle trestního zákoníku. Trestným činem je takové protiprávní jednání, které je uvedeno

v trestním zákoníku a je označováno jako trestné. Pro trestní odpovědnost je třeba zásadně zavinění úmyslného, pokud zákon výslovně nestanovuje, že postačuje zavinění z nedbalosti. Při poskytování zdravotní péče však nejčastěji dochází k trestným činům proti životu a zdraví, u nichž trestní zákoník výslovně stanovuje, že k naplnění skutkové podstaty trestného činu postačí i nedbalostní forma zavinění (Těšinová, Žďárek a Polícar, 2011). Nejčastěji trestní odpovědnost u zdravotnických pracovníků vychází z nedbalostí formy trestných činů proti životu a zdraví, kdy u těchto trestných činů jsou sankce daleko přísnější a v případě zdravotnických pracovníků je trestní sazba zvláště zvýšena (Štrejtová, 2013). Je však třeba dodat, že trestní právo je krajním prostředkem a je uplatňováno v těch nejzávažnějších případech (Sovová, 2013).

Dalším druhem právní odpovědnosti ve zdravotnictví je **správněprávní odpovědnost** a jedná se zpravidla o odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb vůči orgánům státní správy za porušení právních norem z oblasti správního práva. Může se jednat o sankce uložené orgánem ochrany veřejného zdraví, Úřadem pro ochranu osobních údajů či odborem zdravotnictví příslušného krajského úřadu. Další odpovědností poskytovatelů zdravotních služeb může být **smluvní odpovědnost** za plnění smluvních závazků. Nejčastěji se jedná o odpovědnost ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám (Mach et al., 2013).

Z oblasti právní odpovědnosti ve zdravotnictví se také dále může jednat o **disciplinární odpovědnost**, která se týká profesí, jenž jsou povinně sdružovány v profesních komorách, které jsou zřízeny takzvaným komorovým zákonem. Disciplinární odpovědnost se tak týká profese lékaře, stomatologa a farmaceuta a vzniká v případě porušení odbornosti nebo etických principů (etických kodexů) při výkonu povolání. Profesní komora může v takovémto případě uložit členovi disciplinární opatření (Mach et al., 2013).

## 2 ODPOVĚDNOST ETICKÁ

Každá činnost člověka se řídí určitými a obecně uznávanými pravidly a v tomto ohledu se nejedná pouze o zákony, směrnice apod., ale především o dodržování etických norem. Cílem etiky je určit, které aktivity jsou správné a které nikoliv (Ondřiová a Fertařová, 2021). Vlastní etiku má mnoho profesí a etické aspekty spjaté s konkrétní profesí nazýváme profesní etikou. Etické zásady každé profese jsou pak soustředěny do etického kodexu. Zdravotnictví je etikou

ovlivňováno zásadně a je založeno na vysoké úrovni dodržování etiky (Zlámal, 2016). Poskytování zdravotní péče tedy včetně právních předpisů upravuje i mnoho etických kodexů (Gulášová et al., 2019). Z celkového pohledu pak také odpovědnost zdravotnického pracovníka je v historické souvislosti z větší části udržována spíše právě etikou (Ptáček et al., 2014).

Obecně uznávané normy, které by měly být v rámci etického chování člověka dodržovány, jsou deklarovány písmeně, jiné mají podobu nepsaných pravidel. Etické zásady a principy profesní etiky a řízení chování lidí v organizaci je soustředěno do etického kodexu. Dodržování etického kodexu je však doporučeno a není zpravidla možné jej vynucovat pod hrozbou sankce. Profesní etický kodex, jako jeden ze zásadních typů kodexů, obecně vyjadřuje morální normy platné pro členy profese (Ondriová a Fertařová, 2021). Nejvíce etických kodexů nacházíme právě v oblasti zdravotnictví. Jedná se mezinárodní etické kodexy (např. Norimberský kodex a další) a etické kodexy profesních komor, asociací a sdružení v České republice (Bužgová, 2013).

Etické kodexy jsou koncipovány tak, aby nebyly v rozporu s právními normami. Mravní hodnoty jsou v těsném vztahu k normám právním a pouze některé mravní hodnoty mohou stát samostatně (Bužgová, 2013). V každém případě však nelze stavět morálku nad právo, jelikož v právním státě je nepřípustné, aby byl morální požadavek v rozporu s právem (Sovová, 2013). I když se etika v právních normách odráží, zpravidla právně závazná není a v případě právního sporu je rozhodujícím kritériem právní předpis, nikoli etický kodex (Gulášová et al., 2019). Dodržování etických kodexů kontrolují profesní komory a za jejich porušení může být člen komory volán k disciplinární odpovědnosti. Ne každá profese však má svoji profesní komoru, a ne v každé profesní komoře je členství povinné (Müllerová a Müller, 2013).

Pokud vedle sebe postavíme právo a etiku, jsou zřejmé některé aspekty. Zaprvé legislativa jako taková představuje jen minimum morálky, jelikož legislativně lze vymezit jen takové ustanovení, které odráží jednoznačný postoj. Dále pak právní norma se ne vždy nutně musí shodovat s normou mravní, což znamená, že prosté podrobení se zákonu zároveň neřeší etické normy. Dále však legislativa zaručuje alespoň minimální kritéria vynucována sankcemi nebo tresty, jelikož etika v tomto ohledu nemůže být zpravidla vynucena. Dalším aspektem je, že legislativa a etika se mohou navzájem posilovat, protože jednání v rámci etiky často přesahuje povinnosti dané zákonem. V nepolehčí řadě jsou přijaty zásadní právní normy, bez kterých se samotná etika neobejde (Bužgová, 2013).

Právní normy, ze kterých etika vychází a reflektuje je, jsou považované za prameny zdravotnického práva a legislativně ukotvují právní odpovědnost (Gulášová et al., 2019). Jeden

z nejdůležitějších mezinárodních právních předpisů z oblasti zdravotnického práva je Úmluva o lidských právech a biomedicině, kdy její podstata leží zejména ve sféře ochrany lidských práv a svobod jedince při poskytování zdravotních služeb. Základním rámcem v rámci vnitrostátní úpravy je v tomto ohledu Listina základních práv a svobod, která stanovuje základní práva aplikovatelná do různých oblastí lidského života, včetně oblasti zdravotní péče. Za velmi důležitý ve vztahu k etice považujeme i zákon o zdravotních službách, a to především práva pacienta, která jsou v tomto zákoně upravena a nejvíce souvisí s etickými normami, jelikož vycházejí z práva člověka na respektování jeho autonomie (Bužgová, 2013).

## **ZÁVĚR**

Vyšší požadavky na odbornost nelékařského zdravotnického pracovníka zároveň souvisejí s vyšší odpovědností za poskytnutou ošetrovatelskou péči. Každý zdravotnický pracovník by měl znát svá práva a povinnosti a zároveň by si měl být vědom právní odpovědnosti plynoucí z výkonu profese. Zároveň by se však zdravotnický pracovník měl řídit i obecně uznávanými pravidly a dodržovat etické normy. Právní normy a mravní hodnoty jsou úzce spjaty, kdy mravní normy ty právní reflektují, posilují je a bez zásadních právních norem se ani neobejdou. Porušení etiky má dopad zpravidla pouze na morální rovinu a etika právně vymahatelná není. Nelékařský zdravotnický pracovník, který nemá povinnost být členem profesní komory, by si měl i tak při výkonu povolání uvědomovat nejen potřebu dodržování právních předpisů, ale i obecně uznávaných pravidel, etických norem a kodexů.

## ZDROJE

BUŽGOVÁ, R., 2013. *Etika ve zdravotnictví*. Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-409-2.

GULÁŠOVÁ, I. et al., 2019. Odpovědnost versus právo v ošetrovatelské praxi. *Humanum*. 33(2) 65-72. ISSN 1898-8431.

KÁDEK, P., 2018. Několik poznámek k právní odpovědnosti ve zdravotnictví. In: *Risks and safety in rapidly changing world: Materials of the VI international scientific conference on May 10–11, 2018*. Vědecko vydavatelské centrum. s. 63–75. ISBN 978-80-7526-302-5.

MACH, J. et al. 2013. *Univerzita medicínského práva*. Grada. ISBN 978-80-247-5113-9.

MÜLLEROVÁ, L. a K. B. MÜLLER, 2013. Profesionální komory jako součást občanské společnosti. *Český finanční a účetní časopis*, 8(3) 20-34. ISSN 1802-2200.

ONDŘOVÁ, I. a T. FERTALOVÁ, 2021. *Manažerská etika ve zdravotnické praxi*. Grada. ISBN 978-80-271-1728-4.

PTÁČEK, R. et al. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Grada. ISBN 978-80-247-5471-0.

SOVOVÁ, O., 2013. *Zdravotnické právo a legislativa*. Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-262-1.

ŠTREJTOVÁ, K., 2013. Pojem „lege artis“ a trestní odpovědnost v medicíně. *Trestně právní revue*, 12(6), 135-138. ISSN 1213-5313.

TĚŠINOVÁ, J., R. ŽDÁREK a R. POLICAR, 2011. *Medicínské právo*. C. H. Beck. ISBN 978-80-7400-050-8.

ZLÁMAL, J., 2016. *Etika, legislativa a organizace zdravotnictví ČR*. Computer Media. ISBN 978-80-7402-247-0.

## **KONTAKT**

**Mgr. Michaela Přibíková**

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,

Duškova 7, 150 00, Praha 5

e-mail: [pribikova@vszdrav.cz](mailto:pribikova@vszdrav.cz)

# ETIKA OMEZENÍ NÁSILNÉHO PACIENTA

PEKARA, J.

## Abstrakt

Príspevek popisuje možnosti omezení násilného pacienta ve zdravotnické praxi. Jsou definovány právní možnosti omezení násilného pacienta a diskutovány faktory, jak zachovat důstojnost pacienta i v takto krizové situaci.

## Klíčová slova

Omezení, Pacient, Zdravotnický záchranář, Pronační poloha

## ÚVOD

Agrese a násilí vůči profesionálům v přednemocniční/urgentní péči je často opomíjené téma. V České republice neexistují národní ani nadnárodní program prevence takového chování ze strany pacientů nebo jejich příbuzných. Prevence je tak často v gesci jednotlivých oddělení, které se snaží incidenty řešit spoluprací s policií, omezovacími prostředky nebo školením zaměstnanců. Ve velké míře jsme v současné době svědky posilování bezpečnosti zdravotnických zařízení prostřednictvím zaměstnanců bezpečnostních služeb. Neexistuje zde tedy komplexní pochopení výskytu agrese a násilí a incidenty jsou tak spíše „mediálně zajímavé“ než vědecky podložené. A tak nelze ani s jistotou tvrdit, zda incidentů skutečně přibývá nebo se jen nehlásí.

Průměr prevalence agresivních a násilných příhod je okolo 54 % na jedno zdravotnické zařízení, prevalence mezi studii se pohybuje od 7,5 % do 75,9 %, převažují samozřejmě verbální incidenty. Z násilí se tak stal ve zdravotnictví fenomén. Druhý extrém ovšem vidíme i v zacházení s agresivními pacienty nebo s již zmíněným nehlášením násilných útoků. Zdá se také, že k většině incidentů nepřispívá pouze „frustrovaná společnost“ (tlak na výkon, ekonomické problémy části populace, tempo života v dnešní době, tlak sociálních sítí a negativních zpráv, v posledních letech i pandemie a nyní válka v blízkosti našich hranic), ale faktor, který je pozorován již delší dobu – neprofesionálně se chovající zdravotnický

pracovník. Vzájemná interakce mezi pacientem/příbuznými a zdravotníky je často poslední kapkou, která rozhoduje o řešení konfliktu smírnou cestou.

## 1 PREVENCE NÁSILÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

**Rozhodující roli v prevenci konfliktu sehrává především profesionální chování zdravotnického personálu.** Představa, že zdravotníci mají automaticky vrozenou schopnost empaticky komunikovat s pacienty, je mylná. „Zdravit a něco vysvětlit, to je věc, která u nás nemá tradici, a zejména starší lékaři příliš nejdou příkladem těm mladším. Zdravotnictví je totiž z 80 % o komunikaci. Přitom pacient, se kterým lékař srozumitelně mluví, je informovaný pacient. A takový i lépe spolupracuje a rychleji se uzdraví. Má to vliv i na ekonomiku, neboť rychlejší vyléčení znamená kratší pracovní neschopnost“ (Lánský, 2012). V poslední době se veřejně hovoří o přetěžování zdravotníků. Vlivem neustálému tlaku a zanedbávání péče o sebe dochází u části zdravotníků k vyhoření, což také negativně ovlivňuje celkovou situaci ve zdravotnictví, samozřejmě depersonalizace zdravotnictví je jedním z projevů vyhoření). Komunikace je především o chování, nejen o sdělování zpráv a vyslechnutí druhého. Stejně jako při aplikaci injekcí či chirurgickém zákroku je i při komunikaci potřeba tréninku, aby se daná dovednost mohla rozvíjet v pozitivním slova smyslu. Pokud je daná dovednost posilována, stává se efektivní. Totéž platí o komunikaci (Cunningham et al., 2013).

Vliv má také chování zdravotnických pracovníků, které může vystupňovat negativní emoce již „nastartovaných“ pacientů a zapálit připravenou nálož emocí. Tento vztah je reciproční a funguje i obráceně: unavený zdravotník má nižší schopnost čelit nepříjemným výlevům pacientů, jeho představy o spolupracujícím pacientovi se rozplývají jako mlha. Efektivní zvládnutí emocí by mělo být součástí profesionálního repertoáru každého zdravotníka, protože právě deeskalace a uklidnění pacienta mnohdy nejen konflikty řeší, ale umí jim i předcházet (Pekara, 2017).

Obecné efektivní doporučení při komunikaci s agresivním a násilným pacientem:

1. udržovat bezpečnou vzdálenost a být ve střehu
2. neošetřovat pacienta bez kolegy
3. mluvit na pacienta pozitivně – vyzvat ke spolupráci

4. zjistit potřeby pacienta (hlad, žízeň, potřeba na WC, komfort spánku, nabíječka na mobil, bolest, Smyslové pomůcky u seniorů – brýle, naslouchátka)
5. pacienta fyzicky omezeného zvýšeně pozorovat (pitný režim, stav kůže, možnosti farmakoterapie, nutná je dokumentace takového omezení a přemýšlet nad možnostmi, jak omezení zkrátit na co nejkratší dobu)

## **2 NEZBYTNÉ OMEZENÍ PACIENTA OMEZOVACÍMI PROSTŘEDKY**

V České republice je podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách (§ 39) možné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb použít:

- úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem,
- omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty,
- umístění pacienta v síťovém lůžku,
- umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu,
- ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta,
- psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavou léčbu psychiatrické poruchy,
- nebo kombinace výše uvedených prostředků a postupů.

Omezení lze použít pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, a to pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití a poté, co byl neúspěšně použit mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků, s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k dosažení účelu, přičemž musí být zvolen nejméně omezující prostředek odpovídající účelu jeho použití. Zákonou verzi lze přetlumočit tak, že držení (omezení) pacienta by mělo být bezpečné pro záchranáře, pacienta a vždy by mělo být použito pouze nezbytně nutné síly (druhu) na nezbytně nutnou dobu.

Poskytovatel péče je povinen zajistit, aby pacient, u kterého je omezovací prostředek použit, byl s ohledem na jeho zdravotní stav srozumitelně informován o důvodech použití omezovacího

prostředku (případně, aby byl poučen zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta, a to bez zbytečného odkladu). Dokumentace příslušného omezení se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi, záznam podepíše zdravotnický pracovník a zákonný zástupce nebo opatrovník (svědek – další zdravotnický pracovník přítomný u dané situace). Pacient musí být po dobu použití omezovacího prostředku pod dohledem zdravotnických pracovníků; dohled musí odpovídat závažnosti zdravotního stavu pacienta a zároveň musí být přijata taková opatření, která zabrání poškození zdraví pacienta. Z hlediska indikace omezovacího prostředku je dle zákona nutné, aby jej indikoval vždy lékař. Ve výjimečných případech, vyžadujících neodkladné řešení, může použití omezovacích prostředků indikovat i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání (zdravotnický záchranář, všeobecná sestra, radiologický asistent, porodní asistentka, sanitář, ošetřovatel), který je přítomen; lékař musí být o takovém použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení. Každé použití omezovacího prostředku musí být zaznamenáno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi (Česko, 2011, § 39).

### **3 PROBLEMATIKA OMEZOVÁNÍ NA BŘÍŠE**

**Velmi diskutovaným tématem, které je velmi často u násilných pacientů v prostředí ZZS aplikována je pronační poloha. Je důležité uvést, že např. ve skandinávských zemích, Británii nebo Kanadě je tato poloha zakázaná a je považována za přísně ilegální!**

Pronační poloha spočívá v uvedení jedince do polohy na břicho, na pevnou podložku a pacient je tímto fyzicky deescalován pro zachování bezpečí složek IZS i okolí. Pro zadržení pacienta v dané poloze, dokud se neuklidní (nebo mu nejsou podány sedativa pro uklidnění) je zapotřebí použití síly zdravotnického personálu, tj. také pomocného zdravotnického personálu, ale zejména v terénu se zapojují i členové jiných skupin IZS, a to zejména PČR. Tlakem na hrudník případně také na stehna se získá čas, ale je třeba dbát na dodržení nezbytně dlouhé doby v této pozici (Cunningham et al. 2013). Pod tlakem totiž může docházet (zejména u obézních a intoxikovaných jedinců) k patofyziologickým procesům a může následovat i náhlá smrt. Kvůli povaze zákroku se často veřejností pohlížejí na tuto formu deescalace jako na formu **násilí vůči pacientovi**. V případě použití u násilného pacienta je vždy myslet na to, že poloha pronační je pro pacienta vysoce riziková. Samozřejmě existují studie, které prokazují pozitivní

vliv na dýchání a může tedy být použita při polohování pacienta na lůžkovém oddělení (v takovém případě se však na pacienta nevyvíjí nátlak.

Deeskalace násilných pacientů probíhá v režimu Zdravotnické záchranné služby České republiky velmi často buď ve spolupráci s Policií České republiky, nebo si zaměstnanci zdravotnické záchranné služby musí do příjezdu poradit nějakým způsobem sami. Výjezdy k pacientům pod vlivem omamných látek, stavy po napadení či zásahy u psychiatrických pacientů jsou v jednotlivých krajích rozdílné, i přesto patří k nejčastějším výjezdům. Zaměstnanci Policie ČR jsou instruováni a trénováni v odváděcích a zadržovacích technikách, systematický výcvik u zdravotníků dle dostupné literatury však bohužel chybí (Barnett, 2016), (NICE, 2015). Je až s podivem, že například útěk při zásahu s násilným pacientem (bez přítomnosti Policie ČR) využije málokdo, i přesto že se jedná o velmi jednoduché řešení konfliktu.

Mezi možná nebezpečí při fyzickém omezení patří zejména uškrcení způsobené omezením, aspirace, zhoršená cirkulace, poškození nervů, psychické trauma či náhlou smrt. První zprávy o náhlé smrti spojené s omezovacími prostředky se objevily v 80. letech a týkaly se intoxikovaných osob, obvykle užívajících kokain. Chování pacientů se manifestovalo divokým až násilným chováním, které často svou povahou přitahovalo pozornost nejedné ze složek IZS. V pitevní zprávě se prokázalo, že většina zemřelých pacientů na náhlou srdeční smrt byla po vlivem různých stimulantů (např. kokain). Navzdory faktu, že úmrtnost je výrazně vyšší u pacientů, kteří jsou pod vlivem návykových látek, tak je pronační poloha stále brána jako rizikový faktor při fyzické pacifikaci také u zdravých jedinců. Jelikož návykové látky jako je kokain široce ovlivňuje kardiovaskulární systém a dýchací ústrojí, tak je součet faktorů marginální. Pokud by byl pacient zadržen v pronační poloze po dobu 25 minut, což překračuje doporučenou dobu omezování pohybu, je riziko poškození pacienta velmi vysoké. Doporučená doba držení pacienta v pronační poloze a násilné omezování jeho pohybu by měla být omezena na minimum. Časový limit se bere jako orientační a individuální, ale rozumná délka pronační polohy je maximálně 3 minuty (mít limit může působit jako element, který rozptyluje, a naopak prodlužuje nezbytnou dobu v pronační poloze). V zásadě platí, že pokud se rozhodneme pro pronační polohu, je potřeba aby následovala velmi promptní medikace, co nejdříve následně pacienta otočit na záda a sledovat stav kůže a fyziologické funkce. **Neměli bychom zapomínat, že k určitému vyčerpání pacienta dochází již určitý výdej energie „akcí před pacifikací“ a následnou pacientovou obranou. V takové fázi stoupají nároky na kyslík a může dojít rychleji k hypoxii, zvláště, když se podají farmaka např. jako sedativa nebo neuroleptika.**

Jednou z mnoha příčin využití fyzické deescalace a použití pronační polohy je excitované delirium. Někdy také uváděné jako agitované delirium. Jedná se o kontroverzní syndrom popisovaný jako kombinace psychomotorické agitace, deliria a pocení. Může zahrnovat agresivní ataky vedené nečekanou silou a zvýšenou tělesnou teplotu. Výskyt deliria provází komplikace jako je rhabdomyolýza a vysoká hladina draslíku v krvi. Rizikovou skupinou jsou převážně muži (až 99 %) mezi lety 35-44 lety. Mezi faktory ovlivňující vznik excitovaného deliria patří boj, bizarní chování, návykové látky a psychické poruchy (bipolární porucha nebo schizofrenie). Mezi symptomy patří neobvyklé chování, neobvyklá fyzická síla, necítí bolest v danou chvíli, sklony k agresivnímu chování. Jako konkrétní příklad lze využít nahou osobu pobíhající na veřejnosti a bezmyšlenkovitě z místa místo běhá a mlátí do okolních objektů. S těmito pacienty se výjezdové skupiny setkávají za asistence jiných složek IZS, a to většinou s policií, která dotyčného pacifikují v rámci vlastní ochrany a ochrany okolí.

## ZÁVĚR

Nulová tolerance násilí ve zdravotnickém prostředí možná není. 25 % veškerého násilí společnosti je koncentrováno právě do tohoto sektoru. Nejedná se pouze následky násilí v ulicích, dopravě nebo za zdmi domácností, velkou roli sehrávají interpersonální reakce mezi zdravotníky a samotnými pacienty (jejich příbuznými). Agresivní chování je z hlediska příčin multifaktoriální a v mnoha ohledech má velmi jednoduchou prevenci – slušné jednání a vystupování. Ne všechny konflikty lze řešit domluvou nebo doporučenými postupy sebeochrany, jejichž pravidelný trénink českým zdravotníkům zoufale chybí. Po vyčerpání všech komunikačních technik je někdy nutné pacienta omezit i proti jeho vůli, aby nezranil nás, kolegy, jiné pacienty. Podle nejnovější doporučení NICE (2015) se zdůrazňuje upřednostnění v případě fyzického omezení u pacienta, použití polohy vleže na zádech (obličejem vzhůru) jako preferované polohy pro znehybnění jedince na zemi. Vzhledem k uvedeným výsledkům zohledňující rizika poranění zasahujících i pacientů by mělo platit pravidlo: **Vždy pokud je to možné, vyhýbáme se použití omezující polohy na bříše. V případě, že se nejde vyhnout deescalaci využitím pronační polohy při mimořádné události, musíme věnovat pozornost zachování pacientovi důstojnosti, pohodlí a bezpečnosti, což naznačuje použití polohy na bříše pouze v co nejkratším čase se zvláštním důrazem na snížení fyziologických a psychologických rizikových faktorů, které přispějí k nepříznivým zdravotním**

**důsledkům.** Veškeré psychologické dopady mohou krizovou situaci nadále eskalovat a povzbuzovat jedince bojovat a odporovat více, což může vést ke zvýšení rizika fyzické nebo mentální újmy jak pro pacienta, tak pro personál. (Strout, 2010), (Thompson a kol., 2010).

## ZDROJE

BARNETT R., P. HANSON, C. STIRLING a A. D.PANDYAN, 2013. The physiological impact of upper limb position in prone restraint. *Med Sci Law*, 53(3):161-5. DOI: 10.1258/msl.2012.012044.

BARNETT R., C. STIRLING a A. D. PANDYAN, 2012. A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death. *Medicine, Science and the Law*, 52(3) 137-42. DOI: 10.1258/msl.2011.011101.

BARNETT R., C. STIRLING, J. HALL, A. DAVIES a P. ORME, 2016. Perceptions of supported and unsupported prone-restraint positions. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 23(3-4) 172-8. DOI: 10.1111/jpm.12295. Epub 2016 Mar 28.

CUNNINGHAM R. M., L. K. WHITESIDE, S. T. CHERMACK, et al., 2013. Dating violence: outcomes following a brief motivational interviewing intervention among at-risk adolescents in an urban emergency department. *Acad Emerg Med.*, 20(6) 562-569. DOI:10.1111/acem.12151.

HAHN S., V. HANTIKAINEN, I. NEEDHAM, et al., 2012. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *J Adv Nurs*, 68(12) 2685-99.

KNOR, J., J. PEKARA, J. ŠEBLOVÁ, D. PERAN, P. C. CMOREJ a J. NĚMCOVÁ, 2020. Qualitative Research of Violent Incidents Toward Young Paramedics in the Czech Republic. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21 463 - 468.

MAGUIRE B. J., K. L. HUNTING, T. L. GUIDOTTI, et al., 2005. Occupational injuries among emergency medical services personnel. *Prehosp Emerg Care*, 9(4) 405-11.

NICE, 2015. *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings (NG10)*. Online. NICE guideline Published: 28 May 2015. Dostupné z: [www.nice.org.uk/guidance/ng10](http://www.nice.org.uk/guidance/ng10)

PEKARA J., P. HULINSKY a M. TRESLOVA, 2017. Prevalence of violence in nursing in the Czech Republic. *J Nurs Care*, 6(6) 438-40.

THOMPSON W., N. GORDON, L. PESCATELLO (eds.), 2010. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 8th edn. Lippincott Williams & Wilkins, London Strout T. Perspective on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing* 19 416–427.

STROUT, T., 2010. Perceptions on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 416-427.

## **KONTAKT**

**Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.**

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

e-mail: [pekara@vszdrav.cz](mailto:pekara@vszdrav.cz)

# PROBLEMATIKA INFEKČNÍCH CHOROB U OSOB SE STATUSEM DOČASNÉ OCHRANY

HAMPLOVÁ, L.

## Abstrakt

V souvislosti s migrační vlnou ze zemí s méně příznivou epidemiologickou situací ve výskytu závažných infekcí v minulosti a v souvislosti s uprchlickou krizí z důvodu války na Ukrajině vyplynula potřeba identifikovat mezi migranty osoby nemocné či nosiče závažných infekčních chorob, mezi něž patří zejména tuberkulóza a infekce virem HIV vedoucí k onemocnění AIDS. Příspěvek seznamuje s aktuální epidemiologickou situací ve výskytu obou infekcí v České republice a na Ukrajině a s preventivními protiepidemickými opatřeními, která jsou realizována v rámci prevence zavlečení těchto nákaz do České republiky a omezení jejich dalšího šíření. Lze konstatovat, že uprchlické krize v minulosti ani stávající migrační vlna z Ukrajiny zásadním způsobem příznivou epidemiologickou situaci v České republice neovlivňují.

## Klíčová slova

Zařízení pro zajištění cizinců. V minulosti a v souvislosti s urc Migrace. Ukrajina. Uprchlické krize. TBC. HIV/AIDS.

## ÚVOD

Česká republika zažila v minulosti již několik významných migračních vln. Jednalo se o syrskou migrační vlnu v letech 2015/16, v roce 2020 se jednalo o uprchlickou vlnu v souvislosti s politickými nepokoji v Bělorusku a v roce 2022 došlo zatím k největší imigrační vlně do Česka, a to uprchlické krizi v souvislosti s válkou na Ukrajině. V České republice fungují 3 zařízení pro zajištění cizinců (ZZC) s trvalým personálem, a to Balková, Bělá – Jezová a Vyšní Lhoty pod Správou uprchlických zařízení Ministerstva vnitra. Zařízení pro zajištění cizinců (v zahraničí i u nás někdy nazývaná „detence“ nebo „záchyt“) slouží

primárně k internaci cizinců, kterým bylo vydáno pracovníky cizinecké policie rozhodnutí o správním vyhoštění a o zajištění. Klientelu tvoří osoby, které se pobytem na území ČR dostaly do rozporu se zákony ČR. Akcent je kladen zejména na kroky spojené se ztotožněním klienta (ten je často bez platných dokladů). Zajištěny mohou být jen osoby ve věku nad 15 let. K 31.10.2022 bylo evidováno na území ČR více než 1,1 miliónu cizinců s trvalým či krátkodobým pobytem. Přibližně 250 000 tvořili občané EU, cca 880 000 tvořili cizinci ze zemí mimo EU. Z hlediska potenciálního ohrožení občanů ČR infekčními nemocemi v souvislosti s migrací připadají v úvahu zejména tuberkulóza a infekce HIV/AIDS.

## **1 TBC**

V roce 2021 bylo ve světě nově infikováno 10,6 miliónu obyvatel tuberkulózou (dále jen TBC), z nichž 56,5 % tvořili muži, 43,5 % ženy a celkem 6,7 % nově infikovaných byly HIV pozitivní osoby. Více než 2/3 infikovaných pocházely z 8 států světa, a to z Indie, Indonésie, Číny, Filipín, Pákistánu, Nigérie, Bangladéše a Konga. Mezi lety 2020 a 2021 se ve světě incidence TBC zvýšila o 3,6 %. Epidemiologická situace ve výskytu TBC byla v České republice do roku 2021 mimořádně příznivá. V posledních 10 letech docházelo setrvale plynule k poklesu počtu případů, a to z 611 případů v roce 2012 na 357 v roce 2021, nicméně plynule stoupal podíl cizinců na celkovém počtu infikovaných, který v roce 2021 dosáhl 37 %. Z hlediska zemí původu se nejčastěji jednalo o cizince ukrajinské národnosti, dále rumunské, slovenské, vietnamské, mongolské, indické a další méně významně zastoupené národnosti. Z hlediska multirezistence k antibiotické terapii byl v letech 2017-2021 její výskyt u občanů ČR zaznamenán v 1 % případů, u osob narozených mimo území ČR byla multirezistence zjištěna v 8 % případů. V roce 2010 bylo z důvodu příznivé epidemiologické situace zrušeno plošné očkování novorozenců proti TBC. Zrušení povinného očkování dětí proti TBC v ČR nyní představuje riziko především pro české děti, neboť je zde riziko možného rozšíření TBC z dospělých nemocných Ukrajinců na české děti (ukrajinské děti jsou dle platné legislativy proti TBC brzo po vstupu do ČR naočkovány, a tedy budou chráněné).

V současné době není dostupná žádná vakcína, která by poskytovala spolehlivou ochranu pro dospělé osoby. Je tedy zásadní, aby došlo ke včasnému zachytu uprchlíků nemocných TBC a by jim byla nasazena odpovídající léčba. Toto opatření rovněž zabrání případnému dalšímu šíření infekce TBC. Válčný konflikt na Ukrajině s velkou vlnou uprchlíků může být apelem k vývoji

účinnějších a bezpečnějších vakcín proti TBC. Stávající BCG vakcína totiž není dostatečně účinná a ani zcela bezpečná a v případě kontaktu vakcinovaného dítěte s TBC dokonce chrání pouze v 65 %, což prokázala již studie prováděná v některých krajích ČR v osmdesátých a devadesátých letech minulého století. Navíc tato studie prokázala, že výskyt fatálních a závažných komplikací BCG vakcinace je vyšší než incidence TBC v očkované populaci. Z těchto důvodů je stále netrpělivě očekáván vývoj účinnější a bezpečnější vakcíny, na který jsou celosvětově vynakládány nemalé finanční prostředky. Lze konstatovat, že ve vyspělých zemích incidence TBC plynule klesá, avšak stoupá podíl zastoupení cizinců a také je u nich často diagnostikována koinfekce s HIV. Z tohoto důvodu je v při příjmu cizinců do zařízení pro azylanty prováděn RTG plic a tuberkulínová kožní zkouška u všech osob starších 2 let.

## **2 HIV/AIDS**

Další z infekcí, u nichž lze odůvodněně předpokládat vzestup incidence, je infekce HIV a onemocnění AIDS. V roce 2022 bylo v ČR nově diagnostikováno 292 HIV pozitivních osob, z nichž 56,8 % tvořili cizinci rezidenti (166 osob). Z hlediska způsobu přenosu v roce 2022 stejně jako v minulých letech dominoval přenos homo/bisexuální, který byl zjištěn v 52,7 % případů. V březnu roku 2022 započal nárůst záchytu HIV pozitivních osob se statutem uprchlíka, přičemž nejvíce nově diagnostikovaných HIV pozitivních osob bylo zaznamenáno v dubnu a v květnu 2022. V rámci analýzy epidemiologických dat lze konstatovat, že na Ukrajině je více vyrovnaný podíl infikovaných žen (45 %) a mužů (55 %), zatímco v České republice tvoří muži 85 % a ženy pouze 25 % ze všech infikovaných. Mezi infikovanými podíl léčených HIV pozitivních osob na Ukrajině tvoří 77 %, zatímco v České republice se jedná o 95 % podíl léčených. Při hodnocení trendů způsobů přenosu nákazy na Ukrajině v letech 2000-2020 lze konstatovat, že se mírně snižuje přenos HIV v souvislosti s injekčním užíváním drog a z matky na plod a dítě a narůstá přenos heterosexuální a homosexuální cestou. Přesné informace o počtu HIV pozitivních osob mezi uprchlíky nejsou známa, nicméně kvalifikovaný odhad je, že ke konci roku 2022 bylo mezi uprchlíky z Ukrajina cca 1600 uprchlické HIV pozitivních osob, přičemž kvalifikovaný odhad je, že cca 1300 osob je léčeno. S ohledem na výše uvedené skutečnosti lze konstatovat, že Česká republika patří mezi země s nejnižší incidencí TBC a situace ohledně multirezistentní TBC není alarmující. Pokud budou dodržována všechna doporučení WHO a bude probíhat dohled nad TBC jako

doposud, válka na Ukrajině pravděpodobně příznivou situaci zásadním způsobem incidenci a prevalenci TBC neovlivní.

Česká republika i v roce 2022 byla zemí s relativně nízkou úrovní infekce HIV/AIDS. Z infikovaných uprchlíků z Ukrajiny jich naprostá většina o své HIV + ví a léčí se. Infekčnost je při řádné léčbě minimální a přenos na další jedince z léčeného pacienta je nepravděpodobný.

Závěrem lze říci, že migrace z Ukrajiny v souvislosti s válečnou krizí zásadním způsobem příznivou epidemiologickou situaci ve výskytu obou závažných infekcí v ČR neovlivní.

## ZDROJE

IPVZ, 12.12. 2022. *Kurz Aktuální epidemiologické otázky v souvislosti s migrační vlnou. Migrační trendy.* Online. IPVZ. Dostupné z <https://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/dokumenty/18055-migracni-trendy.pdf> [cit. 2023-04-21].

IPVZ, 12.12. 2022. *Kurz Aktuální epidemiologické otázky v souvislosti s migrační vlnou. TBC.* Online. IPVZ. Dostupné z [www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/dokumenty/18056-mozne-dopady-migrace-na-epidemiologii-tuberkulozy.pdf](http://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/dokumenty/18056-mozne-dopady-migrace-na-epidemiologii-tuberkulozy.pdf) [cit. 2023-04-21].

IPVZ, 12.12. 2022. *Kurz Aktuální epidemiologické otázky v souvislosti s migrační vlnou. HIV/AIDS.* Online. IPVZ. Dostupné z <https://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/dokumenty/18053-hiv.pdf> [cit. 2023-04-21].

SZÚ, 2023. *Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2023.* Online. SZÚ. Publikace a data. Dostupné z <https://szu.cz/publikace/data/vyskyt-a-sireni-hiv-aids/> [cit. 2023-04-21].

## KONTAKT

**doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.**

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

e-mail: [hamplova@vszdrav.cz](mailto:hamplova@vszdrav.cz)

# ETICKÉ ASPEKTY PÉČE O SENIORY V ČR

HLINOVSKÁ, J., NĚMCOVÁ, J.

## Abstrakt

Celospolečenským problémem stárnoucí generace je zvyšující se počet osob nemocných, chronicky nemocných a invalidních. Cílem jakékoli gerontologické (geriatrické) péče včetně péče ošetrovatelské je zajistit všestrannou, vysoce odborně erudovanou a lidsky kultivovanou péči o staré nemocné.

## Klíčová slova

Ošetrovatelská péče. Všeobecná sestra. Senior.

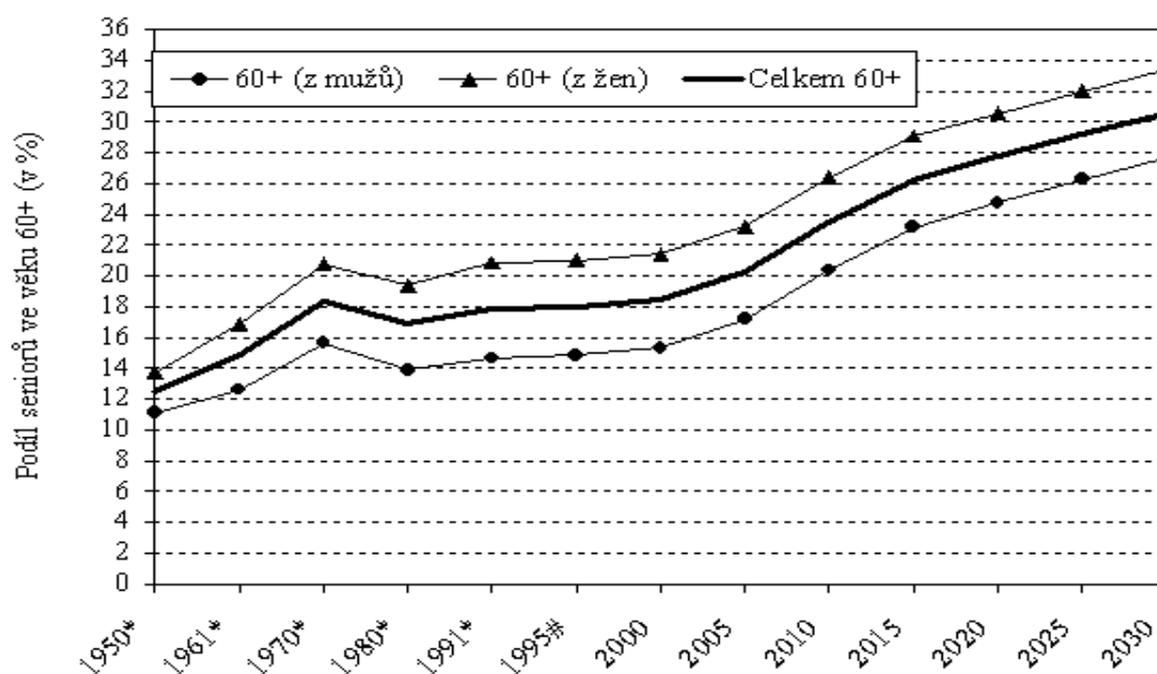
## ÚVOD

Stárnutí a stáří je natolik významným fenoménem života, že zájem o procesy stárnutí, pátrání po příčinách a důvodech, zájem o oddálení této nepominutelné části lidského života provází lidstvo prakticky po celou dobu jeho existence. Gerontologické ošetrovatelství a gerontologická medicína představují dnes velmi širokou a rozsáhlou disciplínu, která postihuje až neuvěřitelně velkou výseč celospolečenského života a bytí, dotýkající se medicíny, práva, sociálního zabezpečení, architektury, celé palety služeb s jejich organizací a řízením v mnoha dalších oblastech.

## 1 DEMOGRAFICKÉ UKAZATELE

Demografický vývoj je charakterizován stárnutím populace. Přibývá seniorů jako takových a velmi starých lidí, zvláště osob dlouhověkých. Prioritním problémem 21 století ve všech hospodářsky vyspělých zemích se stává stárnutí populace. Dochází a také bude docházet k zvyšování počtu starých lidí ve společnosti. Společnost z demografického pohledu

se posuzuje z hlediska porodnosti, úmrtnosti a částečně i migrace. Významným demografickým ukazatelem je i prodlužování střední délky života, která v České republice narůstá patrně nejrychleji ze všech evropských zemí, kdy střední délka života žen je 78.7 let a u mužů 72.1 let. V populaci se zvyšuje i podíl seniorů v pokročilém věku. Důležitým ukazatelem u nás je i snižování porodnosti a stagnace ve vývoji úmrtnosti především kojenecké důsledkem kvalitní pediatrické péče.



Graf 1 - Vývoj podílu (%) seniorské populace ve věku 60+ v ČR a její projekce do r. 2030

K typickým rysům populace seniorů patří převaha žen stoupajícím věkem stále výrazněji.

Věková skupina skup	Poměr žen k mužům
60-64 let	1,2 : 1,0
75-79 let	1,8 : 1,0
90 let a více	3,0 : 1,0
100 let a více	4,0 : 1,0

Tabulka 1 – Poměr mužů a žen v České republice

Vyrovnění dětské a seniorské populace by mělo nastat přibližně kolem roku 2050, kdy podíl obou skupin by měl odpovídat přibližně 20 % světové populace. Podíl seniorské populace by měl na konci 21. století dosáhnout 30 %, naproti tomu dětské populace bude mít tendenci se snižovat na přibližně 18 %. Předpokládá se i nárůst populační skupiny osmdesátiletých a starších lidí, kteří na konci 20. století dosahovali 1 % populace a na konci 21. století by jejich podíl měl odpovídat 3 %.

## 2 ZDRAVÉ STÁRNUTÍ

Nezvratným faktem zůstává, že Evropa je nejstarším kontinentem, kde proces stárnutí probíhá nejrychleji a předpokládá se, že podíl populace starší šedesáti let bude do roku 2050 se přiblíží téměř třetině obyvatel. Vzhledem k tomu, že osmnáct z 20 zemí s nejvyšším podílem stárnoucího obyvatelstva na světě se nachází právě v evropském regionu Světové zdravotnické organizace, je péče o seniory velmi významnou oblastí zdravotní strategie této organizace při naplňování programu Zdraví 21 jako osnovy péče o zdraví populace v 21. století. Jedním z cílů programu je tzv. zdravé stárnutí, kdy je kladen důraz na koncepční přístup ke zdravotním a sociálním službám a na programy, které posilují bezpečnost občanů ve společnosti. Vychází z faktu, že stárnutí je zcela přirozený a fyziologický proces, při kterém dochází v organizmu ke mnoha změnám. Zahrnuje vytvoření podmínek pro lidi ve věku nad 65 let pro možnost plného využívání svého zdravotního potenciálu a aktivního života ve společnosti, pro prodloužení alespoň o 20 % celkové střední délky života a střední délky života bez zdravotního postižení a zvýšení podílu nejméně o 50 % osob nad 80 let věku, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim zajišťuje uchování soběstačnosti, sebeúcty a svého místa ve společnosti.

Hlavním problémem důsledkem demografického stárnutí je ekonomické zajištění osob a poskytnutí specifických služeb a péče, kterou lidé starších věkových skupin potřebují. Celospolečenským problémem stárnoucí generace je zvyšující se počet osob nemocných, chronicky nemocných a invalidních. Zvyšují se nároky na poskytování zdravotní péče, důležitá je jasná koncepce a strategie zaměřená na zdravotní služby pro seniory.

Národní program přípravy na stárnutí navazuje na dokumenty a doporučení OSN a dalších mezinárodních organizací, především na [Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí](#)

a [Zásady OSN pro starší osoby](#). Národní program vychází z respektování lidských práv a z jasně definovaných etických východisek, z důrazu na nediskriminaci, právo na nezávislost a na občanská a sociální práva. Mezi obecně platné cíle organizace péče o seniory v České republice patří: rozšiřování ambulantní péče (primární a komunitní), obecně zkracování hospitalizací na nejkratší možnou optimální dobu a minimalizace dlouhodobé, popřípadě trvalé ústavní péče. V péči o ně platí princip komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky, které musí být poskytovány současně. V posledních letech u nás dochází k výrazné geriatrizaci ošetrovatelství a medicíny, proto se musí struktura zdravotnických zařízení, charakter péče i spektrum poskytovaných sociálních služeb přizpůsobit starým a většinou nemocným lidem. Zkracuje se hospitalizace, omezují se dlouhodobé a trvalé ústavní pobyty, rozvíjí se nové netradiční formy péče o staré občany.

Cílem jakékoli gerontologické (geriatrické) péče včetně péče ošetrovatelské je zajistit všestrannou, vysoce odborně erudovanou a lidsky kultivovanou péči o staré nemocné. Sestry poskytují ošetrovatelskou péči starým nemocným v jejich vlastních domácnostech, v nemocnicích, v institucích dlouhodobé a specializované péče, v ordinacích praktických lékařů, v agenturách domácí péče. Zaměření jejich činnosti je různorodé a vychází z potřeb pacienta. Postihnout role sestry v péči o starého nemocného a zdravého člověka je obtížné, protože sestry pracují v různých podmínkách terénní, ambulantní a ústavní péče. Toto mnohostranné zaměření sesterských činností lze nazvat obecně komplexem sesterských činností.

Koncepce zdravotně sociální péče o seniory akceptuje velkou heterogenitu této populace. Z tohoto důvodu je nezbytný individualizovaný přístup k jejím potřebám. Institucionální i neinstitutonální formy péče by měly vycházet z modifikace následujících principů, které byly deklarovány na vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří.

### **3 STRATEGIE 4xD**

V návaznosti na ně byla koncipovaná základní strategie, zjednodušeně je označována jako 4xD. Komplexní péče o osoby vyššího věku je třeba:

- demedicalizovat, tedy odmedicinalizovat: medicína má samozřejmou povinnost postarat se o staré lidi, ale problém celého stáří vyřešit nemůže. Zdravotníci by však

měli být seznámeni nejen se svými jednoznačně artikulovanými kompetencemi, ale i s možnostmi následné péče, a to jak ve smyslu lékařském, tak psychologickým a sociálním. Akcent je kladen na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí a na autonomii.

- *deinstitutionalizovat*, tedy *odinstitutionalizovat*: prakticky to znamená, že péče o potřebné seniory by měla být realizovaná mimo instituce, samozřejmě nejlépe doma, i když třeba s intervencí zdravotnické nebo sociální pomoci. Pobyt starého člověka na lůžku v nejrůznějších institucích (léčebny pro dlouhodobě nemocné, domovy důchodců apod.) je často nutná, někdy vhodná, jindy však nadbytečná nebo vysloveně zbytečná. Prioritou je ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí, prioritní je rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb a podpora integrace seniora do společnosti.
- *desektorizovat* (popř. *derezortizovat*), což znamená, že je třeba opustit představu, že jeden nebo dva rezorty (zdravotnictví a sociální služby) pokryjí všechny opodstatnělé potřeby starších a starých nemocných lidí. Opak je pravdou a každý rezort lidské činnosti přece může přispět k řešení dílčích problémů lidí: např. výroba a prodej vhodných potravin, obuvi, šatstva, speciálních pomůcek, časopisů a knih, bezbariérové přístupy na úřady, městskou hromadnou dopravu a v kulturních zařízeních apod. Je potřeba akcentace multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb, týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče.
- *deprofesionalizovat*: to znamená, že se určité jednoznačně definované profese samozřejmě musejí podílet na péči o staré lidi (např. zdravotní sestra, lékař, sociální pracovník, pečovatel atd.), ale nikomu z těch, kteří jsou ochotni a schopni participovat na péči, by nemělo být bráněno v prospěšných aktivitách. Koordinace nejrůznějších typů pomoci je však žádoucí – podpora rodiny, sousedské pomoci, seniorské svépomoci, dobrovolnictví.

Úspěšnost uvedené strategie předpokládá tzv. celospolečenskou postoupnost seniorské problematiky. I když se i u nás strategie 4xD začala uplatňovat v praxi, řada problémů zůstala nevyřešena a jiné přibyly.

## **4 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V PÉČI O SENIORY**

V ošetrovateľskej péči se rozvíjajú a užívajú rôzne hodnoticí a mēřicí techniky, ktoré by všeobecná sestra měla znáť k zajištění kvalitní péče o pacienta. Sestra získá vstupní informace z ošetrovateľskej anamnézy a zhodnotí nemocného z hľadiska jeho súčasného stavu. Zjištění stavu nemocného se týká každodenního života, zdravotní, biofyzikální, emocionální, socioekonomické, kulturní a náboženské oblasti. Posuzování jako součást ošetrovateľského procesu představuje komplexní biopsychosociální posouzení člověka. Geriatrická diagnostika se opírá o obecně platné principy, má však také jistá specifika:

- soustřeďuje se na starého člověka (respektuje zvláštnosti vyššího a vysokého věku),
- je vícerozměrná (komplexní biopsychosociální posuzování),
- je problémově orientovaná (více na člověka než na nemoc),
- výsledkem musí být geriatrická intervence.

Všeobecná sestra hodnotí jednak vstupní informace a jednak nemocného z hľadiska jeho súčasného stavu.

## **5 FUNKČNÍ GERIATRICKÉ HODNOCENÍ**

Funkční geriatrické vyšetření (FGV) je komplexní zhodnocení zdravotního stavu seniora, které je doplněné o posouzení fyzické výkonnosti a soběstačnosti a zhodnocení psychických funkcí ve spojení s jeho sociální situací. FGV se zaměřuje na specifické potřeby rizikových seniorů, kteří pro ohroženou nebo ztracenou soběstačnost vyžadují individuální přístup a péči. Důraz se klade na komplexnost, zaměření na funkční stav a kvalitu života. Komplexní geriatrické vyšetření zahrnuje jak oblasti zájmu, tak základní postupy k jejich posouzení. Jedná se o komplexní pojetí zdravím podmíněné kvality života.

Hlavní oblasti zájmu:

- 1) **Osobnost pacienta** – životní situace, priority v rozhodnutích, subjektivní kvalita života a existenciální smysluplnost.
- 2) **Tělesné zdraví** – nosologické diagnózy, funkční závažnost chorob, syndromologické diagnózy.
- 3) **Funkční výkonnost** – stabilita a chůze, výkonnost, tělesná kondice, výživa, funkční klasifikace zdraví.
- 4) **Duševní zdraví** – nosologické diagnózy, kognitivní a fatické poruchy a delirantní stavy, afektivní poruchy, psychická rovnováha, projevy maladaptace, vliv psychosociálních stresorů.
- 5) **Sociální souvislosti** – sociální role a vztahy, funkční náročnost a bezpečnost prostředí, sociální potřeby a poskytované či nárokové služby.

Ke stanovení funkčního stavu seniora se používá standardizovaných testů a škál. Posuzuje se:

**1) Zdravotní stav, zdravotní rizika a komorbidita** – komplexní klinické vyšetření se doplňuje o cílený screening rizikových faktorů (zrak a sluch, inkontinence, poruchy rovnováhy, malnutrice), hodnotí se imunizace, compliance, medikace z pohledu bezpečnosti a účelnosti.

**2) Fyzická výkonnost a soběstačnost** – hodnotí se mobilita, schopnost sebeobsluhy. U fyzicky zdatných jedinců se posuzuje ergometrie, spirometrie, v rámci dynamometrie se provádí handgrip – test na sílu stisku ruky. Využívá se standardizovaných testů na hodnocení celkového funkčního stavu a schopnosti vykonávat běžné denní činnosti spojené se sebeobsluhou a mobilitou v prostředí, ve kterém senior žije. Rozlišují se dva testy – Test instrumentálních činností (IADL) a Test základních všedních činností podle Bárthelové (ADL). V obou testech se hodnotí samostatné provedení činností, eventuálně potřeba pomoci. Celkové skóre slouží k posouzení závažnosti postižení a potřeby pomoci a péče.

**3) Duševní zdraví a psychická pohoda** – vyšetření slouží k odhalení především kognitivní poruchy – demence nebo poruchy nálady a afektu – deprese, ke zhodnocení psychosociální pohody a životní spokojenosti. Pro zhodnocení se používá např. *Mini mental state examination* (MMSE) a Škála deprese pro geriatrické pacienty.

**4) Sociální status a ekonomické zajištění** – sledují se sociální kontakty seniora, pomoc rodiny, pečovatелů, hodnotí se rizika bydlení, ekonomické zabezpečení a poskytované sociální služby.

Cílem funkčního geriatrického vyšetření je zlepšit zdravotní stav seniorů, zpomalit nástup zdravotního postižení nebo omezit jeho rozsah a zlepšit tak celkovou kvalitu života. Zhodnocení zdravotního stavu seniora je důležité pro posuzování účinku léčby, rehabilitace a rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, pro indikaci ošetrovatelské péče, pečovatelské služby nebo případně pro umístění do dlouhodobé ústavní péče. Klinicky význam funkčního geriatrického vyšetření se bude stále více uplatňovat u funkčně zdatných seniorů i při posuzování schopností absolvovat fyzicky náročné výkony a sportovní aktivity v rámci zdravého životního stylu a preventivních opatření. Mnohá hodnocení CGA probíhá ve třech stupních. Příklady trojúrovňového geriatrického hodnocení:

Parametr	Úroveň empirická	Úroveň orientační	Úroveň podrobná
<b>kognitivní funkce</b>	anamnestický rozhovor	Folsteinův test MMSE	psychiatrická exploatace CT, MR, psychologická baterie
<b>nutriční stav</b>	fyzikální vyšetření body mass index	mini nutritional assessment	využití kaliperu, impedance vyšetření laboratorní
<b>tělesná zdatnost</b>	anamnéza porovnání s vrstevníky	orientační test v terénu (chůze na čas)	bicykloergometrie test v běhátku
<b>disabilita, soběstačnost</b>	anamnéza fyzikálního vyšetření	dotazníková sestava ADL (např. Barthelové test)	speciální testování doma či v laboratoři na umělé dráze

#### Příklady trojúrovňového geriatrického hodnocení:

- **První úroveň je empirická**, jde o expertní odhad daného parametru (disability, výživy, duševního stavu) na základě základního klinického vyšetření (anamnéza, fyzikální vyšetření).
- **Druhá úroveň orientační**, která využívá orientační screeningové testování. To je sice nenáročné na čas a vybavení, ale zatížené nižší senzitivitou anebo specificitou.
- **Třetí úroveň podrobná**, které používá speciální vybavení.

Využívá všech tří úrovní, je třeba pečlivě rozlišovat. Nemá smysl provádět samoúčelně u každého seniora bez ohledu na poměr prospěchu, rizika a nákladů (benefit/risk/cos ratio) náročná vyšetření, ale nelze je také v indikovaných případech odpírat (např. pro potřeba

běžného rutinního CGA můžeme popsat tělesnou zdatnost jako odpovídající vrstevníkům, ale pro potřeby rekondičního programu či vyjádření k neobvyklé tělesné zátěži je třeba provést kvantitativní laboratorní vyšetření).

## ZÁVĚR

V oblasti péče o seniory dominují v České republice mezi poskytovanými službami především sociální a zdravotní služby, jejichž cílem je podpora zdraví a pohody seniora, prevence nemocí, posilování autonomie a soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb, podpora co nejdelšího setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí. Zhorší-li se zdravotní stav nebo soběstačnost seniora natolik, že mu již nelze péči zajistit v domácím prostředí, nastupuje pomoc ve formě sociálních a zdravotních služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi k tomu určenými. Primární odpovědnost za dostupnost služeb dle individuální situace občana má stát, koordinace a organizace služeb je zajišťována na místní nebo regionální úrovni. Zdravotně sociální péče není považována za zvláštní typ péče, ale za oblast péče nacházející se v průniku dvou rezortů Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Může se jednat převážně o péči sociální s výraznými prvky péče zdravotní, o péči zdravotní s výraznými prvky sociální péče nebo o péči integrovanou, kde lze jednotlivé prvky velmi těžko odlišit. V systému komplexní zdravotně sociální péče je zakomponována velmi aktuální i kvalitativní následná péče a v případě starých lidí zpravidla i péče dlouhodobá. Toto pojetí komplexní péče však u nás zatím v uspokojivé podobě neexistuje vzhledem k přetrvávajícím rozděleným kompetencím příslušných resortů. Komplexní péče je žádoucí u každého pacienta, především však u starého člověka. Vzhledem ke specifickým problémům a potřebám seniora je zapotřebí, aby byl systém zdravotně sociální péče těmto specifickým potřebám seniorů přizpůsoben. V zájmu pacientů i v zájmu společnosti by měla zdravotně-sociální politika usilovat o aktivní ambiciózní seniorskou populaci, která si zachovává zodpovědnost za sebe a která aktivně usiluje o udržení a zlepšování svého zdravotně funkčního stavu, o tzv. úspěšné stárnutí, zdravé stáří a o aktivní ovlivňování kompenzačních služeb, které jsou seniorům poskytovány.

Geriatrické ošetřovatelství nejenže prostupuje prakticky všemi obory klinické medicíny pro dospělé a zaujalo velmi významnou pozici v oboru, především vyžaduje další kontinuální vzdělávání ošetřovatelského personálu.

## ZDROJE

NIEDERMANN, E., C. PFLUGSHAUPT, H. RÜEGGER a B. SCHÄR, 2016. *Paliativní péče: úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-906320-3-5.

ŠTĚPÁNKOVÁ, H., C. HÖSCHL a L. VIDOVIČOVÁ, 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských vě*. Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.

Péče o seniory: česko-slovenský časopis sociálních služeb. Brno: Rescue media, 2017-. ISSN 2570-5032.

POKORNÁ, A., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii. Hodnotící nástroje*. Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

ČERVENÝ, R. a E. TOPINKOVÁ, 2014. *Geriatric: novelizace 2014*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-69-5.

HUDÁKOVÁ, A. a E. MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.

## KONTAKT

**PhDr. Jana Hlinovská, PhD.**

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

e-mail: [hlinovka@vszdrav.cz](mailto:hlinovka@vszdrav.cz)

**PhDr. Karolína Moravcová, Ph.D.,**

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

e-mail: [moravcova@vszdrav.cz](mailto:moravcova@vszdrav.cz)

# KVALITA ŽIVOTA, ĽUDSKÁ DÔSTOJNOSŤ A STARNUTIE

POLHORSKÁ, M., GREŽĎOVÁ, I.

## Abstrakt

Predložený prehľadový príspevok vznikol s cieľom integrovať niektoré poznatky týkajúce sa kvality života a ľudskej dôstojnosti v staršom veku. Na základe analýzy teoretických východísk sme poukázali na vysokú aktuálnosť otázok, zaoberajúcich sa kvalitou života v procese starnutia, biologickými, psychologickými a sociálnymi aspektami starnutia, faktormi, ktoré ovplyvňujú proces starnutia v kontexte kvality života v starobe, venovali sme pozornosť vzájomného vplyvu ľudskej dôstojnosti a kvality života staršieho človeka.

## Kľúčové slová

Starnutie, staroba, kvalita života v staršom veku, ľudská dôstojnosť v staršom veku

## ÚVOD

Starnutie je globálny problém a perspektívne bude pokračovať. Populačné starnutie je chápané ako bezprostredný dôsledok zmien v úmrtnosti a plodnosti, tento proces je v najbližších desaťročiach nezvratný. Nárast počtu obyvateľov v poproduktívnom veku sa najvýraznejšie prejavuje vo vyspelých krajinách sveta a od druhej polovice 20. storočia aj v slovenskej populácii.

Starnutie populácie a jeho dopady sú vnímané ako multidimenzionálny spoločenský jav. Tomu zodpovedá aj záujem rôznych vedných odborov, ktoré skúmajú starnutie z aspektov relevantných predmetu štúdia svojho odboru – demografie, sociológie, filozofie a etiky, ekonómie, psychológie, sociálnej práce, medicíny, ošetrovateľstva a ďalších vied.

Nárast počtu najstarších vekových skupín v populácii má významný dosah na sociálne, kultúrne a ekonomické aspekty spoločenského vývoja, vrátane životného štýlu rodín, trhu práce, dôchodkového systému. Dlhodobý diskutovaný pojem aktívne starnutie je vnímaný ako vytváranie možností pre starších ľudí, zapojiť sa do diania v spoločnosti, podporovať ich

pracovné príležitosti, dobrovoľnícku prácu a umožňovať im nezávislosť vďaka bezbariérovému bývaniu, infraštruktúre, doprave, prístupom k informáciám, médiám a moderným technológiám a tým zvyšovať kvalitu života staršej populácie.

Starnúci človek je bio – psycho – sociálne – spirituálna osobnosť. Jeho kvalita života je do veľkej miery posudzovaná na základe historického, geografického, ekonomického, sociálneho a enviromentálneho kontextu. Môže byť ovplyvňovaná subjektívnymi skúsenosťami v živote, životnými podmienkami a ich individuálnym prežívaním. Z tohto hľadiska sa kvalita života a hodnotenie jej úrovne odlišuje v závislosti od veku jedincov, ich zdravotného stavu, sociálneho postavenia, finančného zabezpečenia, hodnotového nastavenia, možnosti seberealizácie, individuálnej pohody, schopnosti akceptácie a adaptácie sa na pozitívne a negatívne stránky starnutia, emocionálneho a duchovného prežívania a pod.

Hodnotový systém v dnešnej spoločnosti sa dynamicky mení. V popredí všeobecného záujmu je dôraz na výkonnosť, rýchlosť, flexibilitu, ambície, kariéru, fyzickú dokonalosť. Obraz starnutia a starého človeka sa deformuje vplyvom ageizmu, gerontofóbie, pod tlakom zaužívaných predsudkov a stereotypov. Do úzadia sa dostáva prirodzený rešpekt, úcta k starším, odovzdávanie a využitie ich celoživotných skúseností, akceptácia a uznanie morálnych a duchovných kvalít, autonómia a integrita staršieho človeka, jeho ľudská dôstojnosť. Starí ľudia predstavujú veľmi zraniteľnú skupinu, v starobe zažívajú časté situácie, ktoré majú negatívny dopad na ľudskú dôstojnosť.

## **1 CHARAKTERISTIKA STARNUTIA A STAROBY**

Starnutie je zákonitou súčasťou vývinového procesu človeka. Starnutie je možno charakterizovať ako súhrn zmien, ktoré sa prejavujú vo všetkých oblastiach života - v oblasti fyzickej, psychickej, sociálnej aj duchovnej. Tieto zmeny môžu podmieňovať zvýšenú zraniteľnosť človeka, pokles niektorých jeho schopností a tým aj celkového výkonu. Staroba je prirodzenou a záverečnou životnou etapou vo vývine človeka. Proces starnutia je individuálny a dlhodobý, medzi jednotlivcami, v rovnakom kalendárnom veku, môžu byť veľké rozdiely.

Rôzne variácie definícií starnutia v domácej a zahraničnej odbornej literatúre poukazujú na to, že staroba a starnutie je proces rôznorodý, zložitý, heterogénny a vysoko individuálny. Jednotná definícia staroby neexistuje, hoci sa o to pokúšali odborníci z rôznych oblastí

a profesií. Hanganí, Cehelská, Šíp (2015) uvádzajú, že starnutie znamená novú životnú výzvu, ktorej sa netreba báť, hoci ju sprevádzajú aj negatívne charakteristiky ako konzervativizmus, skostnatenosť, regresia, úpadok a podobne. Práve naopak, ak sa staroba dostaví k dobre pripravenému človeku a ktorý vie, ako s ňou naložiť, stáva sa životnou výzvou a môže to byť inšpiratívne a zaujímavé obdobie života. Interpretácii procesu starnutia a staroby by mala byť pozitívna nielen v odborných publikáciách, ale najmä v spoločnosti samotnej.

Staroba je definovaná ako obdobie života, ktoré sa podľa Európskej rady začína okolo 65. roku života. Organizácia Spojených národov považuje starobu za vek od 60 a viac rokov (Scherbov, Sanderson, 2019).

Podľa Séguy et al. (2019) je možné rozdeliť vek na biologickú, psychologickú, sociálnu a chronologickú zložku. Chronologický vek je definovaný počtom rokov, mesiacov a dní, ktoré človek prežil. Aj keď je táto klasifikácia formálna, má veľký vplyv na ľudský život, keďže sa na ňu viažu mnohé právne a inštitucionálne normy. Biologický vek popisuje stav biologického vývoja človeka. Od narodenia až po smrť dochádza k mnohým vývojovým zmenám, rozvíjajú sa plnohodnotné telesné funkcie, niektoré neskoršie zmeny sú viac charakterizované degeneratívnymi procesmi. Psychické zložky veku zahŕňajú zmeny v kognitívnych funkciách. Sú ovplyvnené skúsenosťami, požiadavkami a možnosťami života, ktoré človek mal. Tým je možné dosiahnuť a zlepšiť osobné zručnosti, stratégie a systémy počas celého života. Psychický vek je v určitých medziach relatívne nezávislý od biologického a chronologického veku. Sociálny vek opisuje, v akej životnej fáze sa človek nachádza, možno ho zhrnúť podľa sociálnych míľnikov a osobných zdrojov na zvládnutie aktuálnej životnej situácie.

Podľa Mau, Schöneck (2013) je starnutie je neustály proces, ktorý začína narodením a končí smrťou. Je to nepretržitý mechanizmus, ktorý je potrebný na učenie sa novým zručnostiam a zrelosti, ale nakoniec vedie k strate telesných funkcií a kognitívnych schopností. Hayflick (2007) definuje starnutie ako súhrn všetkých zmien, ku ktorým dochádza v organizme počas jeho života a ktoré vedú k strate funkcie buniek, tkanív, orgánov a nakoniec k smrti.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO, 2021) klasifikuje starnutie ako zmeny počas života nielen na molekulárnej ale aj na bunkovej úrovni. Dochádza k postupnému znižovaniu fyzických síl, psychických schopností, zvýšenému riziku rôznych ochorení a v neposlednom rade k smrti. Starnutie je, okrem biologických zmien, charakterizované aj ďalšími etapami v živote jedinca, ako je zmena sociálneho postavenia, odchod do dôchodku či smrť blízkych.

WHO (2021) rozdeľuje obdobie starnutia do nasledujúcich kategórií:

- a) 60-74 rokov - včasná, alebo skorá staroba, starší vek, presénium,
- b) 75-89 rokov - vlastná staroba, pravá staroba, starý vek, sénium,
- c) 90 rokov a viac - dlhovekosť.

Predmetné diferenciacie človeka z hľadiska veku sú len orientačné, využívajú sa pre kategorizáciu starnutia z hľadiska rôznych vedných disciplín, nie sú záväzné z hľadiska individuálneho vývoja konkrétneho jedinca (Hangoni, Cehelská, Šip, 2015).

Plevková (2014) hovorí o starnutí ako o nepretržitom biologickom procese, ktorý sa začína narodením jedinca. Je jedným zo základných vývinových prejavov života a staroba je len jeho konečnou fázou. Starnutie je súhrn zmien v štruktúre a funkciách organizmu, ktoré podmieňujú jeho zvýšenú zraniteľnosť, pokles schopností a výkonnosti jedinca, a ktoré kulminujú v terminálne štádium a smrť. Starnutie nie je chorobnou zmenou, ale fyziologickým biologickým procesom všetkých organizmov.

Podľa Lemoine (2020) je staroba popisovaná piatimi hlavnými bodmi: narušenie systémov, funkčný pokles, únava, typická diferenciacia fenotypových prejavov a zvýšená úmrtnosť

Hangoni, Cehelská, Šip (2015) uvádzajú, že starnutie a staroba sú dôležitou etapou ontogenetického vývoja jedinca a sú prirodzenou súčasťou životného cyklu človeka. Vo veľkom meradle sa považuje nielen za individuálny ale aj za spoločenský fenomén, ktorý ovplyvňuje ekonomické štruktúry a celú spoločnosť. Keďže sebestačnosť s pribúdajúcim vekom klesá, starší človek si nedokáže sám uspokojiť základné potreby. Tento proces sa môže u starších ľudí vyvíjať pomaly alebo náhle, ale v každom prípade vedie k zvýšenej závislosti na iných ľuďoch a často k vynútenej zmene spôsobu života.

Podľa Hrozenskej (2011) možno vymedziť tri charakteristiky staršieho veku:

1. **starnutie a biologická staroba** - biologické zmeny štruktúry, vzhľadu a fungovania organizmu,
2. **starnutie a kalendárna staroba** - stanovenie vekovej hranice, od ktorej hovoríme o starobe, odráža sa najmä od empirických a demografických ukazovateľov (zvyčajne ide o vek 60-65 rokov)
3. **starnutie a sociálna staroba** - súhrn zmien sociálneho charakteru, respektíve sociálnych rolí jedinca, akými sú napríklad ukončenie profesijnej kariéry, odchod do dôchodku a s ním spojená zmena životného štýlu, fenomén

prázdneho hniezda, zmena ekonomickej situácie, miesto a priestor subkultúry starších ľudí v spoločnosti, veková diskriminácia, marginalizácia starších ľudí, sociálna izolácia, strata zmyslu života, status vdovstva, násilie páchané na starších ľuďoch a podobne.

## **1.1 Starnutie populácie na Slovensku a v Európe v 21.storočí**

Správa Population Division of United Nations (2017) o starnutí svetovej populácie jednoznačne poukazuje na dynamizáciu tohto fenoménu v 21. storočí, pričom takmer vo všetkých krajinách sveta sa môže identifikovať nárast počtu a podielu starších jedincov. Špecifické postavenie v tomto smere má najmä Európa, ktorá má dlhodobu najstaršiu populáciu sveta. Už v súčasnosti ľudia vo veku 60 a viac rokov tvoria takmer štvrtinu celej populácie, pričom očakávaný nárast do roku 2050 hovorí o takmer 35 % podiele. Populačné starnutie v európskom priestore predstavuje jeden z najvýznamnejších fenoménov 21. storočia, ovplyvňujúcich v podstate všetky aspekty fungovania spoločností, ovplyvní systém sociálnej a zdravotnej starostlivosti, trh práce, verejné financie a dôchodkový systém (Šprocha, Ďurček, 2019). Štatistický úrad Slovenskej republiky (ŠÚSR, 2019) považuje starnutie populácie z demografického hľadiska ako nezvratný proces, na základe toho predikuje v období medzi rokmi 2017-2060 pokles počtu obyvateľov v produktívnom veku až o 28 %. Demografickou krivkou budú najviac ovplyvnené odvetvia ako trh práce, sociálne poistenie, zdravotníctvo a sociálna starostlivosť.

ŠÚSR (2019) konštatuje, že jednotlivé štáty sa usilujú o vzdelávanie starších ľudí v rôznych oblastiach života, napr. v starostlivosti o zdravie, v sociálnych službách a pomoci, pri zvyšovaní počítačovej gramotnosti. Vytvárajú širokú škálu programov podporujúcich zdravé starnutie ako predchádzanie, resp. oneskorenie výskytu ochorení spojených s vekom, najmä kardiovaskulárnych chorôb, ktoré sú najčastejšou príčinou mortality u seniorov, rozličných orgánovo špecifických ochorení, postihnutí, zachovávaní poznávacích, fyzických, mentálnych funkcií a sociálnych činností počas celého života.

## 1.2 Biologické, psychologické a sociálne aspekty starnutia

Mladosičová (2017) konštatuje, že starnutie je multifaktorovo podmienený progresívny proces zhoršovania fyziologickej integrity organizmu, ktorý vedie k štrukturálnym a funkčným zmenám a následnej vulnerabilite na rôzne patologické stavy. K najúspešnejším intervenciám na spomalenie starnutia patrí primeraná kalorická reštrikcia, ktorá spomaľuje aj nástup kardiovaskulárnych ochorení, kognitívnej deklinácie, zlepšuje autonómnú rovnováhu a správnu génovú expresiu v skeletálnom svalstve. Ako ďalšie možnosti na spomalenie procesu starnutia uvádza zvýšenú pohybovú činnosť a eliminovanie senescentných buniek. Malíková (2020) popisuje biologické aspekty starnutia ako somatické zmeny organizmu, ktoré prebiehajú rozličnou rýchlosťou u každého jedinca, majú spojitosť s výskytom typických ochorení vyskytujúcich sa v starobe. Obvyklými prejavmi súvisiacimi so starobou sú celkové zníženie výkonnosť všetkých funkcií organizmu, atrofie pôvodných funkčných tkanív a zmeny reakcií organizmu na určitý stupeň záťaž, klesá výkonnosť všetkých systémov a orgánov.

Psychologické a sociálne aspekty starnutia sú do značnej miery determinované rôznymi aktivitami a činnosťami staršieho jedinca. Jarošová (Malíková, 2020) poukazuje na typické zmeny v psychickej oblasti a intelektových schopnostiach:

- zníženie kognitívnych a gnostických funkcií (zabúdanie, zníženie schopnosti koncentrácie, zapamätania si nových informácií, schopnosti rozpoznať videné predmety, rozumieť počutým zvukom);
- zníženie fatických funkcií (zníženie funkcie reči, pokles schopnosti čokoľvek pomenovať, porozumieť reči), zníženie výkonnosti intelektových funkcií;
- zvýšená emočná nestabilita až labilita, výkyvy nálad, premenlivosť rozhodnutí a postojov, zmeny požiadaviek, citová oploštenosť;
- celkové povahové zmeny z pozitívnych vlastností do neutrálnych alebo až do silne negatívnych, alebo opačne;
- celkový alebo čiastočný pokles záujmu vo všetkých oblastiach života, alebo iba v niektorých (apatia, rezignácia, sociálna izolácia, neochota zapojiť sa do činnosti);
- zmeny v poradí životných hodnôt (orientácia na rodinu, zdravie, duchovné hodnoty), zmeny potrieb a ich poradia;
- tendencia k hodnoteniu vlastného života a posudzovanie situácií s časovým odstupom;
- znížená schopnosť adaptácie na zmeny, nové a náročné situácie.

Najvýznamnejšie negatívne sociálne aspekty starnutia sú všeobecne známe, je to najmä odchod do dôchodku, zhoršenie finančného zabezpečenia, generačná osamelosť (úmrtie partnera, priateľov), znížené kontakty a sociálna izolácia, strach z osamelosti a nesebestačnosti, znížená úroveň adaptácie na zmenu životných podmienok, fyzická závislosť (choroba, fyzické a zmyslové obmedzenia), nevyhovujúca zmena životného štýlu a prostredia, veková diskriminácia, ageizmus, maladaptácia na technologické zmeny v spoločnosti, zanedbávanie až týranie najmä nesebestačných starých ľudí. Hangoni, Cehelská, Šip (2015) poukazujú na fenomén samoty v sociálnom starnutí. Samota urýchľuje degeneratívne procesy, nedostatok osobného kontaktu s inými ľuďmi je spúšťačom postupného psychického úpadku, ktorý so sebou nesie aj celý rad orgánových porúch (demencia, kardiovaskulárne choroby). V udržiavaní sociálnych kontaktov so starším človekom má nezastupiteľnú úlohu rodina.

## 2 KVALITA ŽIVOTA A STARNUTIE

Aktívne starnutie je aktuálny termín, ktorý v sebe zahŕňa pozitívny faktor samostatnosti, nezávislosti, spôsobilosti a záujmu pracovať aj po odchode do dôchodku, reálne podporovať vlastný zdravý životný štýl, žiť radostný život, mať pozitívny postoj k životu, vlastné záujmy a pozitívne ciele a vízie do budúcnosti. V tomto pohľade na starnutie ide o akceptáciu vzťahu medzi rastúcim vekom a kvalitou života, o primeranú vitalitu, mobilitu, stabilitu, vnútornú istotu, pocit lásky, integrity, múdrosti i viery. Ďalej sa rozvíja a modifikuje postoj a vzťah jedinca k svetu, svojmu okoliu i k druhým ľuďom.

Kvalita života je komplexná a multirozmerová dimenzia, zahŕňajúca medicínske, zdravotné, psychologické, spoločenské, sociálne, kultúrne, politické, ekonomické, filozofické a historické dimenzie ľudského života.

Kvalita života v procese starnutia vychádza z viacerých vzájomne sa ovplyvňujúcich aspektov. Zvýrazňuje sa multifaktoriálny koncept, ktorý je ovplyvnený fyzickým a mentálnym zdravím, prežívaním, sociálnymi vzťahmi, postojmi k životnému prostrediu. Kvalita života je pojem širší než len zdravie či choroba. Je výsledkom vzájomného pôsobenia sociálnych, zdravotných, ekonomických a environmentálnych podmienok, ktoré sa týkajú individuálneho, ľudského a spoločenského bytia. Kvalita života je charakterizovaná aj ako subjektívna pohoda a spokojnosť starnúceho jedinca s vlastným životom, ktorú vytvára pocit životného a osobného

šťastia, zmysluplná sebestačnosť, emocionálna rovnováha, sebarealizácia a duševná harmónia, sociálne a rodinné zázemie, zvládanie životných situácií a nevyhnutných zmien. Rovnako je dôležitá spôsobilosť vnímania, prijatia a akceptácie prítomnosti, prítomného okamihu ako hodnoty, ktorá vedie k vnútornej vyrovnanosti a vyváženosti. Veľkú skupinu determinujúcich faktorov tvoria sociálne indikátory, akými sú sociálny status, finančné zabezpečenie, materiálne vybavenie domácnosti, vzdelanie, rodinné zázemie, rodinný stav atď.

Garcia et al. (2018) opisujú kvalitu života staršieho jedinca z aspektu fyzickej pohody, duševného zdravia, stupňa nezávislosti, sociálnych vzťahov, ako aj jeho prirodzeného prostredia, v ktorom sa práve nachádza a žije. Ghosh a Dinda (2020) poukazujú na koncept kvality života spájajúci sa s materiálnym dostatkom, ktorý sa rozširuje na označenie dobrého života vrátane aspektov ako osobná starostlivosť, sloboda a pôžitok, fyzický a psychický komfort. Hudáková a Majerníková (2013) charakterizujú kvalitu života ako neustále sa meniaci a vyvíjajúci proces v určitom čase a priestore, ktorý je ovplyvňovaný viacerými faktormi - sociálnymi, spirituálnymi, politickými a pod. V užšom kontexte je kvalita života chápaná ako naplnenie elementárnych potrieb jednotlivca a jeho životných cieľov, v širšom zmysle ide o vzájomnú interakciu jednotlivca s prostredím a vzťahmi s tým súvisiacimi.

## **2.1 Determinanty kvality života a starnutie**

Z aspektu faktorov, ktoré ovplyvňujú kvalitu života v procese starnutia, je možné charakterizovať kvalitu života ako dimenziu vysoko subjektívnu, vychádzajúcu zo subjektívnej percepcie aktuálneho stavu, ďalej ako holistickú, komplexnú dimenziu, ktorá zahŕňa bio-psycho-sociálno-spirituálnu oblasť života staršieho jedinca, ako multifaktoriálne podmienenú dimenziu, ovplyvnenú veľkým množstvom činiteľov objektívnej a subjektívnej povahy, ktorá sa mení v čase a je dynamickej povahy, ako hodnotovo-orientovanú, zahŕňajúcu subjektívne a objektívne indikátory, súvisiacu s uspokojovaním potrieb staršieho jedinca.

Hudáková a Majerníková (2013) vo svojej publikácii konštatujú, že s pribúdajúcim vekom a odchodom do dôchodku, kvalita života najčastejšie klesá v súvislosti s nízkou úrovňou sebestačnosti, s absenciou sociálnych kontaktov vedúcich k vzniku psychických chorôb a k strate zmyslu života.

Kvalitu života ovplyvňuje množstvo zložitých situácií a faktorov, ktoré súvisia s vyšším vekom. Úlohu zohrávajú nielen zmeny vo fyzickom a mentálnom zdraví, ale aj schopnosť vyrovnáť sa s týmito zmenami, rovnako zmena životných rolí a schopnosť adaptovať sa na ne, vo veľkej miere kvalitu života vo vyššom veku ovplyvňujú dostupnosť zdravotníckej, sociálnej podpory, vzťah spoločnosti k jedincom vo vyššom veku.

Sováriová Soósová (2016) vo svojej prierezovej štúdií konštatuje, že faktory ovplyvňujúce kvalitu života sú početné a vzájomne sa ovplyvňujúce, ide najmä o demografické faktory (vek, pohlavie, etnická príslušnosť), sociálno-ekonomické faktory (vzdelanie, sociálne postavenie, príjem, sociálna podpora), kultúrne vplyvy a hodnoty, faktory zdravia ako je zdravotný stav, prítomnosť alebo neprítomnosť choroby, funkčný stav, úroveň poskytovaných zdravotníckych služieb, osobné charakteristiky, ako je sebahodnotenie a rozvoj zvládania záťaž.

Podľa autorov Ghosh a Dinda (2020) sú hlavné domény kvality života vo vyššom veku klasifikované do štyroch oblastí: sociálno-ekonomické determinanty, fyzické zdravie, psychický stav, spoločenská a sociálna participácia. Každá z domén je stručne charakterizovaná nižšie:

### **1. Sociálno-ekonomické determinanty**

Pohlavie – vykazuje preukázateľné rozdiely, ženy, vo všeobecnosti žijú dlhšie ako muži, majú v starobe väčšiemu množstvu zdravotných problémov a postihnutí.

Vek – má pozitívnu súvislosť so zvyšujúcim sa počtom fyzických a zmyslových ťažkostí, ktoré obmedzujú sociálne kontakty, čo negatívne ovplyvňuje psychické prežívanie staršieho jedinca.

Rodinný stav – prítomnosť manželského partnera má významný pozitívny vplyv na psychickú pohodu a pocit finančnej istoty.

Vzdelanie – má mnohoraký potenciálny vplyv na kvalitu života, lepšie vzdelaný jednotlivec má lepšie zdravotné povedomie, sociálnu sieť a príjem – to všetko môže mať vplyv na kvalitu života v neskoršom veku.

Príjem – poskytuje pocit finančnej istoty, zdravší životný štýl a viac možností na sebarealizáciu a záujmy.

Miesto bydliska – rozmanitosť vplyvov prostredia, nevyhnutnosť presťahovania zo známeho prostredia, enviromentálne vplyvy determinujú kvalitu života u starších jedincov.

**2. Determinanty fyzického zdravia** – fyzické, psychické, zmyslové problémy, polymorbidita negatívne ovplyvňujú kvalitu života.

**3. Determinanty psychického stavu** – psychická pohoda alebo naopak prítomnosť chronických psychických ťažkostí vážne znižuje kvalitu života postihnutého jedinca ako aj rodiny.

**4. Determinanty sociálnej participácie** - sociálna participácia má pozitívny vplyv na kvalitu života starších ľudí a môže dokonca zlepšiť zdravotný stav, úroveň duševných funkcií a životnej pohody.

Grassi et al. (2020) uvádzajú, že jedným z hlavných faktorov vplývajúcich na kvalitu života je celkový zdravotný stav staršieho jedinca. Je dôležité zamerať sa nielen na fyzické, ale aj na duševné zdravie, pretože sa zdá, že to výrazne ovplyvňuje všeobecnú kvalitu života. Celkový stav zdravia úzko súvisí s úrovňou fungovania.

Starnutie je prirodzený proces, v rámci ktorého nastáva mnoho zmien vo fyziologických funkciách znižujúcich funkčnú kapacitu človeka, a to hlavne v záťažových situáciách, pri nutnosti adaptovať sa na zmenené podmienky. Človek i napriek týmto zmenám môže žiť aktívny a produktívny život.

### **3 ĽUDSKÁ DÔSTOJNOSŤ A STARNUTIE**

Ochrana ľudskej dôstojnosti vyplýva zo samotnej podstaty ľudského bytia a je základným ľudským právom, ktoré je vyjadrené v mnohých právnych normách a etických kódexoch, napr. v Charte základných ľudských práv občanov Európskej únie, vo Všeobecnej deklarácii ľudských práv. Na základe právneho poriadku Slovenskej republiky a medzinárodných zmlúv na ochranu ľudských práv, ktorými je Slovenská republika viazaná, majú starší ľudia rovnaké právo na dôstojný život a rešpektovanie ako ostatné skupiny obyvateľstva.

Popovičová (2012) konštatuje, že jedným zo základných ľudských práv je právo na ochranu ľudskej dôstojnosti, ktoré má v systéme ľudských práv zásadný význam, pretože prostredníctvom napĺňania práva na ľudskú dôstojnosť sú realizované aj ďalšie základné ľudské práva. Samotné zakotvenie práva na ochranu ľudskej dôstojnosti však nie je zárukou

rešpektovania tohto práva. Až skutočným pochopením a napĺňaním požiadavky rešpektovania ľudskej dôstojnosti možno dosiahnuť zodpovedajúcu kvalitu života, ku ktorej požiadavka ochrany dôstojnosti človeka vedie. Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti je základným predpokladom úcty k ľudským bytostiam, ale aj k sebe samému. V spoločnosti vedenej materiálnymi záujmami a konzumnými ideami je dôležité si o to viac uvedomovať význam úcty k človeku v podobe rešpektovania jeho ľudskej dôstojnosti.

Ako uvádza Krajčík (2011), ľudská dôstojnosť je jednou z ústredných tém európskej kultúry vychádzajúcej z antických a židovsko-kresťanských tradícií. Dôležitosť dôstojnosti dokazuje skutočnosť, že väčšina ústav má v preambule zmienku o ľudskej dôstojnosti a dôstojnosť je uvedená aj vo Všeobecnej deklarácii ľudských práv Organizácie spojených národov. Podľa Janečkovej (2012) je zachovanie dôstojnosti základnou ľudskou potrebou. Ako človek potrebujem mať svoju hodnotu (aby sa so mnou zaobchádzalo ako s niečím, čo má cenu), autonómiu (aby som mal svoj život pod svojou kontrolou, mohol o sebe rozhodovať), byť súčasťou ľudského spoločenstva (žiť život na úrovni, ktorá zodpovedá úrovni väčšiny mojich rovesníkov, cítiť, že sem patrí, že je to moje spoločenstvo) – aby sa so mnou zaobchádzalo ako s človekom, ktorý má hodnotu ako ľudská bytosť. Popovičová (2009) zdôrazňuje, že ľudská dôstojnosť sa realizuje zastávaním hodnoty ľudského života, hodnoty človeka a rešpektovaním jeho potrieb fyzických, duchovných, duševných i sociálnych, vyjadrovaním úcty človeka k človeku iba na základe jeho ľudskosť; ľudská dôstojnosť vyjadruje požiadavku zaobchádzania s človekom ako s človekom a nie ako s vecou, vyjadruje požiadavku rešpektovania všetkého, čo ľudskosť predstavuje, požiadavku, aby človek bol vždy účelom a nie prostriedkom.

Starší ľudia patria k najzraniteľnejším skupinám v spoločnosti, úroveň kvality ich života je znižovaná zhoršeným prístupom k vlastným právam, ich práva nie sú rešpektované, stretávajú sa s devalvujúcim zaobchádzaním alebo až s protiprávnym konaním v spoločenskom priestore, v zdravotníckych, sociálnych službách alebo dokonca vo vlastnej rodine.

Rešpektovanie, podporovanie a ochraňovanie ľudskej dôstojnosti starších jedincov je základným kritériom profesionálneho správania všetkých pomáhajúcich profesií v zdravotníckych a sociálnych službách. V tomto zmysle, rešpektovanie dôstojnosti napr. v ošetrovateľskej starostlivosti o staršieho človeka, znamená dodržiavanie princípov rovnoprávnosti a spravodlivosti, rešpektovanie osobnej slobody, integrity a participácie na rozhodovaní o sebe, prejavovanie rešpektu a úcty k staršiemu človeku ako k osobnosti, ľudskej

bytosti a individualite. V etickom kódexe pre sestry (The ICN Code of Ethics for Nurses, 2006) sa uvádza, že neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti je rešpektovanie ľudských práv, ako je právo na život, na dôstojnosť a právo na zaobchádzanie s úctou. Podľa RCN Royal College Nursing (in Kutnohorská, 2008) dôstojnosť vyjadruje to, ako sa ľudia cítia, myslia a správajú vo vzťahu k svojej vlastnej hodnote a hodnote ostatných. Pri ošetrovaní človeka môže byť dôstojnosť podporovaná alebo znížená prostredím, organizačnou kultúrou, postojmi a správaním ošetrovateľského tímu, spôsobom, akým sa vykonávajú ošetrovateľské činnosti. Ak je dôstojnosť prítomná, človek cíti, že je cenený. Keď dôstojnosť chýba, je devalvovaný, nie je rešpektovaný a necíti sa pohodlne. Chýba dôvera a schopnosť rozhodovať sám za seba. Môže sa cítiť ponížený, v rozpakoch alebo sa hanbiť. Dôstojnosť platí pre tých, ktorí majú schopnosť rozhodovať sami za seba, ale aj pre tých, ktorí ju nemajú. Každý má rovnakú hodnotu ako ľudská bytosť a ošetrovateľský tím by preto mal konať so všetkými ľuďmi v každom prostredí a v akomkoľvek zdravotnom stave s dôstojnosťou a dôstojná starostlivosť by mala pokračovať aj po úmrtí pri starostlivosti o telo zomrelého.

## ZÁVER

Zdravé starnutie obsahuje pozitívny akcent samostatnosti, nezávislosti, spôsobilosti a záujmu pracovať aj po odchode do dôchodku, reálne podporovať vlastný zdravý životný štýl, teda žiť s pozitívnou víziou. Ide o akceptáciu vzťahu medzi rastúcim vekom a kvalitou života, o primeranú vitalitu, mobilitu a participáciu. Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti starších ľudí je jedným zo spôsobov aplikácie ľudských práv priamo vo všetkých oblastiach spoločenskej praxe, ktorý zároveň zlepšuje kvalitu života v procese starnutia.

## ZDROJE

BALCOMBE, N. R. a A. SINCLAIR, 2001. Ageing: definitions, mechanisms and the magnitude of the problem. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 15(6) 835-849. ISSN 1521-6918.

GARCIA, L. M. R. et al., 2018. The Impact of Quality of Life of Older People from a Multidimensional Perspective. Online. *Journal of Aging Research*, 7 ISSN 2090-2204. Dostupné na: <https://www.proquest.com/docview/2045213183> [cit.2023-04-19].

GHOSH, D. a S. DINDA, 2020. Deterinants of the Quality of Life Among Elderly: Comparison Between China and India. Online. *The International Journal of Community and Social Development*, 2(1), 71-98. Dostupné na: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2516602620911835> [cit. 2023-04-19].

GRASSI, L. et al., 2020. Quality of life, level of functioning, and its relationship with mental and physical disorders in the elderly: results from the MentDis\_ICF65+ study. Online. *Grassiet al. Health and Quality of Life Outcomes*, 18(61). Dostupné na: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01310-6> [cit. 2023-04-21].

HANGONI, T., D. CEHELSKÁ a M. ŠIP, 2015. *Characteristics of Aging and Oldness*. University of Prešov. ISBN 9788055511672.

HAYFLICK, L. 2012. *Biological Aging Is No Longer an Unsolved Problem*. Online. Dostupné na: <https://www.researchgate.net/publication/327919553> [cit.2023-04-21].

HROZENSKÁ, M. 2011. *Kvalita života starších ľudí v priestore spoločenských vied*. Effeta. ISBN 978-80-89245-24-6.

HUDÁKOVÁ, A. a E. MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu oštetřovatelství*. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4772-9.

ICN, 2021. *Code of Ethics for Nurses*. Online. ICN. Dostupné na: [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics) [cit.2023-04-21].

JANEČKOVÁ, H. 2012. *Důstojnost života ve stáří*. Online. Dostupné na: [https://www.google.com/search?rlz=1C1GCEA\\_enSKPhDr.+Hana+Jane%C4%8Dkov%](https://www.google.com/search?rlz=1C1GCEA_enSKPhDr.+Hana+Jane%C4%8Dkov%). [cit.2023-04-27].

KRAJČÍK, Š. 2005. Důstojnost' starých lidí a zdravotnická starostlivost'. Online. *Kontakt*. 7(1-2) 33-36. Dostupné na: [https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-200501-0007\\_d-stojnost-starych-ludi-a-zdravotnicka-starostlivost.php](https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-200501-0007_d-stojnost-starych-ludi-a-zdravotnicka-starostlivost.php) [cit.2023-04-27].

KUTNOHORSKÁ, J. a P. KUDLOVÁ, 2018. Důstojnost člověka v závěru života, fenomén naděje a empatie. *Paliativna medicína a liečba bolesti*, 11(1-2e).

MAČKINOVÁ, M., 2011. *Aktivity denného života seniorov*. SZU FOaZOŠ. ISBN 978-80-89352-55-5.

MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., akt. a dopl. vyd. Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1638-6.

MAU, S. a N. SCHÖNECK, 2013. *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*. Online. Dostupné na: <https://download.e-bookshelf.de/download/0002/6768/79/L-G-0002676879-0013254508.pdf> [cit.2023-04-24].

MLADOSIEVIČOVÁ, B. 2017. Biológia starnutia – stručný prehľad molekulových a bunkových mechanizmov. Online. *Solen*, 12(3) 162-164. Dostupné na: <https://www.solen.sk/storage/file/article/a7b5e553d88e25f90ad24fa2072e444f> [cit.2023-04-24].

PLEVKOVÁ, J., 2014. Starnutie a terminálne stavy. In\_ HANÁČEK, J. *Patologická fyziológia vybrané kapitoly*. Online. Ústav patologickej fyziológie JLF UK. S. 385-390 ISBN 978-80-89544-79-0. Dostupné na: <https://www.jfmed.uniba.sk/file>. [cit.2023-04-23].

POPOVIČOVÁ, D. 2009. Lidská důstojnost jako filosoficko-právní pojem. Online. *Časopis pro právní vědu a praxi*, 17(3) 225-230. Dostupné na: <https://journals.muni.cz/cpvp/issue/view/523> [cit.2023-04-24].

SÉGUY, I. at al, 2019. *Chronological age, social age and biological age*. Online. Researchgate. Dostupné na: <https://www.researchgate.net/publication/33220963> [cit.2023-04-24].

SCHERBOV, S. a W. SANDERSON, 2019. *New Measures of Population Ageing*. Online. Dostupné na: <https://www.un.org/development/desa/pd/sites/un.org> [cit.2023-04-24].

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., 2016. Determinants of quality of life in the elderly. *Central*

*European Journal of Nursing and Midwifery*, 7(3) 484-493. ISSN 23363517.

ŠPROCHA, B. a P. ĎURČEK, 2019. *Starnutie populácie Slovenska v čase a priestore*. Online. rognostický ústav, Centrum spoločenských a psychologických vied SAV. ISBN 978-80-89524-39-6. Dostupné na: <http://www.infostat.sk/vdc/pdf/Starnutie> [cit.2023-04-24].

ŠSTATISTICKÝ ÚRAD SLOVENSKEJ REPUBLIKY, 2019. *Slovenská štatistika a demografia*. Online. ŠÚ SR. Dostupné na: <https://www7.statistics.sk/wps/wcm/connect/a767757b-d32>

UHER, I., 2014. *Determinanty kvality života seniorov*. Online. Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach 133 s. ISBN 978-80-8152-136-2. Dostupné na: [https://unibook.upjs.sk/img/cms/2014/utvas/determinanty\\_kvality\\_zivota\\_seniorov\\_uher.pdf](https://unibook.upjs.sk/img/cms/2014/utvas/determinanty_kvality_zivota_seniorov_uher.pdf) [cit.2023-04-24].

WHO, 2021. *Ageing and health*. Online. WHO, 4 October 2021. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [cit.2023-04-24].

## KONTAKT

### **PhDr. Miriam Polhorská, PhD.**

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK Bratislava  
Špitálska 24, 813 72 Bratislava  
e-mail: [miriam.polhorska@fmed.uniba.sk](mailto:miriam.polhorska@fmed.uniba.sk)

### **PhDr. Iveta Grežd'ová, PhD.**

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK Bratislava  
Špitálska 24, 813 72 Bratislava  
e-mail: [iveta.grezdova@fmed.uniba.sk](mailto:iveta.grezdova@fmed.uniba.sk)

# VÝZNAM PODPORY A PREVENČIE ZDRAVIA V KOTEXTE ZDRAVOTNEJ VÝCHOVY

KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, V., MAZALÁNOVÁ, A.

## **Anotácia**

S pojmom zdravie prichádzame do kontaktu v priebehu celého životného cyklu. Zdravie človeka je v jeho živote jednou z najdôležitejších hodnôt a zrejme preto sa oň zaujímajú nielen samotní ľudia ale i odborníci od počiatku ľudskej civilizácie. Prakticky v každej spoločnosti naprieč históriou možno nájsť osobnosti, ktorých prvoradou úlohou bolo práve zdravie udržiavať, starať sa oň a podporovať ho. Príspevok prináša charakteristiku základných pojmov ako je zdravie, prevencia a podpora zdravia so zreteľom na koncept výchovy k zdraviu dospelých populácie. Článok je výsledkom vedeckovýskumného projektu VEGA 1/0293/21 Edukácia k zdraviu dospelých populácie.

## **Kľúčové slová**

Zdravie, správanie súvisiace so zdravím, správanie ohrozujúce zdravie, prevencia a podpora zdravia, výchova k zdraviu.

## **ÚVOD**

Zdravie človeka reprezentuje jeden z najhodnotnejších aspektov ľudského života. Dobrý zdravotný stav je jednou z podmienok k vedeniu plnohodnotného života. Starostlivosti oň a jeho aktívnemu zveľad'ovaniu je preto v súčasnosti venovaná značná pozornosť zo strany odborníkov i z pohľadu bežného človeka.

V minulosti charakterizoval veľkú časť populácie skôr pasívnejší postoj k ľudskému zdraviu. Mnohí si napr. jeho hodnotu zvykli uvedomiť a náležite ju oceniť až v momente keď sa u nich, resp. ich blízkych, objavili zdravotné problémy, ktorým museli čeliť. Svoje zdravie dovtedy chápali ako samozrejmosť, ktoré kým fungovalo, nebol dôvod sa ním špeciálne zaoberať. Odborníci tvrdia (napr. Brannon, Feist, 2010), že príčinu takéhoto správania ľudí je potrebné hľadať predovšetkým v nedostatočnej vedomostnej vybavenosti populácie a zdravotnej osvete.

V časech, kedy sa ľudia nedokázali ubrániť mnohým dnes už bežne liečeným, vírusovým alebo bakteriálnym ochoreniam, sa im totiž veľká zodpovednosť v predchádzaní chorôb ani nemohla objektívne prisudzovať. V priebehu 20. a 21. storočia však prístup k starostlivosti o zdravie prešiel výraznou zmenou. S rýchlym technologickým pokrokom rástol počet a kvalita odborných zistení týkajúcich sa zdravotného stavu človeka. Pri niektorých ochoreniach sa vedcom podarilo vypracovať účinnú preventívnu vakcínu, resp. medikamenty zabezpečujúce ich úspešnú liečbu. Na druhej strane sa začali ale taktiež objavovať nové vážne ochorenia a poruchy, na ktorých sa v oveľa väčšej miere než kedykoľvek predtým podieľa individuálne správanie zdravotne ohrozeného jednotlivca (Brannon, Feist, 2010).

Preto nie je prekvapujúce, že sa moderné vedecké výskumy svojím zameraním čoraz viac orientujú na objasnenie role človeka v ovplyvňovaní vlastného zdravia. Ako uvádza Křivohlavý (2001), výskumy reagujú na významné zmeny v štruktúre ochorení, v celkovom poňatí zdravia i možnostiach zdravotnej prevencie, ktoré boli zaznamenané v priebehu 20. a na začiatku 21. storočia. V odborných i populárnych publikáciách venujúcich sa zdraviu sa tak popri tradičnej téme samotného procesu liečby ochorení kladie stále väčší dôraz na dôležitosť takých činností, akými sú aktívna zdravotná prevencia, dodržiavanie hygieny či cieľavedomá snaha človeka o udržiavanie zdravia.

## **1      PODPORA A PREVENCIA ZDRAVIA**

Významným prvkom v starostlivosti o zdravie je predovšetkým podpora zdravia a prevencia ochorení, kde významnú úlohu poskytuje i zdravotná výchova. Podľa Machovej (2009) môžeme podporu zdravia definovať „ako sústavu politických, ekonomických, technologických a výchovných činností, ktoré majú za cieľ chrániť zdravie“. Spoločenská podpora zdravia sa uplatňuje vytváraním podmienok pre realizovanie zdravého životného štýlu, ochranou a tvorbou zdravého životného prostredia.

Wiegerová (2005) uvádza, že podporu zdravia ako celospoločenský proces môžeme chápať ako:

- postup ako znovu získať záujem o verejné zdravie,
- presvedčenie miestnych a národných vládnych orgánov, aby konali v prospech zdravia ľudí,

- vytváranie zdravých podmienok pre život populácie,
- nový prístup k preventívnemu úsiliu,
- právo na zdravie pre všetkých ľudí.

Jej cieľom je posilniť telesnú, duševnú a sociálnu pohodu, rovnako aj zvýšiť odolnosť voči ochoreniam. Hlavnými zdrojmi nie sú len finančné prostriedky, materiálne a technické vybavenie zdravotných služieb, ale sú nimi hlavne samotní ľudia, ich ochota podieľať sa na starostlivosti o zdravie. Jednotlivci môžu podporiť svoje zdravie zdravým životným štýlom a starostlivosťou o svoje životné prostredie. Dôležitá úloha v podpore zdravia pripadá predovšetkým ženskému pohlaviu, keďže zvyčajne úroveň zdravia rodiny závisí od nej. Ide o oblasť výživy, starostlivosti o dieťa, vytvárania jeho hygienických návykov a vzťahov k zdraviu (Machová et al., 2009).

Na podporu zdravia úzko nadväzuje prevencia, ktorá sa zameriava najmä na prevenciu chorôb. Bašková et al. (2009) ju delia na tri nasledujúce úrovne a to:

- **primárna prevencia** je súčasťou podpory zdravia, uplatňujú sa v nej zdravie prospešné aktivity, činnosti, ktoré sú zamerané na vyhľadávanie rizikových faktorov chorôb populácie a znižovanie ich vplyvu. Ide tu o úsilie predchádzať vzniku ochorenia u zdravých ľudí a to hlavne prostredníctvom výchovy k zdraviu;
- **sekundárna prevencia** spočíva vo včasnej diagnostike ochorenia a účinnej liečbe už vzniknutého ochorenia, aby sa predišlo vzniku pokročilejších foriem a komplikácií. Dôležitá je tu zdravotná výchova, kde patrí napr. edukácia v samovyšetovaní prsníkov;
- **terciárna prevencia** sa zameriava na pacientov, ktorých ochorenie je už rozvinuté. Jej cieľom je znížiť dosah trvalých následkov, ktoré môžu viesť k zmenenej pracovnej schopnosti, invalidite, zníženiu kvality života a obnoviť zdravie a primerané fungovanie organizmu v rámci daných možností ochorenia.

V nasledujúcej časti príspevku budeme venovať našu pozornosť vybraným typom prevencií v oblasti infekčných ochorení, závislostí a pohybu.

## 2 PREVENCIA INFEKČNÝCH OCHORENÍ

Vplyv infekčných ochorení na spoločnosť bol najmä v dobe pandémie Covid-19 nepopierateľným. Prejavuje sa nemalými stratami v ekonomike, a to priamymi finančnými

nákladmi na liečbu a hospitalizáciu pacientov a na druhej strane nepriamymi nákladmi, ktoré má za následok absencia v zamestnaní. Patria sem aj vyplácané nemocenské dávky poskytované počas pracovnej neschopnosti a starostlivosti o chorého člena rodiny.

Infekčné ochorenia sa od ostatných ochorení odlišujú tým, že ich vznik je podmienený choroboplodnými zárodkami, živými organizmami, škodlivými látkami. Riziko vzniku a šírenia týchto chorôb môže zvýšiť cestovanie do rôznych krajín, zmeny v spôsobe života, ilegálna migrácia, zmenená klíma, nízka odolnosť voči chorobám v iných krajinách a pod. Pred takýmito chorobami chránia ľudia národné predpisy v každej krajine, ktoré vyžadujú imunizáciu proti určitým ochoreniam pred cestovaním do rôznych krajín. Patrí sem čistota pitnej vody, ochrana pôdy, potravín, ale aj iné opatrenia, ktoré stanovujú medzinárodné zdravotnícke predpisy (Bašková, 2009).

Bakoss (2008, podľa Bašková, 2009) rozdeľuje infekčné choroby na:

- **črevné nákazy** - infekcia sa tu najčastejšie prenáša znečistenou pitnou alebo úžitkovou vodou, potravou, predmetmi, s ktorými sme v každodennom kontakte, kontaminovanou pôdou, sú to ochorenia ako napr. vírus hepatitída A, salmonelóza, brušný týfus, a pod.;
- **choroby dýchacích ciest** - prenášajú sa znečisteným vzduchom, má na nich vplyv prašné prostredie, uzavreté a nevetrané miestnosti, priestory, kde sa nachádza veľké množstvo ľudí, patria sem ochorenia ako tuberkulóza, u detí osýpky, mumps a i.;
- **nákazy prenášané infikovanou krvou** – prenášajú ich článkonožce, ale pôvodcom môže byť aj človek a zviera, u nás je to kliešťová encefalitída, lymská borelióza;
- **kožné nákazy** – vznikajú priamym kontaktom s nakazenou osobou alebo zvierat'om, najčastejšie sú to pohlavné choroby, ako kvapavka, syfilis.

Dôležitú funkciu pri primárnej prevencii týchto chorôb plní zdravotná výchova. Jej úlohou je zvýšiť informovanosť obyvateľstva o tom, aké je dôležité dodržiavanie hygienických opatrení vzhľadom na eliminovanie výskytu infekčných chorôb. Upozorňuje na nutnosť očkovania, na zvýšenie imunity obyvateľstva, na to, aby boli vyhľadávaní a liečení ľudia s infekčnou chorobou, na zavedenie opatrení voči prenosu infekcie a to prostredníctvom médií, výchovy v škole, prednášok, edukačných aktivít a rôznych propagačných materiálov (Bašková, 2009).

Zdravotná výchova sa zaoberá aj výchovou k zodpovednému sexuálnemu správaniu. Pohlavné ochorenia sú v spoločnosti vážnym zdravotným problémom. Ich vznik je podmienený tým,

akým spôsobom ľudia žijú a ako sa správajú najmä v intímnej oblasti. V súčasnosti množstvo mladých ľudí strieda často sexuálnych partnerov, čo môže viesť k vzniku pohlavných chorôb ako napr. kvapavka, syfilis, kandidózy a medzi nimi aj veľmi závažné ochorenie AIDS. Tieto choroby môžu veľmi negatívne ovplyvniť medziľudské vzťahy a zasahujú aj do etickej oblasti. Ďalším problémom je vedenie sexuálneho života už vo veľmi skorom veku, čo môže mať za následok neželané tehotenstvo a rovnako aj nakazenie určitou pohlavnou chorobou pri nedostatočnej ochrane. Pomocou výchovy k zdraviu môžeme zmeniť, respektíve pozitívne ovplyvniť rizikové správanie ľudí na správanie, ktoré znižuje prenášanie vírusu pohlavných chorôb dostatočnou informovanosťou o týchto chorobách, o ich príčinách, vzniku a dôsledkoch. Cieľom je, aby si ľudia osvojili bezpečné sexuálne správanie, potrebné vedomosti, zručnosti a schopnosti a vedeli ich používať aj v reálnom živote na základe vlastných rozhodnutí.

Medzi projekty, ktoré sa zaoberajú ochranou pred pohlavnými ochoreniami, patrí napr. projekt s názvom „Hrou proti AIDS“, medzinárodne najúspešnejšia osvetová činnosť „Kampaň Červená stužka“, ktorá reprezentuje medzinárodný deň boja proti AIDS (Bašková,2009).

### **3 PREVENCIA ZÁVISLOSTÍ**

Vzhľadom na rozsah problematiky akou závislosť je, budeme v našom príspevku venovať špecifický priestor len prevenciám závislostí od návykových látok, ktoré následne dôkladnejšie analyzujeme.

#### **3.1 Prevencia v oblasti fajčenie**

Nedávna správa WHO o globálnej epidémii tabaku z r. 2021 uvádza, že v boji proti tabakovým výrobkom sa dosiahol určitý pokrok, avšak novovznikajúce produkty, ktorými sa tabakový priemysel snaží presadiť (e –cigarety) najmä u skupine mladých ľudí predstavujú novú hrozbu. Vzhľadom na tento znepokojivý trend WHO odporúča vládam krajín, aby intenzívnejšie implementovali nariadenia, ktoré majú zabrániť nefajčiarom užívať tabakové výrobky, a zároveň aby vyvinuli maximálne úsilie pri regulácii výrobkov, ktoré sú uvádzané na trh ako novovznikajúce výrobky.

Bloomberg, globálny veľvyslanec pre neprenosné choroby a zakladateľ agentúry Bloomberg Philanthropies, uvádza: „*Viac ako 1 miliarda ľudí na celom svete stále fajčí. A keďže poklesol predaj cigariet, tabakové spoločnosti agresívne uvádzajú na trh nové výrobky – napríklad elektronické cigarety a zahrievané tabakové výrobky. Systematickým lobingom dosahujú v niektorých krajinách nízku reguláciu svojich výrobkov. Ich cieľ je jednoduchý: vytvoriť návyk na nikotín u novej generácie. To nemôžeme dovoliť.*“

8. správa WHO o globálnej epidémii tabaku, publikovaná v júli 2021, prináša národné snahy o implementáciu najefektívnejších opatrení na zníženie dopytu z *Rámcového dohovoru WHO o kontrole tabaku* (WHO FCTC), ktoré preukázateľne znižujú užívanie tabaku. Tieto opatrenia sa súhrnne označujú ako „MPOWER“. Ukázalo sa, že intervencie MPOWER zachraňujú životy a znižujú náklady odvrátiteľných výdavkov na zdravotnú starostlivosť. Prvá správa MPOWER bola zverejnená v roku 2008 s cieľom podporiť vládne opatrenia týkajúce sa šiestich stratégií kontroly tabaku v súlade s WHO FCTC s cieľom:

- Monitorovanie užívania tabaku a politika prevencie.
- Ochrana ľudí pred tabakovým dymom.
- Ponuka pomoci prestať s užívaním tabakových výrobkov.
- Varovanie pred nebezpečenstvom tabaku.
- Presadzovanie zákazov tabakovej reklamy, propagácie a sponzorstva.
- Zvyšovanie daní z tabaku.

Významný program v prevencii fajčenia je i „Medzinárodný deň bez fajčenia“ alebo aj nefajčiarsky deň, ktorý pripadá na 20. november. Podporovaný je Medzinárodnou úniou boja proti rakovine (UICC). Tento deň je venovaný prevencii, zvýšeniu informovanosti o negatívnom vplyve cigariet a cigaretového dymu na zdravie ľudí a o rizikách vzniku rôznych ochorení. Primárnym cieľom je presvedčiť ľudí, aby sa vzdali závislosti od fajčenia. Fajčenie je pre ľudské zdravie nepochybne škodlivé v celosvetovom rozsahu. Spôsobuje mnoho ochorení ako napr.: ischemickú chorobu srdca a iné ochorenia krvného obehu, rakovinu pľúc a iných orgánov, ďalej dýchacích ciest ako je chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) (Úrad verejného zdravotníctva SR).

Fajčenie ovplyvňuje aj zdravie nefajčiarov, ktorí sa často nedobrovoľne stávajú pasívnymi fajčiarmi. Pri pasívnom fajčení je človek vystavený škodlivej zmesi veľkého množstva chemikálií ktoré spôsobujú podráždenie, sú toxické, alebo sa spájajú s rakovinou. Fajčenie iné formy konzumácie tabaku ako sme už viackrát v príspevku spomínali sa na celom svete

považujú za jednu z hlavných príčin chorobnosti a predčasnej úmrtnosti, ktorej sa dá predchádzať. Medzi osvedčené zásahy, ktoré majú používateľom pomôcť pri ukončení, patria bezplatné linky na skončenie fajčenia, aplikácie na skončenie fajčenia, nikotínová substitučná terapia a poradenstvo. Na Slovensku sa môžu záujemcovia, ktorí majú záujem prestať fajčiť obrátiť na linku pomoci na odvykanie od fajčenia (0908 222 722, každý pracovný deň od 8.00 h do 15.00 h) (Úrad verejného zdravotníctva SR).

Linka na odvykanie od fajčenia funguje na Slovensku od mája roku 2016. Od začiatku jej pôsobenia poskytli odborní pracovníci RÚVZ v SR rady a pomoc takmer 4000 volajúcim. V rámci rozhovoru ponúkajú klientom okrem prvotných informácií a akútnej pomoci aj možnosť navštíviť poradne na odvykanie od fajčenia, ktoré sú zriadené pri regionálnych úradoch verejného zdravotníctva. Každý záujemca dostane bezplatné odborné poradenstvo týkajúce sa odvykania od fajčenia metódou náhleho alebo postupného odvykania. Linku pomoci počas 1 polroka 2020 kontaktovali viac muži (74 %) ako ženy, priemerný vek volajúcich bol 32 rokov. Najmladší volajúci mal 13 rokov a najstarší fajčiar 68 rokov (Úrad verejného zdravotníctva SR).

### **3.2 Prevencia v oblasti alkoholu**

Abúzus alkoholu, ako aj alkoholová závislosť patria k najzávažnejším medicínskym a spoločenským problémom súčasnosti. Alkohol môže mať svojim pôsobením na psychiku a sociálne správanie človeka mnohoraký, negatívny vplyv nielen na samotného jednotlivca, ale aj na celé sociálne prostredie: úroveň a etiku správania, dodržiavanie morálnych noriem, spoločenský a profesionálny status, dopravné nehody, trestné činy, rozvodovosť, promiskuitu a i. Alkohol už v menších dávkach znižuje prejavy pozornosti, reakčnú pohotovosť, koordináciu pohybov, pri vyšších dávkach vedie k výpadkom pamäti, vzťahovačnosti, agresivite, pocitom úzkosti.

Odhady expertov z Európskej únie a Svetovej zdravotníckej organizácie naznačujú, že v Európe je 23 miliónov ľudí, ktorí majú problémy so závislosťou od alkoholu, čo predstavuje 5 % mužov a 1 % žien. Užívanie alkoholu do veľkej miery ovplyvňuje aj socio-ekonomická úroveň v smere zvýšeného užívania alkoholu u osôb, ktoré majú vyšší príjem. Aj keď na druhej strane, riziko vzniku závislosti je pravdepodobnejšie u ľudí s nízkym socio-ekonomickým statusom.

Za priemerný vek začiatku konzumácie alkoholu sa podľa medzinárodných prieskumov považuje 12,5 roka. Pokračuje trend zvyšovania konzumácie alkoholu u detí a mládeže a trend zvyšovania počtu epizód opitosti rovnako medzi chlapcami i dievčatami. Z hľadiska zvyšovania rizika možno považovať za varujúci údaj, že mladí ľudia kombinujú súčasne užívanie viacerých druhov alkoholických nápojov než v minulosti (Regionálny úrod verejného zdravotníctva SR).

V súvislosti s porovnaním ukazovateľa výskytu užívania alkoholických nápojov v rámci celej EÚ je Slovensko na úrovni priemeru EÚ. Slovensko sa zaraďuje do priemeru krajín EÚ na 25 miesto. Konzum alkoholu je na vysokej úrovni v celej EÚ a je potrebné ho znížiť aj prostredníctvom opatrení so zameraním na komunity.

Rámec politiky kontroly alkoholu na Slovensku je vymedzený prostredníctvom WHO Európskej stratégie na politiku kontroly alkoholu a tiež Stratégie EÚ pri znižovaní rozsahu škôd súvisiacich s požívaním alkoholu. Na Slovensku je v súčasnosti aktuálny „Akčný plán pre problémy spôsobené alkoholom“, ktorý schválila vláda v roku 2006. Podľa tohto akčného plánu je za výkon politiky kontroly alkoholu zodpovedné MZ SR, ktoré bude v trojročných intervaloch predkladať na rokovanie vlády SR správu o plnení jeho úloh. V oblasti koordinácie a výkonu politiky kontroly alkoholu je potrebné podporiť kľúčovú úlohu sektoru verejného zdravotníctva. V zahraničí je kompetencia koordinácie a výkonu niektorých nástrojov kontroly alkoholu uložená úradom verejného zdravotníctva. Dokumenty ako Národný program podpory zdravia a Národný akčný plán pre problémy s alkoholom definujú koordinačnú funkciu rezortu zdravotníctva, respektíve verejného zdravotníctva. Obdobná kompetencia sa vzťahuje aj na výkon prevencie, edukácie a poskytovania poradenstva zo strany úradov verejného zdravotníctva. V tejto súvislosti bude do budúcnosti potrebné personálne a odborne posilniť centrá koordinácie a výkonu kontroly konzumácie alkoholu na Slovensku (Regionálny úrod verejného zdravotníctva SR).

Priebežné vyhodnotenie zistení realizácie Národného akčného programu pre problémy s alkoholom rezortom zdravotníctva poukazuje na alarmujúce trendy vzostupu konzumácie alkoholu, najmä liehovín v Slovenskej republike, vzostupu intenzívneho pitia u veľkej časti mladých ľudí na Slovensku a výrazný vzostup zdravotných poškodení ako duševných, tak aj telesných vyžadujúcich liečbu v zdravotníckych zariadeniach.

Prevenia nadmerného užívania alkoholických nápojov, zvýšenie celoslovenského povedomia o rozsahu a povahe zdravotných problémov spôsobených škodlivým užívaním alkoholu,

zvýšenie celoslovenského povedomia o zodpovednej konzumácii alkoholických nápojov to sú hlavné ciele kampane „DEŇ ZODPOVEDNOSTI“, na ktorej aktívne spolupracuje Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky (ÚVZ SR) ako aj Regionálne úrady verejného zdravotníctva (RÚVZ) v spolupráci so Slovenským združením výrobcov piva a sladu (SZVPS) a Policajným zborom Slovenskej republiky.

Prezídium Policajného zboru SR, odbor komunikácie a prevencie bol i garantom edukačného projektu pod názvom „TVOJA SPRÁVNA VOLĽBA“, ktorý bol schválený v rámci programu Európskej komisie „Predchádzanie a boj proti trestnej činnosti“, na ktorom sa podieľali aj odborní pracovníci verejného zdravotníctva z ÚVZ SR a RÚVZ v SR. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky ako aj Regionálne úrady verejného zdravotníctva sa spolupodieľajú i na plnení „NÁRODNÉHO PLÁNU SR PRE BEZPEČNOSŤ CESTNEJ PREMÁVKY NA ROKY 2011 – 2020“ cez edukačné kampane a výchovné aktivity orientované na riziká požitia alkoholu, omamných látok a liečiv počas vedenia vozidla, používanie reflexných a ochranných prvkov, cyklistické prilby a reflexných prvkov za zníženej viditeľnosti (Regionálny úrod verejného zdravotníctva SR).

#### **4 PREVENCIA V OBLASTI POHYBOVEJ AKTIVITY**

Pre zdravie človeka má pohybová aktivita veľký význam, nech už sa na to pozrieme z akéhokoľvek hľadiska (fyzického, psychického, sociálneho). Napomáha k udržaniu telesnej kondície, je prevenciou chorôb, pomáha pri odbúravaní stresu. Aj to je len malá časť pozitívnych vplyvov, ktoré má na človeka. Pohybovú aktivitu môžeme rozdeliť na tú, ktorú vykonávame v zamestnaní, domácnosti alebo voľnom čase. (Sigmund, Sigmundová, 2011).

Pohybová aktivita je akákoľvek aktivita, ktorá je produkovaná kostrovými svalmi spôsobujúca zvýšenie pulzovej a dychovej frekvencie (Kalman et al., 2009). Ide o komplex ľudského správania, ktoré zahŕňa všetky pohybové činnosti človeka, je uskutočňovaná súčasne spotrebou energie a zapojením kostrového svalstva. Každý človek potrebuje isté množstvo pohybu a taktiež zdravej stravy. Nadväzuje však na to aj prísun primeraného množstva odpočinku a regenerácie. Pohybová aktivita, či už ako športovanie alebo telesné cvičenia výrazne ovplyvňuje kvalitu života nie len po stránke fyzickej, psychickej ale najmä zdravotnej (Jedlička, 2009).

Veľmi dôležité je rozlišovať rozdiel medzi pohybovou aktivitou a telesným cvičením, pretože rozdiely medzi týmito pojmami sú veľmi významné. Pohybová aktivita sa vzťahuje k akémukoľvek telesnému pohybu vyžadujúcemu vyššiu kalorickú spotrebu. Telesné cvičenie je jedným z druhov pohybových aktivít, ktoré sú naplánované, štruktúrované a opakujú sa (Kalman et al., 2009).

Definícia pohybovej aktivity podľa Kaplan et al. (1996, s. 302) je „*akýkoľvek pohyb, ktorý vykonáva kostrové svalstvo a ktorý vedie k výdaju energie*“. Telesné cvičenie je chápané ako podkategória telesnej aktivity, pričom je „*plánovaný, štruktúrovaný a opakovaný telesný pohyb vykonávaný v záujme zlepšenia alebo udržania jednej alebo viacerých zložiek telesnej zdatnosti*“. Pohybová aktivita, ktorá je vykonávaná pravidelne po dobu aspoň troch mesiacov má priaznivé účinky na psychiku a zdravie človeka. Nespočetne množstvo štúdií potvrdzuje, že pohyb je dôležitý nie len pre psychiku, ale aj pre kvalitu života.

Hobza (2007, podľa: Kalman et al. 2009) poukazuje na fakt, že pohybová aktivita je pre jednotlivca významný prostriedok prevencie ochorení a je ekonomicky výhodná. Zlepšuje zdravie celej populácie a je spoločensky efektívna.

Kalman a kol. (2009) podľa WHO uvádzajú za najpriaznivejšie vplyvy pohybovej aktivity na človeka produkciu endorfínov v mozgu, zvýšenie duševného potenciálu, lepšiu spoluprácu sympatika a parasympatika, harmonizáciu endokrinného systému, pozitívny psychický vplyv na zníženie napätia, pozitívny vplyv na liečbu ochorení, prevenciu osteoporózy, pozitívny vplyv na pohybový aparát, podporu krvného obehu, zvýšenie transportnej kapacity kyslíka, zníženie krvného tlaku, pokojovej pulzovej frekvencie a zlepšenie činnosti srdca.

Potreba pravidelného pohybu by mala byť u ľudí podporovaná zámerným výchovným pôsobením, a to prostredníctvom výchovy k pohybu. Cieľom je oboznámiť ľudí s poznatkami športovej činnosti, aké pozitívne účinky má pravidelné športovanie na zdravie. U dospelaj populácie sa kladie dôraz na zvyšovanie pohybovej výkonnosti, udržiavanie funkcií jednotlivých orgánov aby sa predišlo vzniku zdravotných ochorení. U ľudí, ktorí už majú poruchy v oblasti pohybového aparátu, je dôležité upozorniť na nutnosť pravidelného cvičenia na zmiernenie, zlepšenie alebo aj odstránenie danej poruchy. Prostredníctvom poradenských služieb môžeme naučiť jednotlivca ako si má vytvoriť vlastný pohybový plán vzhľadom na svoj vek, potreby, záujmy, telesnú zdatnosť a špecifické vlastnosti, prípadne ako si upraviť stravovací režim (Labudova, 1997).

## 5 PODSTATNÉ OBLASTI REALIZÁCIE ZDRAVOTNEJ VÝCHOVY

Do týchto oblastí môžeme zahrnúť duševné zdravie, ochranu a podporu zdravia v pracovnom prostredí a zdravie v rodine. Túto problematiku dôkladnejšie analyzujeme v nasledujúcej časti príspevku.

## 6 DUŠEVNÉ ZDRAVIE

WHO (2005, podľa Baškovej, 2009, s. 172) definuje duševné zdravie ako „stav pohody, keď jednotlivec realizuje vlastné schopnosti, zvláda normálnu záťaž, pracuje produktívne, úspešne a je schopný, byť prospešný spoločnosti.“

S podporou a prevenciou duševného zdravia súvisí pojem psychohygienu. Liba (2002) chápe psychohygienu ako systém určitých pravidiel, postupov a krokov, ktoré majú za cieľ udržiavať, prehĺbovať či znovu nadobudnúť duševné zdravie, duševnú rovnováhu. Charakteristickými znakmi pre pozitívne duševné zdravie je:

- schopnosť primerane ohodnotiť seba samého,
- realistické vnímanie skutočnosti,
- odolnosť voči stresu,
- prispôsobenie sa spoločnosti, flexibilita,
- pocit identity, schopnosť sebarealizácie,
- nezávislosť,
- celistvosť osobnosti, byť spokojný sám so sebou,
- osvojenie si relaxačných metód,
- obmedzenie zlovykov, ako napr. fajčenie, prejedanie.

Proces sebavýchovy v sebe zahŕňa aj iné zložky ako sebaopoznávanie, sústredenie pozornosti, autoregulácia nápadov, emócií, autorelaxácia a aktívne zvládanie ťažkých situácií. Negatívny vplyv na duševné zdravie v dospelom veku má najmä disfunkčné manželstvo alebo deficit harmonického manželstva, strata zamestnania, stres z práce, z rodičovskej úlohy, nedostatok financií, užívanie návykových látok podieľajúcich sa na vzniku duševných chorôb.

Spúšťáčom duševných chorôb je aj spôsob ako človek reaguje na nadmernú psychickú záťaž. Zvyčajne sa jeho reakcia prejavuje ako stres, úzkosť späť s vylučovaním stresových hormónov ovplyvňujúca srdcový rytmus, krvný tlak, kedy sa organizmus dostáva do kritického stavu. Pôsobenie stresujúcich a negatívnych faktorov na človeka môže ovplyvniť jeho správanie v pracovnej oblasti prejavujúc sa zhoršeným pracovným výkonom a častejšou absenciou v práci, vyhýbaním sa rodinným povinnostiam, zvýšeným užívaním alkoholu, cigariet, liekov, nespavosťou, nechutenstvom k jedlu alebo naopak prejedaním sa a pod. Bašková, 2009).

Heretik a kol. (2007, podľa Bašková, 2009) uvádza možnosti prevencie v liečbe duševných ochorení prostredníctvom vzdelávania najmä zdravotníckych pracovníkov a rodiny pacienta. Nemej dôležitú úlohu zohrávajú preventívne školské programy, linky dôvery a krízové centrá.

Vo všeobecnosti môžeme konštatovať, že ak chceme týmto negatívnym javom predísť, potrebujeme vzdelávať ľudí v oblasti zdravého životného štýlu, vhodného stravovania, cvičenia, spánku, informovať ich o možnostiach zvládania stresu, o negatívnych vplyvoch fajčenia, užívania liekov a návykových látok na organizmus, aké sú pozitíva relaxácie, či význam dobrých medziľudských vzťahov. Edukácia je dôležitá aj u najbližšej rodiny človeka trpiaceho duševnými poruchami. Rodina funguje ako sociálna opora, ktorú by mal jednotliviec prijímať. Úlohou edukácie je poskytnúť informácie o ochorení a príčinách, vedomosť aké sú jednotlivé kroky terapie vrátane rehabilitácie, znovu začlenenia pacienta do spoločnosti a ako správne k nemu pristupovať a starať sa o neho (Bašková, 2009). Na podporu a prevenciu duševného zdravia slúži nezávislé záujmové občianske združenie s názvom „Liga za duševné zdravie“.

## **7 OCHRANA A PODPORA ZDRAVIA V PRACOVNOM PROSTREDÍ**

Podmienky v akých sa pracuje (napr. miera hluku, ionizujúceho, eletromagnetického, či optického žiarenia, fyzická záťaž, záťaž teplom a chladom, nebezpečné látky a psychosociálne faktory) značnou mierou vplývajú na zdravie ľudí. Negatívny vplyv týchto faktorov môže zapríčiniť choroby z povolania, profesionálne otravy, ochorenia spôsobené nadmernou fyzickou alebo psychickou záťažou, zlou organizáciou práce a odpočinku a ďalšie iné dôsledky. Na eliminovanie týchto dôsledkov sú zriadené poradne ochrany a podpory zdravia pri práci. Ich

hlavným zámerom je zlepšiť zdravie pracujúcich ľudí, a to prostredníctvom zlepšenia pracovných podmienok a prostredia, pre ľudí v produktívnom veku, tehotné ženy, ľudí so zmenenou pracovnou schopnosťou, absolventov, ľudí vo vyššom veku. Aby sa tento cieľ dosiahol, je potrebné informovať zamestnancov a zamestnávateľov o predpisoch zameraných na ochranu a podporu zdravia pri práci a o rizikových situáciách, ktoré môžu nastať v pracovnom prostredí. Nemenej dôležitá je i spolupráca so zdravotníckymi, ale i nezdravotníckymi pracoviskami na spracovávaní odborných vedomostí v oblasti ochrany a podpory zdravia pri práci, zúčastňovať sa výchovy k ochrane a podpore zdravia pri práci, vydávať rôzne informačné materiály týkajúce sa ochrany zdravia pri práci (Šulcová et al., 1997).

Na podporu zdravia sa uskutočňujú aj rôzne projekty ako napr. projekt „Zdravé pracoviská“ realizovaný programom „Zdravie 21“. Jeho cieľom je, aby všetky priemyselné a spoločenské odvetvia prijali vlastnú zodpovednosť za zdravie ľudí, a aby sa zaviedli preventívne programy a opatrenia na redukovanie negatívnych faktorov pracovného prostredia ovplyvňujúcich zdravie ľudí (Bašková, 2009).

Európska kampaň SLIC realizovaná UVZ si kladie za cieľ informovať zamestnancov, zamestnávateľov, odborníkov o psychosociálnych rizikách pri práci, minimalizovať ťažkosti a zabezpečiť tak bezstresový priebeh práce, zlepšiť účinnosť spolupráce, komunikácie a pracovného výkonu (Úrad verejného zdravotníctva SR).

## **8      PODPORA ZDRAVIA V RODINE**

Podľa Baškovej (2009, s.163) je rodina *„prirodzená sociálna skupina, ktorá rozhodujúcim spôsobom ovplyvňuje fyzický, psychický a sociálny vývin ľudského jednotlivca. Je to prvá skupina, ktorej členom sa človek stáva hneď po narodení.“*

V oblasti podpory zdravia v rodine, je dôležité posilniť zdravie, motivovať rodinu k prijatiu zdravého životného štýlu, zlepšiť komunikáciu medzi členmi, podporovať jednotlivých členov k zodpovednosti za vlastné zdravie, informovať o zdravotných rizikách a o možnostiach, ako sa vyrovnáť a riešiť už vzniknuté zdravotné problémy. Pri terciárnej prevencii sa môžu odporučiť vhodné zdroje sociálnej podpory, odborné poradenstvo a terapia pre rodiny

v špecializovaných centrách, poskytnutie edukácie o rôznych účinných spôsoboch zvládania stresu, a pod. (Bašková, 2009).

Konečným cieľom zdravotnej výchovy je zmeniť zdravotné správanie a myslenie ľudí. Je nevyhnutné uvedomenie si človeka, aké je preňho zdravie dôležité k vytvoreniu takých podmienok, ktoré vedú k plnohodnotnému životu. Neexistuje len jeden prístup, projekt alebo model. Objavenie skutočne efektívnych prístupov je dynamický, otvorený proces, v priebehu ktorého sa neustále hľadajú cesty vedúce k organizácii myslenia o danom probléme. Z hľadiska zodpovednosti každého človeka za svoje zdravie je účinná stratégia zmeny správania sebausmerňovaním (Liba, 2002).

Mahoney a Arnkoff (1979, podľa: Liba, 2002) vymedzujú nasledovné typy metód napomáhajúce ku zmene cez sebausmerňovanie:

- Sebamonitorovanie - robiť si pravidelné zápisy o svojom správaní, jeho analýza.
- Stanovenie cieľa - pre stanovenie si cieľa je dôležité najskôr sebamonitorovanie, ciele by mali byť konkrétne, uskutočniteľné, primerané.
- Podnetová kontrola – sú to jednotlivé postupy, ktoré majú zmeniť podnety regulujúce správanie. Najpoužívanejšie techniky podnetovej kontroly súvisia so zmenou fyzikálneho prostredia, kontrola sociálneho prostredia, a najťažšia je kontrola osobného prostredia čiže vnútorných podnetov.
- Sebaosilňovanie – je to veľmi účinná metóda ako zmeniť správanie. Používajú sa tu posilňovače, ktoré si človek sám zvolí, a najlepšie sú také, ktoré sú priame, jednoduché a potrebné pre danú osobu. Je to istá forma sebaodmeňovania.
- Podpora sociálneho prostredia – účelom je zaistiť situáciu v sociálnom prostredí tak, že bude prinášať posilnenie k dosiahnutiu zdravotného cieľa. Ide o spoluprácu priateľov, známych a rodinných príslušníkov.

## ZÁVER

V každom jednotlivcovi evokuje slovo zdravie odlišné predstavy, na základe jeho skúseností, hodnôt a názorov. S pojmom zdravie prichádzame do styku v priebehu celého života od narodenia až po smrť. Keďže je úroveň zdravia akokoľvek definovaného jednou z hlavných hodnôt v živote človeka, je zrejmé, že sa oň zaujímali ľudia už od počiatku ľudskej civilizácie.

Prakticky v každej spoločnosti naprieč históriou možno nájsť osobnosti, ktorých prvoradou úlohou bolo práve zdravie udržiavať, starať sa oň a podporovať ho. Všetky kultúry si k tomuto účelu vytvorili svoj vlastný rámec kompetencií a praktík, ktorými sa stavali k chorobám, epidémiám a samotným pacientom. Aj táto tradícia a celkový historický kontext je dôvodom pre zmeny v prístupe ku zdraviu a k samotnému definovaniu zdravia človeka.

Keďže v dnešnom svete môžeme hovoriť o názorovej pluralite, je pre nás ťažké nájsť jednotnú a univerzálnu definíciu zdravia a choroby. Azda najvýznamnejšia definícia zdravia bola navrhnutá WHO a oficiálne uvedená do platnosti v roku 1948. Podľa nej je zdravie „*stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody a nie len neprítomnosť choroby alebo slabosti.*“ Dôležitosť tejto definície spočíva v tom, že nevychádza len z biologického chápania choroby, ale kombinuje ju s jej mentálnymi a spoločenskými aspektmi. Koncepty zdravia a choroby totiž vyžadujú, aby sa na tieto fenomény nazeralo zo všetkých možných úrovní a uhlov ich chápania. Niektorí autori dokonca hovoria o morálnom, politickom, náboženskom, ekologickom a dokonca i metafyzickom kontexte zdravia a choroby (Mordacci, 1998, s. 21–30). Keďže definícia WHO spĺňa túto multiúrovňovú podmienku definície zdravia, je akceptovaná ako modelový koncept pre mnohé svetové a národné organizácie, ktoré sa zaoberajú problematikou verejného zdravotníctva.

Zdravie človeka je každý deň vystavené určitým vplyvom, či už z externého alebo interného prostredia a ich charakter môže byť pozitívny, či negatívny. Tieto faktory, označované ako determinanty zdravia majú veľký význam pre zdravie, pretože na neho komplexne pôsobia a ovplyvňujú celkový zdravotný stav, rozvoj rizikových faktorov, ako aj kvalitu života a jeho dĺžku. Veľkému množstvu ochorení je možné zabrániť, realizáciou správnych krokov. Zámerne sa snažiť vyhýbať rizikovým faktorom, ktoré majú negatívny dopad na naše zdravie. Takéto správanie voláme prevencia a z hľadiska zdravia má značný vplyv. Medzi faktory, ktoré zhoršujú zdravie veľkého množstva ľudí ale zároveň sú ovplyvniteľné jednotlivcom a možno sa im vyvarovať patrí najmä zlá výživa, stres, abúzus alkoholických nápojov, fajčenie a nedostatočná fyzická aktivita. K neodmysliteľným prvkom v starostlivosti o zdravie patrí podpora zdravia a prevencia ochorení, kde významnú úlohu zohráva zdravotná výchova, ktorej cieľom je posilniť telesnú, duševnú a sociálnu pohodu, rovnako aj zvýšiť odolnosť voči ochoreniam. Hlavnými zdrojmi nie sú len finančné prostriedky, materiálne a technické vybavenie zdravotných služieb, ale sú nimi hlavne samotní ľudia a ich ochota podieľať sa na starostlivosti o vlastné zdravie.

## LITERATÚRA

- BAŠKOVÁ, M. a další 2009. *Výchova k zdraviu*. Osveta. ISBN 978 80 8063 320 2.
- BRANNON, L. a J. FEIST, 2010. *Health Psychology. An introduction to behavior and health*. 7th ed. Cengage Learning. ISBN 1292003138.
- JEDLIČKA, J. 2010. *Zdravý životný štýl*. SPU. ISBN 978-80-7394-105-5.
- KALMAN, M. et al. 2009. *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Online. Ore-institut, Dostupná na: <https://docplayer.cz/18829659-Podpora-pohybove-aktivity.html> [cit. 2023-02-25].
- KAPLAN, R. et al. 1996. *Zdravie a správanie človeka*. SPN. ISBN 80-08-00332-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Portál. ISBN 80-7178-774-4-
- LABUDOVÁ, J., 1997. Metodika pohybovej aktivity a poradenská činnosť. In: *Zdravotná výchova v preventívnych aktivitách Národného programu podpory zdravia*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie. Ústav zdravotnej výchovy, 36-39 s. ISBN 80-7159-091-6.
- LIBA, J., 2002. *Výchova k zdraviu a prevencia drogových závislostí*. Metodicko-pedagogické centrum. ISBN 80- 8045-271-7.
- MACHOVÁ, J. a další 2009. *Výchova ke zdraví*. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MORDACCI, R., 1998. The desire for health and the promises of medicine, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1(1) 21-30. ISSN 1572-8633
- SIGMUND, E. a D. SIGMUNDOVÁ, 2011. Pohybová aktivita pro podporu zdraví dětí a mládeže. *Československa Psychologie*, 57(6) 187-201. ISSN 0009-062X.
- STROEBE, W., 2000. *Social psychology and health*. Open University Press. ISBN 0-33-523809-2
- ŠULCOVÁ, M. a další, 1997. Výchova k ochrane a podpore zdravia pri práci. In *Zdravotná výchova v preventívnych aktivitách Národného programu podpory zdravia*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie. Ústav zdravotnej výchovy, 1997. 19-22 s. ISBN 80-7159-091-6.

ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SR, 2021. *Informácia k Správe WHO o globálnej epidémii tabaku za rok 2021, zameraná na riešenie nových a vznikajúcich produktov* Online.

UVZ.

Dostupné

na:

[https://www.uvzsr.sk/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4818:informacia-k-sprave-who-o-globalnej-epidemii-tabaku-za-rok-2021-zamerana-na-rieenie-novych-a-vznikajucich-produktov&catid=61:problematika-fajenia](https://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=4818:informacia-k-sprave-who-o-globalnej-epidemii-tabaku-za-rok-2021-zamerana-na-rieenie-novych-a-vznikajucich-produktov&catid=61:problematika-fajenia) [cit. 2023-02-25].

WIEGEROVÁ, A., 2005. *Zdravie, podpora zdravia a zdravotná výchova*. Metodicko-pedagogické centrum, ISBN 80-8052-234-0.

**Mgr. Veronika Kitová Mazalánová, PhD.**

Univerzita Komenského v Bratislave,

Pedagogická fakulta, Katedra predprimárnej a primárnej pedagogiky

[veronika.mazalanova@uniba.sk](mailto:veronika.mazalanova@uniba.sk)

**doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. MPH**

Univerzita Komenského v Bratislave,

Lekárska fakulta, Ústav sociálneho lekárstva a lek. etiky

[anna.mazalanova@fmed.uniba.sk](mailto:anna.mazalanova@fmed.uniba.sk)

# ETICKÉ A MORÁLNE PRINCÍPY PRÍSTUPU SESTIER PŘI POSKYTOVANÍ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, V., MAZALÁNOVÁ, A.

## Abstrakt

Ošetrovateľstvo je neustále rozvíjajúci sa odbor, jeho neodmysliteľnou súčasťou je i etický prístup k chorému. V poslednej dobe však prevláda názor, že profesionálna mravnosť nie je na úrovni. Každý človek je jedinečná bytosť. Zdravotnícky pracovník by mal pri výkone svojej profesie rešpektovať chorého a uznať ho ako nezávislú bytosť s vlastnými potrebami. Je potrebné si uvedomiť, že pacient, ktorý prichádza do zdravotníckeho zariadenia hľadá pomoc a profesionálny prístup, pri ošetrovaní však žiaľ často zaznamenávame deficit práve v etickej oblasti.

**Kľúčové slová:** etický kódex, morálne pravidlá, sedem etických princípov.

## ÚVOD

Etický kódex pre sestry je príručkou a referenciou pre registrované sestry od svojho vzniku v 50. rokoch minulého storočia. Slúži ako morálny kompas na podporu vysokej úrovne starostlivosti, etický štandard pre tých, ktorí vstupujú do profesie sestry a záväzok voči spoločnosti potvrdzujúci zodpovednosť registrovanej sestry. Etický kódex bol postupom času revidovaný, aby odrážal technologický pokrok, spoločenské zmeny a rozširovanie ošetrovateľskej praxe. Sestry sa pri rozhodovaní o starostlivosti o pacienta každý deň opierajú o etické zásady ošetrovateľstva (Duncan, 2010).

## 1 TEORETICKÉ PERSPEKTÍVY ETICKEJ PRAXI

Západná morálna filozofia poskytla podnet k vzniku mnohých rôznych a niekedy aj konkurenčných teoretických perspektív alebo názorov na povahu a opodstatnenie morálneho

správania. Disponovať určitými znalosťami a porozumieť rôznym perspektívam je kľúčové nielen pre lepšie pochopenie komplexnej povahy morálnych problémov, konfliktov a neistôt, ktoré tak často vyvolávajú, ale aj pre zlepšenie našich schopností poskytovať uspokojivé riešenia morálnych problémov, s ktorými sa stretávame v každodennom živote (Vaughn, 2010). Existujú však tri teoretické rámce, ktoré si vyžadujú našu pozornosť – menovite tie, ktoré zahŕňajú apel na (Jonsen et al., 2015):

- etické princípy (etický principizmus),
- morálne práva (teória morálnych práv),
- morálne cnosti (etika cností).

Tieto tri prístupy, z ktorých každý vychádza z tradícií západnej morálnej filozofie, sa ukázali ako najprínosnejšie a najdôveryhodnejšie v kontexte súčasnej zdravotnej starostlivosti.

Medzi dôvody patria:

- z veľkej časti vznikli a boli zdokonalené praxou,
- dajú sa ľahko aplikovať v praxi,
- sú upraviteľné, takže sa dajú revidovať a vylepšiť, aby lepšie reagovali na žitú realitu každodennej praxe.

## **2 MORÁLNE PRAVIDLÁ**

Morálne princípy nie sú jedinými subjektmi, ktoré tvoria etický systém alebo etický rámec na usmerňovanie správania. Morálne pravidlá majú svoje miesto aj pri usmerňovaní a „zaručovaní“ etického správania. Rovnako ako morálne princípy, morálne pravidlá fungujú tak, že špecifikujú, že určitý typ konania alebo správania je buď zakázaný, požadovaný alebo povolený (Solomon, 1978, podľa: Downie et al., 1997). To, čo v určitých súvislostiach odlišuje morálne pravidlo od morálneho princípu, je jeho štruktúra a povaha. Morálne princípy sa napríklad zvyčajne považujú za poskytujúce obsah morálky a základy alebo „rodičovské“ formy, z ktorých sú odvodené všeobecné morálne pravdy (pokiaľ ich možno určiť). Pri aplikácii sa morálne princípy prikláňajú skôr k všeobecnému zameraniu. Zoberme si napríklad široký morálny princíp „autonómie“. Vo všeobecnosti táto zásada predpisuje, že osoby by mali byť rešpektované ako autonómne osoby, ktoré sú schopné posúdiť, čo je v ich vlastnom najlepšom záujme. Preto by ľudia, ktorí majú schopnosť robiť autonómne rozhodnutia, mali mať možnosť konať tak, ako chcú, za predpokladu, že ich konanie neporušuje morálne záujmy iných.

Morálne pravidlá sú na druhej strane len odvodené od morálnych princípov a teórií a pri aplikácii sú svojím zameraním oveľa špecifickejšie. Aj keď je ťažké jednoznačne odlíšiť morálne pravidlá a morálne princípy, všeobecne sa uznáva, že morálne pravidlá majú inú silu, sankčnú moc, podmienky existencie, rozsah aplikácie a úroveň konkrétosti od morálnych princípov (Solomon, 1978, podľa: Downie et al., 1997). Príkladom morálneho pravidla môže byť požiadavka „vždy hovoriť pravdu“ alebo „nikdy neklamať“. Ak teda pacient položí ošetrojúcemu zdravotníckemu pracovníkovi otázku týkajúcu sa diagnózy a navrhovanej liečby, možno povedať, že zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť informácie, ktoré pacient požadoval. Zjavná „povinnosť“ tu nenachádza svoju silu len v morálnom pravidle „vždy hovorte pravdu“, ale aj v morálnom princípe autonómie, ktorý predpisuje, že ľudia so schopnosťou robiť rozhodnutia vo vlastnom záujme by mali byť rešpektovaní ako autonómni voliči a dostať informácie potrebné na informovaný a inteligentný výber.

Ďalší príklad možno nájsť v súbore pravidiel, ktoré predpisujú také veci ako „nezabíjaj druhých“, „nespôsobuj iným bolesť a utrpenie“, „neovplyvňuj škodlivo fyzické a duševné zdravie iných“ atď. Zjavné záväzky tu nachádzajú svoju silu nielen v uvedených pravidlách, ale aj v morálnom princípe „neškodiť“.

Aby bolo konkrétne morálne pravidlo (alebo súbor morálnych pravidiel) opodstatnené, musí byť plne odvodené a redukovateľné na zavedené materské princípy morálky. Stručne povedané, morálne pravidlá sa odvíjajú od morálnych princípov a ako také majú len „prima-facie“ silu (t. j. môžu byť prekonané silnejšími morálnymi nárokmi). Morálne pravidlá vzhľadom na ich „prima-facie“ povahu nemôžu prevážiť nad morálnymi princípmi, z ktorých boli odvodené. Akceptovať, že by mohli, by znamenalo, trochu paradoxne, naznačiť, že odvodené pravidlá by mohli byť zmysluplne v rozpore s rodičovskými princípmi – čo je absurdné (Downie et al., 1997).

### **3 TEÓRIA CNOSTI, ETIKA STAROSTLIVOSTI A ETIKA OŠETROVATEĽSTVA**

Teória cnosti etiky má osobitný význam pre etiku sestier, pokiaľ ide o poskytnutie teoretického základu a zdôvodňujúceho rámca pre morálne rozhodovanie a konanie sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Jeden dôvod možno nájsť v základnom spojení medzi „cnosťami“

a „správnymi postojmi“ alebo „charakteristickými črtami“ (napr. starostlivosť, súcit, empatia, prítomnosť), ktoré sú všeobecne uznávané ako nevyhnutné a konštitutívne pre uzdravujúci vzťah zdravotník – klient – vrátane vzťahu sestra – pacient. Naopak, profesionálna etika sestier a najmä etika ošetrovateľskej starostlivosti má sľubnú perspektívu pre etiku cností – v tom, že poskytuje doménu, v ktorej možno preukázať, že „cnosti“ majú morálny aj praktický vplyv (Pellegrino, et al., 1988)

Pellegrino et al. (1988, 268 – 270) ďalej uvádza nasledujúce cnosti, o ktorých sa domnieva, že definujú „dobrého“ lekára, zdravotnú sestru alebo iného zdravotníckeho pracovníka a ktoré môžu byť doplnené o ďalšie cnosti:

- a. „vernosť dôvere a sľubu“ (zahŕňa uznanie dôležitosti dôvery pre uzdravenie),
- b. „benevolencia“ (ľudia sa snažia, aby im bolo pomáhané, nie ubližované),
- c. „uprednostniť záujmy druhého pred svojimi vlastnými“ (pomôcť chrániť pacientov pred zneužívaním),
- d. „súcit a starostlivosť“ (pacientom môže byť poskytnutá pomoc pri ich liečení),
- e. „duševná česťnosť“ (na zabezpečenie kompetentnej praxe),
- f. „spravodlivosť“,
- g. „obozretnosť“ (zahŕňa vlastnosti praktickej múdrosti a schopnosť efektívne sa vysporiadať so zložitou).

## **4 SEDEM ETICKÝCH PRINCÍPOV V OŠETROVATEĽSTVE**

Ustanovenia kódexu vyžadujú, aby registrovaná sestra obhajovala pacientov poskytovaním bezpečnej starostlivosti so súcitom a záväzkom voči primárnemu záujmu pacienta. Medzi etické princípy ošetrovateľstva patrí zameranie sa k individuálnemu sebavedomiu a ľudským právam a zároveň snaha o udržanie pokroku v zdravotnej starostlivosti a sociálnej spravodlivosti. Rozvíjanie etického povedomia môže zabezpečiť kvalitnú starostlivosť. Ošetrovateľské etické princípy možno v zásade rozdeliť do siedmich hlavných etických princíпов (Beauchamp, 2013).

### **1. Zodpovednosť**

Zodpovednosť patrí medzi hlavné etické princípy v ošetrovateľstve. Každá sestra musí byť zodpovedná za svoje vlastné rozhodnutia a činy v priebehu starostlivosti o pacienta. Sestry,

ktoré sa berú na zodpovednosť, často poskytujú pacientom kvalitnejšiu starostlivosť. Je pravdepodobnejšie, že si vďaka zvýšenej dôvere vybudujú s pacientmi pevnejšie vzťahy. Zodpovedné sestry dodržiavajú rozsah svojej praxe a v mnohých prípadoch to ich kolegovia a pacienti veľmi oceňujú (Beauchamp, 2013).

## **2. Autonómia**

Právo na sebaurčenie. Autonómia v ošetrovatelstve znamená poskytovanie adekvátnych informácií, ktoré pacientom umožnia robiť vlastné rozhodnutia na základe ich presvedčení a hodnôt, aj keď to nie sú tie, ktoré si sestra vyberie. Autonómia sa týka aj poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v rozsahu praxe vymedzenej štátnym a organizačným poriadkom. Príklady autonómie v ošetrovatelstve zahŕňajú podávanie liekov PRN alebo pridelovanie ošetrovateľských povinností na základe úrovne kompetencií (Guyer, 2003).

## **3. Beneficencia**

Podpora dobra. Altruizmus v ošetrovatelstve sa týka zabezpečenia toho, aby sa zohľadnil najlepší záujem pacienta bez ohľadu na osobný názor sestry. Príklady prínosov v ošetrovatelstve zahŕňajú poskytovanie pohodlia umierajúcemu pacientovi alebo pomoc pri úlohách, ktoré pacient nemôže vykonávať samostatne (Beauchamp, 2013).

## **4. Spravodlivosť**

Spravodlivosť alebo rovnaké rozdelenie výhod. Spravodlivosť v ošetrovatelstve sa týka nestrannosti, pokiaľ ide o pacientov vek, etnickú príslušnosť, ekonomický status, náboženstvo alebo sexuálnu orientáciu. Príklady spravodlivosti v ošetrovatelstve zahŕňajú nestrannosť pri pridelovaní klinickej starostlivosti alebo pri uprednostňovaní starostlivosti o pacienta (Beauchamp, 2013).

## **5. Neškodiť (neubližovať)**

Vyhýbanie sa škodám alebo ich minimalizácia. Princíp neškodiť v ošetrovatelstve si vyžaduje poskytovanie bezpečnej, efektívnej a vysokokvalitnej starostlivosti. Príklady „neškodlivosti“ v ošetrovatelstve zahŕňajú držanie lieku v dôsledku nežiaducich reakcií alebo podniknutie krokov na zaistenie bezpečného pracovného prostredia (Beauchamp, 2013).

## **6. Vernosť**

Ludia chcú vedieť, že na sestry sa môžu spoľahnúť, nech sa deje čokoľvek. Etický princíp vernosti možno najlepšie opísať tak, že dodržíte slovo voči pacientom. Sestry by mali byť ku každému pacientovi čestné a lojálne, sestry to napomáha získať dôveru a plniť si svoj profesionálny záväzok. Bez vernosti nie je možné vytvárať dôveryhodnejšie vzťahy, čo vedie k menej pozitívnym výsledkom pacientov a menšej dôvere v profesionálne vzťahy (Beauchamp, 2013).

## **7. Pravdivosť**

Z mnohých dôvodov je práca v zdravotníctve náročná a v niektorých prípadoch musia sestry oznámiť pacientovi nepríjemné informácie. Vernosť v ošetrovatelstve je etickým princípom úplnej otvorenosti a úprimnosti voči pacientom, aj keď pravda spôsobuje úzkosť. Hoci úplná pravdovravnosť môže byť skľučujúca, najmä za určitých okolností starostlivosti o pacienta, pravdivosť v ošetrovatelstve je dôležitá pre vytvorenie dôvery a posilnenie vzťahu sestra – pacient. Pravdivosť pomáha tiež pacientom stať sa autonómnejšími, rozhodovať sa o svojej starostlivosti na základe všetkých relevantných faktických informácií (Beauchamp, 2013).

# **ZÁVER**

Podpora etických princípov zdravotníckej organizácie zjednocuje jej ošetrovateľské postupy a nastavenia. Registrovaným sestram sa v rôznych úlohách zveruje celý rad povinností v klinickej praxi, vzdelávaní, vedení alebo výskume. Od sestry sa môže vyžadovať, aby prijímala rozhodnutia prospešné pre pacienta, študenta ošetrovatelstva, zamestnanca alebo organizáciu. Ak sesterská činnosť ignoruje preferencie pacienta, alebo je v rozpore s etickými princípmi, registrovaná sestra môže konať neeticky. Zdôrazňovanie etických princípov v ošetrovatelstve zvýši dôveru v rozhodovanie v akejkoľvek ošetrovateľskej praxi (Finder-Stone, 1994).

Vykonávanie ošetrovateľskej starostlivosti podľa Etického kódexu môže od registrovanej sestry vyžadovať, aby riskovala nepriaznivé osobné výsledky, akými sú napríklad odpor zamestnávateľa alebo kolegov. Registrované sestry čelia každý deň ťažkým rozhodnutiam, ktoré môžu ovplyvniť životy iných. Základ založený na etike pomáha zabezpečiť, aby tieto rozhodnutia boli najlepšou cestou vpred. Dôveru jednotlivcov a spoločnosti v profesiu sestry

nemožno brať na ľahkú váhu. Zvyšovanie etického povedomia v ošetrovatel'stve môže pomôcť zabezpečiť, aby si ošetrovatel'ská profesia udržala túto dôveru, podporovala kolegov v ošetrovatel'stve a pokračovala v rozvoji budúcnosti ošetrovatel'stva.

## Literatúra

BEAUCHAMP, T. L. a J. CHILDRESS, 2013. *Principles of bioethics*. 7th ed. Oxford University Press. ISBN13-978-0199924585.

DOWNIE, R., S., 1997. *A Health Promotion: Models and Values*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press. ISBN 0192617397.

DUNCAN, P., 2010. *Values, Ethics and Health Care*. SAGE. ISBN 978-1-84920434-7

FINDER-STONE, P. *Weaving ethical threads into the nursing curriculum fabric*. In *Teaching Ethics: An interdisciplinary Approach*. Edited by Ashmore.

STARR, R. B. a W. C. MILWAUKEE, 1994. *Marquette*. University Press. 97–111.

GUYER, P., 2003. Kant on the theory and practice of autonomy. *Soc Philos Policy*, 20(2) 70-98. DOI 10.1017/s026505250320203x.

JONSEN, A., R., M. SIEGLER, a W. WINSLADE, *Ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 8th ed. McGraw Hill. ISBN 978-0071845069.

PELLEGRINO, E. a D. THOMASMA, 1988. *For the patient's good: The restoration of beneficence in health care*. Oxford University Press. ISBN 978-0195043198.

VAUGHN, L., 2010. *Principles, issues and cases*. Oxford University Press. pp.183-8. ISBN 978-0190903268.

## **KONTAKT**

**Mgr. Veronika Kitová Mazalánová, PhD.**

Univerzita Komenského v Bratislave,

Pedagogická fakulta, Katedra predprimárnej a primárnej pedagogiky

e-mail: [veronika.mazalanova@uniba.sk](mailto:veronika.mazalanova@uniba.sk)

**doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. MPH**

Univerzita Komenského v Bratislave,

Lekárska fakulta, Ústav sociálneho lekárstva a lek. etiky

e-mail: [anna.mazalanova@fmed.uniba.sk](mailto:anna.mazalanova@fmed.uniba.sk)

# PROFESIONÁLNY PRÍSTUP SESTRY A ZVLÁDANIE HNEVU U PACIENTA

GREŽĐOVÁ, I., POLHORSKÁ, M.

## Abstrakt

Hnev ako základná ľudská negatívna emócia je zdrojom konfliktov aj v prostredí poskytovania zdravotnej starostlivosti. Pandémia Covid-19 prehĺbila rokmi narastajúce problémy v zdravotníctve, ktoré významne zasiahli a zasahujú do pracovného i osobného života zdravotníckych pracovníkov a v mnohých prípadoch majú negatívny dopad aj na kvalitu vzťahu s pacientom. Navyše súčasná situácia v zdravotníctve, v spoločnosti, na politickej scéne i vo svete zvyšuje u niektorých pacientov neúctu, dešpekt a agresivitu voči zdravotníckemu personálu, ktorý musí neraz riešiť vypäté situácie a čeliť verbálnym útokom zo strany nahnevaných pacientov alebo ich príbuzných. V tejto nepriaznivej situácii je niekedy náročné pre sestry a lekárov, aj napriek veľkej snahe, zachovať pokoj a profesionálny prístup, ktorý vychádza zo základných princípov etiky. Aj keď hnev patrí medzi časté nepríjemné emócie, dá sa určitou mentálnou prípravou a dobrou komunikáciou zmierniť a zvládnuť u pacienta ako aj u samotnej sestry. Dôležité je naučiť sa s vlastným hnevom účinne zaobchádzať, mať ho pod kontrolou, u pacienta včas rozpoznať prejavy hnevu, identifikovať jeho možné príčiny a profesionálnym prístupom zvládnuť pacientov hnev efektívne. Tým sestra môže pomôcť nielen pacientovi ale i sebe.

## Kľúčové slová

Pacient. Hnev. Spúšťače hnevu. Signály hnevu. Profesionálny prístup.

## ÚVOD

Pandémia koronavírusu prehĺbila a urýchlila rokmi narastajúce problémy v zdravotníctve, ktoré významne zasiahli a zasahujú do pracovného i osobného života zdravotníckych pracovníkov. Pretrvávajúce podfinancovanie ústavných a ambulantných zariadení, nedostatočný počet sestier a iných zdravotníckych pracovníkov, krátkodobé alebo dlhodobé výpadky odborného personálu, nedostatočné navyšovanie platov, vysoká administratívna záťaž poskytovateľov

zdravotnej starostlivosti, nedostatok času na pacienta, prebiehajúca optimalizácia siete nemocníc, následky energetickej krízy na zdravotnícky sektor a mnoho ďalších problémov sa premietajú do nespokojnosti a frustrácie sestier a lekárov a môžu mať negatívny dopad aj na kvalitu vzťahu s pacientom. Navyše súčasná situácia v zdravotníctve, v spoločnosti i na politickej scéne zvyšuje u niektorých pacientov neúctu, dešpekt a agresivitu voči zdravotníckemu personálu, ktorý musí neraz riešiť vypäté situácie a čeliť verbálnym útokom zo strany nahnevaných pacientov alebo ich príbuzných. Významnú úlohu v podnecovaní a rýchlom šírení hnevu a zlosti u ľudí zohrávajú média a sociálne siete. V ovzduší tejto nepriaznivej situácie je niekedy náročné pre sestry a lekárov, aj napriek veľkému úsiliu, zachovať pokoj a profesionálny prístup, ktorý vychádza zo základných princípov etiky.

Etický kódex zdravotníckeho pracovníka uvádza, že *„poslaním zdravotníckeho pracovníka je vykonávať zdravotnícke povolanie svedomito, statočne, s hlbokým ľudským vzťahom k človeku, pričom sa zdravotnícky pracovník správa k pacientovi korektne, s pochopením, s rešpektovaním intimity a trpezlivosťou a neznižuje sa k hrubému alebo nemravnému konaniu“* (Zákon č.578/2004). Zdravotnícky pracovník by sa mal snažiť za každých okolností vo vzťahu k pacientovi plniť si svoje profesionálne povinnosti vrátane profesionálneho správania.

## 1 DEFINÍCIA HNEVU

Hnev patrí medzi základné ľudské emócie. Táto **dôležitá, živá a nevyhnutná emócia je potrebná na to, aby sme mali vlastnú osobnosť, aby sme sa vedeli prejavovať, dokázali tvoriť a využívať vlastnú vôľu.** Hnev je pre ľudí potrebný a je to prejav poprepájaný s emóciami, ktoré spolu vytvárajú akciovú spoločnosť, kľbko emočných stavov, majú rôznu intenzitu a hĺbku, vždy sú súčasťou vnútorného života človeka (**Reichelová, 2023**). Bez hnevu sú ľudia ako bez ochrany a náchylní na nespravodlivosť a zneužívanie zo strany iných ľudí (Nurmi, 2013). Hnev môže poskytnúť spôsob, ako vyjadriť negatívne pocity, alebo motivuje človeka k hľadaniu riešení problémov (<https://www.apa.org/topics/anger>).

Maderová (2015) uvádza, že „teórie psychológov popisujú hnev ako zdravú emóciu, ktorá je veľmi dôležitá pre duševné zdravie a pre zdravý psychický vývin človeka. Pomáha pri vytváraní primeraných hraníc osobnosti, pri sebarealizácii a je dôležitý pre zdravý vývin ega a sebavedomia. Emócie hnevu sú dynamické, nabádajú k aktivite a nútia nezostať ticho stáť.“

Ak sa hnev ventiluje primeraným spôsobom a človek sa správa asertívne v situáciách, v ktorých sa necíti dobre alebo s niečím nesúhlasí, nemusí to prerásť v agresivitu. To, že sa človek cíti nahnevaný, znamená, že sa necíti „vo svojej koži“ a niečo mu vadí. Môže to byť reakcia na nenápadné psychické či fyzické potreby. Keď túto emóciu dlhšiu dobu potláča, pravdepodobne prerastie v afektívny výbuch, ktorý už človek nemá pod kontrolou“.

Hnev je definovaný aj ako silná, nepríjemná emocionálna reakcia na podnet, ktorý je nechcený a nie je v súlade s vlastnými hodnotami, presvedčením alebo právami (Thomas, 2001). Podľa Americkej psychologickej spoločnosti (2022) je hnev emócia charakterizovaná antagonizmom voči niekomu alebo niečomu, o čom má človek pocit, že mu úmyselne urobilo zle.

Hnev môže byť potláčaný, smerovaný na seba alebo navonok, prostredníctvom konfrontačného alebo agresívneho správania (Lubke et al., 2015). Môže byť kategorizovaný ako racionálny (pozitívny) alebo iracionálny (negatívny). Pri racionálnom a legitímnom hneve sa človek hnevá na situácie, ktoré sú v rozpore s jeho právami. Oprávnený hnev vzniká na základe krivdy ako reakcia na to, keď človeku niekto ublíži. Zatiaľ čo iracionálne presvedčenia môžu vyvolať iracionálny hnev, ktorý sa môže prejaviť negatívnym výsledkom, ako je zlosť alebo násilie (Shirey, 2007 in Hurskainen, Katainen, 2015). Ak sa hnev prejavuje hrubým spôsobom, nikdy nejde o konštruktívny hnev.

Pochopiť podstatu hnevu pacienta, ale aj vlastného hnevu, pomôžu sestre nasledovné dôležité skutočnosti o hneve:

- **Situácie nespôsobujú hnev:** Sú to naše myšlienky o tejto situácii a jej vyhodnotenie, ktoré vedie k pocitom hnevu a k správaniu. Môžeme svoj hnev kontrolovať tým, že získame kontrolu nad týmito myšlienkami.
- **Sú to naše činy alebo správanie** spôsobené hnevom, ktoré sú **dobré alebo zlé**, nie samotný pocit hnevu.
- **S hnevom súvisí ubližovanie ostatným.**
- **Hnev je väčšinou spôsobený nejakým problémom.** Súčasťou zvládania vlastného hnevu je nácvik riešenia problémov.
- **Dostať hnev zo seba, pomôže cítiť sa lepšie, ale samotný problém to nevyrieši.** Hovorenie o probléme a hneve, nie vo forme impulzívneho výbuchu, pomôže k tomu, aby sa nezhoršoval.
- **Nepriateľstvo, rozhorčenie, hnev sú negatívne emócie a správanie,** ktoré môžu vo vzťahoch spôsobovať problémy.

- **Konštruktívny hnev** je vyjadrením emócií takou formou, po ktorej sa človek cíti lepšie. Podporuje komunikáciu. Pomáha byť asertívnymi. Môže pomôcť k riešeniu problémov /konfliktov.
- **Deštruktívny hnev** vedie k nesprávnym rozhodnutiam. Robí ľudí nahnevanými a agresívnymi. Blokuje komunikáciu. Robí ľudí bezmocnými. Negatívne ovplyvňuje naše sebedomie a hodnotu. Môže spôsobiť stratu slobody.
- **Potlačený hnev sa prejaví, keď sú ľudia unavení alebo pod vplyvom alkoholu či drog.** Vtedy človek vybuchne a môže niekomu ublížiť. Po takejto reakcii väčšinou príde pocit viny, čo bráni vyrovnaniu sa s hnevom (Simanová, 2021).

## 2 SPÚŠŤAČE HNEVU

Každý človek má iné spúšťače hnevu. Príčiny hnevu môžu byť vonkajšie a vnútorné. Medzi časté vonkajšie príčiny hnevu pacientov patria napríklad dlhé čakacie doby v čakárni lekára, na termín konzultácie, vyšetrenia, predpis liekov, prednostné vyšetrenia platiacich pacientov, nedostatok odborných ambulancií, obmedzenie ordinačných hodín, odmietnutie pacienta lekárom, ktorý má na to v odôvodnených prípadoch právo vyplývajúce zo zákona, zavedenie poplatkov v ambulanciách, doplatky za lieky, ale aj súčasná nedostupnosť niektorých liekov, nespokojnosť pacienta so správaním sestry, lekára, iných zdravotníckych pracovníkov, pocit nevypočutia, nedostatok času na komunikáciu s pacientom, nezáujem zo strany zdravotníckych pracovníkov, nespokojnosť s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou a podobne.

Významnými vnútornými faktormi, ktoré môžu prispieť k hnevovému pacienta sú napríklad bolesť, úzkosť, strach, obavy, únava, stres, preťaženie, bezmocnosť, neznáma diagnóza, výskyt zdravotných komplikácií, strata životných možností, čakanie na výsledky vyšetrení, psychická choroba, nesebestačnosť a tým závislosť na iných osobách. **Podľa Reichelovej (2023) je na hneve najhoršie, ak sa hnev alebo zlosť skĺbi so strachom alebo s úzkosťou, pretože vzniká kombinácia, ktorá človeka oddeľuje od toho, čím je a čo vlastne v tej situácii chce.** Vtedy človek nevie rozumne situáciu analyzovať a vyhodnotiť.

Uvedomenie si vyššie spomínaných charakteristík a podstaty hnevu, vonkajších a vnútorných príčin jeho vzniku, rôznych okolností, najmä zdravotných ťažkostí pacienta, ale aj možných skrytých, navonok neviditeľných osobných, rodinných či pracovných problémov, môže

pomôcť sestre k väčšiemu pochopeniu hnevu pacienta, osobitosti jeho prežívania, správania, konania, a tak k väčšej tolerancii a zhovievavosti k nahnevanému pacientovi.

### 3 VAROVNÉ SIGNÁLY HNEVU

Sestra by mala včas rozpoznať neverbálne, fyzické a behaviorálne príznaky hnevu, aby zabránila štádiu, v ktorom pacient stratí nad sebou kontrolu. Medzi varovné viditeľné signály hnevu patria zamračený pohľad, zovreté pery, nával tepla, potenie, sčervenanie v tvári, zatínanie pästí, napäté držanie tela alebo chvenie tela a rúk, zrýchlené dýchanie, zvýšenie hlasu, rýchlejšie hovorenie, krik, urážanie inej osoby, nadávky, kritizovanie, nervózne chodenie, plač, hádzanie vecí, hádka (Reilly, Shopshire, 2002 in Simanová, 2021, Chipidza et al. 2016). U niektorých pacientov sa hnev prejavuje naopak stíšením, neodpovedaním na otázky, odmietaním jedla, vyšetrenia, liečby, odmietaním spolupráce, neposlušnosťou či vzdorovitosťou.

Chipidza et al. (2016) popisuje 6 fáz hnevu pacienta v zdravotníckych zariadeniach:

1. **Pokojný a neohrozujúci.** Pacient môže byť frustrovaný, ale nevykazuje zjavné známky nepokoja.
2. **Verbálne vzrušený.** Pacient môže povedať niečo ako: „To je smiešne. Nemôžem uveriť, že tu sedím 45 minút.“
3. **Verbálne nepriateľský.** Pacient môže prejsť od používania fráz, ktoré vyjadrujú nespokojnosť, k používaniu neláskavých fráz.
4. **Verbálne vyhrážanie.** Pacient môže požadovať ospravedlnenie alebo hroziť žalobou.
5. **Fyzické ohrozenie.** Pacient môže zaujať postoj bojovníka a zovrieť päst’.
6. **Fyzicky násilie.** Pacient sa môže pokúsiť zraniť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

### 4 PRÍSTUP K NAHNEVANÉMU PACIENTOVI

Pri kontakte s nahnevaným pacientom sa odporúčajú nasledovné komunikačné stratégie:

- **Zachovať pokoj a kontrolovať tón hlasu:** dôležité je nenechať sa vyprovokovať, rozčúliť, nereagovať hnevom na hnev, nezvyšovať tón hlasu, nekričať. Na ukludnenie pacienta je potrebné hovoriť pokojne, použiť pomalé tempo reči, ktoré pacient postupne preberá.
- **Pri odpovedi oslovovať pacienta menom:** rozhovor bude osobnejší a pacient bude mať pocit, že ho sestra skutočne počúva. To pomôže reagovať pacientovi pokojnejšie.
- **Kontrolovať vlastné neverbálne prejavy:** mimiku, pohľad, gestikuláciu, postoj, proxemiku. Napríklad nahnevaný, priamy, upretý pohľad, zamračené obočie, zovreté pery, napnuté nozdry, vysunutá sánka, zdvihnutá brada, zovreté päste, ruky v bok, varovný prst a pod. signalizujú pacientovi hnev sestry. Je potrebné udržiavať od pacienta primeranú vzdialenosť, rešpektovať jeho osobný priestor.
- **Venovať pacientovi čas a 100% pozornosť pri počúvaní:** neprerušovať pacienta, nechať ho vyrozprávať sa, venovať mu čas pri riešení jeho problému a snažiť sa pochopiť podstatu toho, prečo sa hnevá. Iba aktívne počúvanie vedie k porozumeniu hnevu a problému, ktorý pacient má.
- **Zobrať pacienta nabok:** je potrebné počkať na prestávku v reči pacienta a ponúknuť mu prediskutovať problém bez svedkov (napr. zobrať pacienta do miestnosti sestry v ambulancii). Pacient bude mať pocit, že ho sestra berie vážne a chce príčinu jeho hnevu riešiť.
- **Prejaviť empatiu, pochopenie:** pacient sa často chce cítiť vypočutý a pochopený. Vžiť sa do duševného stavu pacienta, prejavenie porozumenia, uznanie pacientových pocitov a obáv môže zmierniť pacientov hnev.
- **Prejaviť skutočný záujem o riešenie situácie.**
- **Využívať psychoterapeutické komunikačné techniky** (napr. otvorené otázky, navodzujúce slová, reverbalizáciu, klarifikáciu, fokusáciu a pod.).
- **Trpezlivo opakovať a vysvetliť informácie a naďalej sa správať k pacientovi s rešpektom a úctou.**
- **Sumarizovať informácie a navrhnúť možnosti riešenia:** sestra by mala zhrnúť, zopakovať informácie, ktoré jej pacient poskytol, aby si bola istá, že pochopila celý problém a navrhnúť možné spôsoby jeho riešenia.
- **Vysvetliť nahnevanému pacientovi, čo je v silách sestry urobiť:** čo môže sestra v danej veci urobiť a čo nemôže urobiť. Je potrebné uistiť pacienta, že danú záležitosť bude riešiť s tými, ktorí môžu v danej veci niečo podniknúť.
- **Poskytnúť časový os:** na konci rozhovoru dať pacientovi konkrétny termín, čas alebo dátum, kedy by sa mal jeho problém vyriešiť (napr. kedy bude na rade, kedy môže zavolať,

prísť alebo kedy, o koľkej ho bude kontaktovať sestra, lekár a pod.). Načasovanie pomôže vidieť pacientovi koniec jeho frustrácie.

Psychiatrička Maumta Gautam (2015), členka fakulty Americkej asociácie vedúcich lekárov, vyvinula praktický rámec na zvládnutie situácie, v ktorej pacient otvorene vyjadruje hnev. Tento rámec zahŕňa 4 hlavné komunikačné taktiky: „The Four As“. Uvádza, že nasledovné rady a stratégie, pomôžu zvládnuť situáciu nielen s nahnevaným pacientom ale aj s kolegom. Podľa Gautam je potrebné si uvedomiť svoju vlastnú reakciu na hnev a dávať pozor na prvé príznaky hnevu u ostatných. Odporúča použiť štyri nasledovné taktiky:

- 1) **Súhlasiť, priznať fakty o situácii.** Nahnevaného človeka je dobré nechať bez prerušenia „ventilovať“ a súhlasiť s niektorými skutočnosťami. Pociť pacienta, že bol vypočutý, môže často pomôcť zmierniť situáciu. Nie je potrebné súhlasiť so všetkým, čo hovorí, najmä ak jeho slová sú obviňujúce alebo odsudzujúce. Odporúča sa pozorne počúvať a snažiť sa nájsť nejaké fakty, s ktorými sa dá súhlasiť. Tento prístup umožňuje zachovať si určitý stupeň odstupu a objektivity v náročnom rozhovore. Je potrebné udržiavať očný kontakt a venovať čas tomu, aby sme vstrebali, čo pacient hovorí a pochopili, prečo je nahnevaný.
- 2) **Uvedomiť si dopad situácie na nahnevanú osobu.** Uznať právo iného človeka byť nahnevaný a oceniť, ako ho situácia negatívne ovplyvňuje. Pacientovi to umožní pocítiť, že ho sestra skutočne počúvala. Vyjadrenie empatie a súcitu je rozhodujúci v pozitívnych interpersonálnych vzťahoch. Napríklad u pacienta, ktorý je nahnevaný na dlhé čakacie doby, je potrebné uznať, že tento druh meškania musí byť frustrujúci a pravdepodobne narušil celý jeho denný plán.
- 3) **Ospravedlniť sa a vyjadriť ľútosť nad tým, že sa situácia stala.** Ospravedlniť sa neznamena vždy prijať zodpovednosť a zodpovedať sa. Aj keď sestra nemá v danej situácii úlohu, nie je to jej chyba, stále sa môže ospravedlniť a vyjadriť ľútosť nad tým, že k situácii došlo. Je to jednoduchšie, keď si sestra uvedomí, že pacient môže byť vystrašený, mať bolesti, obávať sa o svoje zdravie a že prejavenie hnevu môže byť jediná vec, nad ktorou má momentálne kontrolu. Ospravedlnenie je silným nástrojom, pomáha liečiť, zlepšovať komunikáciu a vzájomné vzťahy.
- 4) **Vykonať nápravu situácie a minimalizovať následky.** Pacienta je potrebné informovať, čo a kedy sestra plánuje urobiť ďalej, aby mu pomohla a mala by dané kroky aj urobiť. Analýza príčiny pacientovho hnevu môže byť niekedy dlhší proces,

ktorý ale môže pomôcť izolovať faktory, ktoré viedli k problému a zabrániť im, aby sa v budúcnosti vyskytli.

## **5 HODNOTENIE SCHOPNOSTI SESTRY KOMUNIKOVAŤ S NAHNEVANÝM PACIENTOM**

Zahraničná literatúra ponúka zaujímavý nástroj na hodnotenie komunikačných schopností sestier s nahnevaným pacientom: Nurse's Communication Ability with Angry Patients Scale (NCAAPS). Dotazník pozostáva z 19 položiek a skúma u sestier štyri faktory: vnímanie hnevu, skúmanie príčiny hnevu, seba prípravu (self-preparation) a komunikačné schopnosti. Podľa Chen at al. (2021) je tento dotazník spoľahlivým a užitočným nástrojom na hodnotenie sestier, na uvedomenie si miery hnevu pacienta, poukazuje na nedostatky v komunikačných zručnostiach sestry a môže slúžiť aj na skúmanie faktorov, ktoré ovplyvňujú schopnosť sestry komunikovať s nahnevanými pacientami.

## **ZÁVER**

Hnev patrí medzi základné ľudské negatívne emócie a je zdrojom mnohých konfliktov. Naučiť sa ovládnuť a zvládnuť vlastný hnev pomôže sestre zvládnuť aj hnev pacienta. Tréning komunikačných schopností, osvojenie si komunikačných stratégií na zvládanie hnevu pacienta pomôže sestre v emočne vypätých situáciách zachovať pokoj, komunikovať s pacientom ľudsky, empaticky, trpezlivo a tolerantne. Aktívne vynaložené úsilie o pochopenie pacienta, úprimný záujem sestry o jeho problémy, snaha o ich riešenie, úcta a rešpektovanie individuality pacienta, snaha o vzájomnú spoluprácu a dobro pacienta sú základom na ceste budovania dôvery a kvalitného vzťahu s pacientom a zároveň naplnením časti etických princípov ošetrovateľskej a zdravotníckej starostlivosti o pacienta.

## ZDROJE

Etický kódex zdravotníckeho pracovníka. Príloha č. 4 k zákonu č. 578/2004 Z. z., 2004. Online.

Dostupné na: <http://www.skizp.sk/eticky-kodex-zdravotnickeho-pracovnika>

GAUTAM, M., 2015. Dealing with anger: the four A's. Online. *Canadian Journal of Physician Leadership*. 1(4) 10-12. ISSN 2369-8322. Dostupné na <https://cjpl.ca/assets/cjplspring2015.pdf> [cit. 2023-03-27].

HURSKAINEN, T. a M. KATAINEN, 2015. *Anger, Aggression and Violence in Healthcare-Material for Nursing Education*. Online. Turku University of Applied Sciences. Dostupné na: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/98308/Anger\\_%20%20Aggression%20and%20Violence%20in%20Healthcare.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/98308/Anger_%20%20Aggression%20and%20Violence%20in%20Healthcare.pdf?sequence=1) [cit. 2023-03-28].

CHEN, X. et al., 2021. Development of the nurse's communication ability with angry. Online. *Journal of Advanced Nurse*, 00 1–9. ISSN 0309-2402. Dostupné na: [file:///C:/Users/user/Downloads/Development\\_of\\_the\\_nurses\\_communication\\_ability\\_w.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Development_of_the_nurses_communication_ability_w.pdf) [cit. 2023-03-03].

CHEN X. et al., 2023. Assessing emergency department nurses' ability to communicate with angry patients and the factors that influence it . Online. *Frontiers in Public Health*, 1-11. ISSN 2296-2565. Dostupné na: [file:///C:/Users/user/Downloads/fpubh-11-1098803%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/fpubh-11-1098803%20(1).pdf) [cit. 2020-03-03].

CHIPIDZA, F., R. S. WALLWORK, T. N. ADAMS a T. A. STERN, 2016. Evaluation and Treatment of the Angry Patient. Online. *The Primary Care Companion for CNS Disorders* , 18(3) ISSN 2155-7780. Dostupné na: <https://www.psychiatrist.com/pcc/psychiatry/evaluation-and-treatment-of-the-angry-patient/> [cit. 2020-03-06].

LANGELIER, C. A. a J. D. CONNELL, 2005. Emotions and learning: Where brain based research and cognitive-behavioral counseling strategies meet the road. Online. *Rivier college online academic journal*, 1(1). ISSN 1559-3988. Dostupné na: <https://www2.rivier.edu/journal/roaj-2005-fall/j17-langelier-connell.pdf> [cit. 2020-03-06].

LUBKE, G. H., K. G. OUWENS at al., 2015. Population heterogeneity of trait anger and differential associations of trait anger facets with borderline personality features, neuroticism,

depression, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), and alcohol problems. Online. *Psychiatry Research*, 230(2) 553-560. ISSN 1872-7123. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4655156/pdf/nihms729338.pdf> [cit. 2023-03-10].

MADEROVÁ, D., 2015. Ako zvládnuť zlosť a hnev? Online. Sunrise poradna. Dostupné na: <https://www.sunriseporadna.sk/ako-zvladnut-zlost-a-hnev/> [cit. 16.3.2023].

MEDICAL PROFESSIONALS, 2022. *How To Deal With Angry Patients: A Rad Tech's Guide*. Online. Dostupné na: <https://www.medical-professionals.com/en/how-to-deal-with-angry-patients/>

REICHLOVA, E., 2023. Hnev je aj pozitívna emócia. Bez neho by sme mnoho vecí v živote nedokázali. Online. *Eduworld.sk: výchova, vzdelávanie, sebarozvoj*, 2023. Dostupné na: <https://eduworld.sk/cd/slavka-ivancova/5332/hnev-psychologicka-eva-reichelova-rozhovor> [cit. 2023-02-16].

SIMANOVÁ, E., 2021. *Manuál pre terapeutickú prácu s pacientmi*. Online. Bianco Liptovský Mikuláš. [cit. 2023-02-16]. ISBN 978-80-973787-2-1. Dostupné na: <https://olup-prednahora.sk/wp-content/uploads/2021/10/manual.pdf>

THOMAS, S. P., 2001. Teaching Healthy Anger Management. Online. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37(2) 40-48. ISSN 1744-6163. Dostupné na: [https://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1118&context=utk\\_nurspubs](https://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1118&context=utk_nurspubs) [cit. 16.3.2023].

ZACHAROVÁ, E., 2009. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotník. Online. *Interní Medicína*, 11(10) 471. ISSN 1803-5256y. Dostupné na: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/10/09.pdf> [cit. 2023-02-16].

## Online zdroje:

<https://www.psychiatrist.com/pcc/psychiatry/evaluation-and-treatment-of-the-angry-patient/>  
<https://healthcare.trainingleader.com/2021/04/angry-patient-communication-skills/>  
<https://www.postoj.sk/112779/problemy-zdravotnictva-sa-nedaju-vyriesit-rychlo-a-uz-vobec-nie-pod-natlakom>  
<https://www.apa.org/topics/anger>

<https://www.medical-professionals.com/en/how-to-deal-with-angry-patients/>)

<https://healthcare.trainingleader.com/2021/04/angry-patient-communication-skills/>

<https://www.hcplive.com/view/7-tips-for-handling-an-angry-patient>

## **KONTAKT**

### **PhDr. Iveta Grežd'ová, PhD.**

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK Bratislava

Špitálska 24, 813 72 Bratislava

[iveta.grezdova@fmed.uniba.sk](mailto:iveta.grezdova@fmed.uniba.sk)

### **PhDr. Miriam Polhorská PhD.**

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK Bratislava

Špitálska 24, 813 72 Bratislava

[miriam.polhorska@fmed.uniba.sk](mailto:miriam.polhorska@fmed.uniba.sk)

# ROZHODOVANIE SLOVENSKÝCH MATIEK PŘI VÝBERE POTRAVÍN VYTVÁRAJÚCICH LEPSIE PODMIENKY NA STRAVOVANIE DOMA

KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, V., ŽAMBOCHOVÁ, M., KITA, P.

## **Anotácia**

Nové možnosti distribúcie potravín prinášajú spotrebiteľovi riziká nadmernej konzumácie zdravotných rizík. Cieľom príspevku je predstaviť postoje žien - matiek súvisiace s výberom zdravých potravín. Zaujímali nás rozdiely v štyroch oblastiach: obsah konzumovaných potravín, konzumácia zdravých potravín, frekvencia konzumácie špeciálnych druhov potravín, frekvencia stravovania mimo domu. Vzorka zahŕňala 1 373 rodín žijúcich vo všetkých krajoch Slovenska. Domácnosti, v ktorých stravovacie návyky vedie matka, žijú z hľadiska zdravej výživy lepšie. Výsledky výskumu ukazujú, že správanie, vedomosti, postoje týkajúce sa výživy a skúsenosť s varením matky môžu významne ovplyvniť správanie jej príbuzných. Matky ako spotrebiteľky a ich zmeny životného štýlu môžu tiež zabezpečiť vhodné domáce stravovacie prostredie, aby si osvojili modely zdravého správania. Článok je výsledkom vedeckovýskumných projektov VEGA 1/0066/18 Model marketingovej komunikácie na zdravie orientované nákupné správanie spotrebiteľov a VEGA 1/0012/22 Inovatívne obchodné modely formátov maloobchodných jednotiek založené na dátach geomarketingu a ich vplyv na tvorbu hodnotovej ponuky a maloobchodnej siete potravín v období digitalizácie.

## **Kľúčové slová**

Matka, rozhodovanie o nákupe stravy, rozhodovacie stromy, podmienky pre domáce stravovanie, zdravie.

## **ÚVOD**

Súčasná spoločnosť uprednostňuje egoisticky zameranú spotrebu jednotlivca (Flocker, 2004). Vo svete spotreby je veľmi ťažké byť uvedomelým spotrebiteľom, najmä pokiaľ ide o potraviny (Bunčák et. al 2019; Kita et al. 2021). Stravovacie návyky jednotlivca sú často uvádzané ako jeden z mnohých faktorov, ktoré prispievajú k jeho výžive a celkovo k zlepšeniu zdravia.

Napríklad v prípade dospievajúcich výber potravín je obzvlášť dôležitý, pretože v tejto fáze života jedlo ovplyvňuje ich súčasné a budúce zdravie (Contento et al. 2006). To znamená, že vedomosti, postoje a skúsenosť s varením matky môžu významne ovplyvniť príbuzných (Nurcan, 2016). Zmeny jej životného štýlu môžu tiež poskytnúť vhodné rodinné zázemie na podporu detí pri osvojovaní si modelov správania orientovaných na zdravie (Basková, Baska, 2003). Autori Mattioni et al. (2020), Shove (2016), Cohn (2014) uvádzajú, že nedávny výskum v oblasti kognitívnych vied a sociológie zdravia sa snažia poskytnúť pevnejší sociologický rámec na vysvetlenie základných faktorov, prečo jednotlivci pravidelne nakupujú potraviny v určitých predajniach potravín, tým, že ilustruje, ako tieto rozhodnutia odrážajú širšie potravinové postupy. Potravinovú prax alebo "stravovanie" možno považovať za zloženú prax pozostávajúcu zo štyroch odlišných integračných (alebo čiastkových) praktík: nákup/dodávka potravín, varenie, organizácia jedla a estetické posudzovanie chuti (Warde, 2014). Podľa týchto autorov by z toho vyplývalo, že individuálne stravovacie návyky veľmi závisia od stravovacích praktík, ktoré jednotlivci dodržiavajú, a len na základe úplného pochopenia stravovacieho správania, ktoré tieto zvyky tvoria, možno očakávať, že identifikujeme, kde by sa mohli vykonať zmeny v ich stravovaní.

V súčasnosti je však jasné a dokázané, že strava má významný vplyv na zdravie a zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva prostredníctvom BMI. Spotrebitelia menia svoj životný štýl vrátane zmien v štruktúre konzumovaných potravín zvyšujúcich kvalitu, ktoré udržiavajú, hoci tendencia BMI sa zvyšuje (Douillard, De Vos, 2019, NCZI 2020).

Pravidelná konzumácia zdravých potravín je jednou z úloh zmeny spotrebiteľského správania. Slovenskí spotrebitelia deklarujú potrebu žiť v súlade s prírodou alebo individuálny vzťah k pôde (Hencelová et al., 2021), napríklad vytváranie komunitných záhrad. To znamená, že dôležitým prvkom tohto postoja je zdravé stravovanie. Spotrebitelia si čoraz viac uvedomujú svoje potreby, analyzujú zloženie nakupovaných potravín a sú skeptickí voči trendom v stravovaní. Ich vedomosti o zdravej výžive môžu byť povrchné, ale hľadajú spoľahlivé zdroje informácií o jednotlivých potravinárskych tovaroch.

Spotrebiteľ predstavuje dynamického a mobilného jednotlivca, ktorý si neustále vytvára nové potreby a získava poznatky prostredníctvom vlastnej činnosti a vonkajšieho prostredia. Svoju identitu si vytvára pomocou sociálnych interakcií. Jednotlivci si tak určujú svoj vlastný životný štýl a spôsoby spotreby podľa vlastných rozhodnutí. To znamená, že jednotlivci, resp. spotrebitelia sú čoraz viac schopní formovať svoj spôsob života nezávisle od svojho sociálneho

postavenia a formovať svoju individualitu prevažne slobodne vo vlastnom spôsobe hmotnej a nehmotnej spotreby, prejavujúc svoj vkus a svoju slobodnú voľbu (Bunčák a kol. 2019). Zaujímajú sa o nové produkty, napríklad o zdravé potraviny; hľadajú inovatívne riešenia a vedia, ako a kde si nájsť informácie. V kontexte marketingovej teórie (Kika, Kollár, 2020) týkajúcej sa rozhodovania spotrebiteľa a podľa Slaby (2006) sa títo spotrebiteľia vyznačujú racionálnym prístupom k širokej ponuke na trhu vďaka možnosti prístupu k informáciám pochádzajúcim z rôznych zdrojov. Preto cieľom príspevku je zlepšiť pochopenie úlohy matky v kontexte zmien tradičného stravovacieho vzorca v rodinách.

## **Prehľad literatúry**

Charakter spoločnosti a jej hodnoty výrazne ovplyvňujú správanie jednotlivcov (Rose 1992). Jednotlivec má tendenciu opakovať správanie po prežití pozitívneho zážitku ako naopak - tendencia vyhľadávať odmeny a vyhýbať sa trestom. Pozitívne posilňujúce podnety vyvolávajú u jednotlivca určité reakcie a tie sa v dôsledku procesu učenia stávajú zvyčajnými. V tomto kontexte zohrávajú matky kľúčovú úlohu vo vývoji stravovacieho správania a zdravia dieťaťa, a to jednak priamo, prostredníctvom rodičovského modelovania (Loth et al. 2016), jednak nepriamo, prostredníctvom odovzdávania postojov, presvedčenia a hodnôt (Kita et al. 2017). To je dôležité pre maloobchodníka pri vytváraní ponuky potravín, ktorá pozitívne ovplyvňuje rodičov z hľadiska dostupnosti potravín a usmerňovania pri výbere potravín s cieľom zabezpečiť zdravé potraviny. Spomíname to preto, že stravovanie je sociálny akt (Birch, 1990, Basková, Baska, 2003, Janská et al. 2020) a viaceré nedávne štúdie podrobnejšie skúmali výber potravín adolescentov (Davison et al. 2021) v kontexte sociálnych sietí v rámci ich rodiny. Hoci rozhodovanie o výbere potravy v nukleárnej rodine je komplexné a určitý vplyv majú všetci členovia (De Bourdeaudhuij, Van Oost, 1998), nie vždy má matka rozhodujúce slovo (Feunekes, 1998). Výskum javov súvisiacich s prostredím stravovania ukazuje, že asociácie sa môžu v jednotlivých krajinách líšiť (Deforche et al., 2010). Na výber potravín môžu mať vplyv aj faktory mimo jednotlivca, ako napríklad zdravotná výchova, ktorá v rámci starostlivosti o zdravie má za úlohu podporu zdravia a prevenciu ochorení.

Menej zdravé stravovacie návyky sa spájajú so znevýhodnenými sociálno-ekonomickými podmienkami (Dowler, 2008). Blahobyť rodiny sa považuje za marker sociálno-ekonomického statusu (Davison et al., 2021). Slovenská spoločnosť je stále považovaná za kultúrne

konzervatívnu (Potančoková, 2009) a orientovanú na "tradičné" hodnoty podporujúce rodinu a manželstvo. Z tohto dôvodu môžeme súčasné prejavy slovenskej rodiny označiť za tradičné, kde zodpovednosť ženy za viaceré činnosti, ako je stravovanie otca, výchova detí a starostlivosť o domácnosť, patrí k silne zastávaným presvedčeniam (Kika, Kollár, 2020). Súčasná zmena životného štýlu prináša väčšiu autonómiu nad vlastným fyzickým, sociálnym a ekonomickým prostredím, čo môže mať významný vplyv na stravovanie a ďalšie správanie súvisiace s hmotnosťou (Loria et al., 2010). Takúto autonómiu je obzvlášť dôležité skúmať u žien, z ktorých mnohé sú "strážkyňami" domáceho stravovacieho prostredia a robia rozhodnutia súvisiace so stravovaním za seba, ako aj za ostatných členov domácnosti (Rosenkranz, Dziewaltowski, 2008).

Autori skúmajúci rodinu sa zaoberajú tým, ako vlastnosti a motivácia rodičov ovplyvňujú spôsoby, akými formujú stravovacie návyky svojich detí (Gray et al, 2010, Tiggerman, Lowes, 2002, Vereecken et al, 2010), ako aj vplyvom rozhodnutí dospelých na budúce potravinové preferencie dieťaťa (Galloway et al, 2006).

Na základe toho možno získať informácie o charakteristike domácností slovenských spotrebiteľov a dôvodoch, prečo dané potraviny kupujú alebo nekupujú, ako aj o nákupných rozhodnutiach.

## **Metodológia**

### *Návrh výskumu*

Aby sme lepšie pochopili zložitost' procesu výberu potravín medzi matkami, empirický výskum mnohostrannej povahy spotreby potravín zohľadnil rôzne aspekty potenciálu respondentiek, ako aj všeobecné charakteristiky ich domácností. Väčšina predchádzajúcich štúdií týkajúcich sa rozhodovania o nákupe potravín v kontexte rodiny pochádza z USA, Kanady, Nemecka a Číny (napr. Lee, 1987, Thiele, Weiss, 2003, Liu et.al., 2014). Úlohu matky v súvislosti s výberom potravín opisujú Flax et al. (2021) a uvádzajú, že získavanie a konzumácia potravín sa považuje za osobnú oblasť, ktorá zahŕňa individuálne faktory, ako je dostupnosť, cenová dostupnosť, pohodlie a žiadúcnosť. Vzájomné pôsobenie týchto faktorov a ich vplyv na výber potravín je vzájomne závislé, pretože je zakotvené v špecifických potravinových a sociokultúrnych a ekonomických systémoch.

Cieľom tejto štúdie je na základe zistení z predchádzajúceho výskumu (Kita et al. 2021) rozšíriť výsledky o postoje matiek k výberu zdravých potravín pre svoje deti a ostatných členov domácnosti prostredníctvom skúmania rozdielov medzi domácnosťami, v ktorých má hlavné rozhodujúce slovo matka, a ostatnými domácnosťami z hľadiska jednotlivca, ktorý má najsilnejší vplyv na nákup zdravých potravín a prípravu jedla. Rozdiely, ktoré nás zaujímali, sa týkali štyroch oblastí: obsahu konzumovaných potravín, zdravých potravín a v neposlednom rade udržateľnej spotreby a frekvencie stravovania mimo domu.

Empirický výskum predstavuje supinový náhodný výber respondentov zastupujúcimi 1 373 slovenských domácností v období od januára do mája 2019. Bol realizovaný formou dotazníka s každým respondentom. Pred anonymným empirickým výskumom sa uskutočnil predvýskum na vzorke 200 respondentov. Vo fáze predvýskumu boli zohľadnené pripomienky respondentov zaoberajúcich sa štruktúrou dotazníka. Pred začatím výskumu neboli medzi respondentmi a anketárom, ani inými pracovníkmi výskumu, žiadne vopred vytvorené vzťahy. Miesta nábora zahŕňali zdravotné strediská, nákupné centrá a supermarkety, univerzity, verejné sídliská, pracoviská atď.

Empirický výskum zohľadňoval rôzne aspekty potenciálu jednotlivých respondentov, ako aj všeobecné charakteristiky ich domácností. Kritériá výberu respondentov nezohľadňovali, či majú alebo nemajú potravinové alergie alebo intolerancie, či sú vegetariáni alebo vegáni, ani či majú radi väčšinu potravín. Okrem toho sa na prieskume nemohli zúčastniť ženy žijúce v ubytovniach, sa žiadne iné vylučujúce kritériá neuplatňovali. Na jednej strane sa v tejto štúdií nepoužíva reprezentatívna vzorka a vzhľadom na použitý náhodný výber respondentov je rozloženie v profesii mierne skreslené. Na druhej strane a vzhľadom na zameranie tém a snahu o porovnanie v rámci jednotlivých podskupín analýza údajov potvrdila, že sa dosiahla vhodnosť modelu.

V týchto domácnostiach mala rozhodujúcu úlohu matka, partnerka alebo stará matka (tab. 1). Všeobecná vzorka zahŕňala 741 žien (53,9 %) a 632 mužov (46,3 %). Priemerný vek bol 47,9 roka. Tabuľka 1 charakterizuje 3 situácie, v ktorých má matka najväčší podiel na rozhodovaní.

Tabuľka 1. Tri situácie, v ktorých má matka najväčší podiel na rozhodovaní

Špecifikácia nákupnej situácie

	Matka	Otec	Dieťa	Stará matka	Starý otec	Iný člen rodiny	Partner	Partnerka	N	Priemer	Štandardná odchýlka
Má najrozhodujúcejší vplyv na nákup jedla	956	267	116	5	0	0	5	20	1369	1.5	1,080
Najčastejšie nakupuje jedlo	936	333	68	4	0	0	8	18	1367	1.48	1,047
Najčastejšie pripravuje jedlo	1098	161	73	8	0	0	10	17	1367	1.37	1,058

Zdroj: vlastné spracovanie a podľa VEGA 1/0066/18 Model marketingovej komunikácie na zdravie orientované nákupné správanie spotrebiteľov a VEGA 1/0012/22 Inovatívne obchodné modely formátov maloobchodných jednotiek založené na dátach geomarketingu a ich vplyv na tvorbu hodnotovej ponuky a maloobchodnej siete potravín v období digitalizácie.

Tabuľka 1. znázorňuje prevládajúce tradičné stravovanie v rodine. Ukazuje sa, že netradičný model rodiny - muž a žena partneri, bude predmetom ďalšieho dlhodobého výskumu rodinného domáceho stravovacieho prostredia, pretože väčšia autonómia nad vlastným fyzickým, sociálnym a ekonomickým prostredím môže mať významný vplyv na stravovanie a ďalšie správanie súvisiace s hmotnosťou (Loria et al., 2010). Takúto autonómiu je obzvlášť dôležité skúmať u žien, z ktorých mnohé sú "strážkyňami" domáceho stravovacieho prostredia a robia rozhodnutia týkajúce sa stravovania za seba, ako aj za ostatných členov domácnosti (Rosenkranz, Dziewaltowski, 2008).

Podľa sociálno-ekonomických a demografických charakteristík uvedených v tabuľke 2 malo viac ako 95 % žien 1-2 deti. Rodiny s väčším počtom detí pomaly ustupujú z ekonomických dôvodov a z dôvodu zvyšujúceho sa veku matiek, ktoré rodia prvýkrát (+ 27 rokov). Slovenské matky žijú prevažne v malých rodinách, čo je typické pre matky s vysokoškolským vzdelaním (45,1 %), sú zamestnané v školstve a vede (24,4 %) a žijú v mestách s 50 000 až viac ako 200 001 obyvateľmi.

Tabuľka 2. Základné charakteristiky respondentiek

Základné charakteristiky	Podiel
<i>Počet detí</i>	
1 dieťa	63.5
2 deti	31.8
3 deti	4.3
4 deti	0.4
<i>Vzdelanie</i>	
Základné	2.2
Stredné bez maturity	8.0
Stredoškolské	44.7
Vysokoškolské	45.1
<i>Zamestnanie</i>	
Žena v domácnosti	6.3
Materská dovolenka	7.3
Podnikanie, slobodné povolanie	11.4
Manažér	7.7
Vedkyňa, učiteľka	24.4
Manuálna pracovníčka, predavačka	11.8
<i>Finančná situácia</i>	
Veľmi zlá	1.4
Zlá	5.8
Priemerná	36.0
Dobrá	39.5
Veľmi dobrá	17.3
<i>Miesto bydliska</i>	
Vidiak: do 5 000 obyvateľov	21.4
Mesto: 5 001 - 50 000 obyvateľov	34.3
Mesto: 50 001 - 100 000 obyvateľov	18.4
Mesto: 100 001 - 200 000 obyvateľov	0.3
Mesto: viac ako 200 001 obyvateľov	25.3

Zdroj: vlastné spracovanie a podľa VEGA 1/0066/18 Model marketingovej komunikácie na zdravie orientované nákupné správanie spotrebiteľov a VEGA 1/0012/22 Inovatívne obchodné modely formátov maloobchodných jednotiek založené na dátach geomarketingu a ich vplyv na tvorbu hodnotovej ponuky a maloobchodnej siete potravín v období digitalizácie.

### *Metóda výskumu*

Výsledky výskumu Robson et al. (2016) potvrdzujú, že spotrebiteľia dávajú prednosť hotovým jedlám alebo jedlám pripraveným mimo domu. Tieto jedlá sú kaloricky hutnejšie a majú horšiu výživovú kvalitu, keďže v porovnaní s potravinami pripravenými doma majú zvyčajne vyšší obsah nasýtených tukov, sodíka a cholesterolu a nižší obsah vápnika a vlákniny; navyše porcie sú často väčšie, ako je odporúčaná veľkosť. Identifikácia spotrebiteľských preferencií

sa považuje za jeden z kľúčových konceptov analýzy spotrebiteľského správania (Vojáček, 2011).

V literatúre sa spomína využitie zhlukovej analýzy a rozhodovacích stromov pre nástroje segmentácie (Brida, 2014, Grossmanová et al., 2016). Segmentáciu spotrebiteľov sme uskutočnili pomocou zhlukovej analýzy, konkrétne dvojkrokovej metódy, ktorá je implementovaná v štatistickom systéme SPSS. Vstupnými premennými v analýze boli názorové charakteristiky respondentov a výstupnou premennou bola identifikácia zhluku, do ktorého patria. Výsledné zhlukovanie má primeranú kvalitu. Následne sme vytvorili dve skupiny klasifikačných stromov, aby sme získali prehľad o štruktúre segmentov vytvorených v zhlukovej analýze. V oboch prípadoch bola vysvetľujúcou premennou príslušnosť k zhluku. V jednej skupine boli vysvetľujúcimi premennými názorové charakteristiky, v druhej skupine boli vysvetľujúcimi premennými sociodemografické charakteristiky. V oboch skupinách sme vytvorili stromy pomocou niekoľkých algoritmov, ktoré sú implementované v štatistickom systéme SPSS. Predpokladali sme, že respondenti majú pozitívny postoj k svojmu zdraviu.

### *Analýza údajov*

Všeobecne, zhluková analýza údajov sa zaoberá podobnosťou dátových položiek. Výber metódy zhlukovej analýzy závisí od toho, či sú k dispozícii zdrojové údaje alebo agregované údaje. Ak sú k dispozícii zdrojové údaje, metódy závisia od typu premenných: nominálne, ordinálne a kvantitatívne premenné.

Ako najvhodnejšia metóda spracovania údajov sa ukázala dvojkrovová metóda, a to najmä vďaka schopnosti objektívne určiť optimálny počet zhlukov bez toho, aby to vyžadovalo používateľa. Cieľom konštrukcie rozhodovacích stromov (Žambochová, 2008) bolo vytvoriť čo najhomogénnejšie súbory vzhľadom na vysvetľovanú premennú.

Koreň stromu predstavuje celý súbor údajov, ktorý je rekurzívne rozdelený pomocou špecifických rozhodovacích kritérií súvisiacich s vysvetľovanými premennými. Listy výsledného stromu obsahujú súbory položiek, ktoré by mohli mať rovnakú hodnotu ako vysvetľovaná premenná. Na tento účel boli do dotazníka zahrnuté otázky o tom, ktorá osoba v domácnosti má najväčší vplyv na nákup potravín, kto najčastejšie nakupuje potraviny a kto najčastejšie pripravuje jedlo.

Takto vytvorené skupiny sme porovnávali z viacerých hľadísk, a to z hľadiska zloženia konzumovaných potravín a z hľadiska miery zdravej výživy, ale aj z hľadiska udržateľného správania a frekvencie stravovania mimo domova. Preto bol pre dosiahnutie nášho cieľa najvhodnejší neparametrický dvojvýberový Mann-Whitneyho test. V niektorých prípadoch sme pridali neparametrický Kruskal-Wallisov test na porovnanie viacerých nezávislých možností. Vo všetkých testoch sme pracovali s nulovou hypotézou, v ktorej sú voľby porovnateľné z hľadiska ich úrovne. Pracovali sme na 5 % alebo 10 % úrovni dôležitosti. Neskôr sa na dosiahnutie cieľa použili regresné rozhodovacie stromy vytvorené pomocou algoritmu CRT.

### *Výsledky*

V nasledujúcich tabuľkách 3-6 sú uvedené výsledné p-hodnoty vykonaných testov vlastnej spotreby rôznych druhov potravín z hľadiska toho, kto má najsilnejší vplyv na nákup potravín (1), kto najčastejšie nakupuje potraviny (2) a kto najčastejšie pripravuje potraviny (3). Pomocou Mannovho-Whitneyho testu a Kruskalovho-Wallisovho testu sme skúmali rozdiely medzi domácnosťami, v ktorých majú hlavné slovo matky, a ostatnými. Hodnoty p poukazujúce na štatisticky významné rozdiely medzi voľbami na 5 % úrovni dôležitosti sú zvýraznené svetlosivou farbou a hodnoty poukazujúce na štatisticky významné rozdiely medzi voľbami na 10 % úrovni dôležitosti sú zvýraznené tmavosivou farbou.

### ***Ako sú slovenské domácnosti usporiadané podľa matky s najväčším vplyvom na stravovanie z hľadiska zloženia konzumovaných tovarov***

Bunky bez číselných hodnôt sa zafarbia podľa nasledujúceho pravidla. Kolónka sa zafarbí čiernou farbou, ak domácnosti, v ktorých má menovaný člen rozhodujúce slovo, majú nadpriemernú spotrebu daného druhu potravín. Kolónka je zafarbená sivou farbou, ak je uvedená spotreba podpriemerná. Kolónka sa zafarbí na bielo, ak sa spotreba neodchyľuje od priemeru.

Tabuľka 3. Výsledné p-hodnoty vykonaných testov na vlastnú spotrebu spotrebovaných tovarov

	(1)					(2)					(3)				
	p-hodnota	Matka	Otec	Dieťa	Stará matka	p-hodnota	Matka	Otec	Dieťa	Stará matka	p-hodnota	Matka	Otec	Dieťa	Stará matka
Mlieko a mliečne výrobky	.017					.024					.000				
Pečivo a pekárenské výrobky	.000					.002					.001				
Zelenina	.360					.579					.000				
Ovocie	.204					.280					.000				
Mäso a mäsové výrobky	.994					.166					.414				
Ryby a rybie výrobky	.876					.478					.229				
Morské plody	.998					.788					.220				
Cukor a sladkosti	.078					.058					.525				
Vajcia	.643					.055					.003				
Strukoviny	.909					.890					.262				
Rastlinný tuk	.497					.317					.536				
Živočíšne tuky	.040					.090					.803				
Orechy	.062					.044					.008				
Nesladené nealkoholické nápoje	.068					.530					.073				
Sladené nealkoholické nápoje	.857					.919					.112				
Káva	.737					.108					.210				
Čaj	.267					.080					.002				

Zdroj: vlastné spracovanie a podľa VEGA 1/0066/18 Model marketingovej komunikácie na zdravie orientované nákupné správanie spotrebiteľov a VEGA 1/0012/22 Inovatívne obchodné modely formátov maloobchodných jednotiek založené na dátach geomarketingu a ich vplyv na tvorbu hodnotovej ponuky a maloobchodnej siete potravín v období digitalizácie.

Podľa uvedených výsledkov a porovnania priemerného poradia, v ktorom sú vyznačené výsledky oboch testov, je zrejmé, že v prípade zdravých potravín majú najčastejšie nadpriemernú spotrebu domácnosti, v ktorých rozhodujú matky. Naopak, v prípade nezdravých potravín majú najčastejšie nadpriemernú spotrebu domácnosti riadené starými matkami. V niektorých prípadoch domácnosti riadené otcami spotrebúvajú podpriemerné množstvo zdravých potravín.

*Ako sa líšia slovenské domácnosti podľa matky s najsilnejším vplyvom na stravovanie z hľadiska zdravých potravín*

Bunky bez číselných hodnôt sú zafarbené podľa nasledujúceho pravidla. Bunka je zafarbená čiernou farbou, ak domácnosti, v ktorých má menovaný člen rozhodujúce slovo, dodržiavajú pravidlo nadpriemerne. Kolónka je zafarbená sivou farbou, ak je miera dodržiavania pravidla podpriemerná. Bunka je biela, ak sa miera dodržiavania neodchyľuje od priemeru.

Tabuľka 4. Výsledné p-hodnoty vykonaných testov na vlastnú spotrebu konzumovaných zdravých potravín

	(1)					(2)					(3)				
	p-hodnota	Matka	Otec	Dieťa	Stará matka	p-hodnota	Matka	Otec	Dieťa	Stará matka	p-hodnota	Matka	Otec	Dieťa	Stará matka
Konzumujete pravidelne (4-5 jedál každé 3-4 hodiny)	.024					.023					.017				
Snažíme sa zjesť aspoň polovicu odporúčaného množstva ovocia a zeleniny	.623					.367					.018				
Konzumujeme obilniny, hlavne celozrnné	.505					.871					.059				
Pijeme mlieko každý deň, prípadne ho nahradzame jogurtom, kyslomliečnymi výrobkami alebo syrom	.161					.956					.012				
Obmedzíme konzumáciu údenín a mäsa, hlavne červeného.	.127					.905					.003				
Do jedál zaradíme ryby, vajcia, strukoviny (napr. fazuľu a hrach)	.164					.309					.005				
Znížime spotrebu živočíšnych tukov a nahradíme ich rastlinnými tukmi	.033					.909					.016				
Vyhýbame sa konzumácii cukru a sladkostí	.676					.460					.201				
Každý deň vypijeme aspoň 1,5 litra vody	.214					.443					.198				
jedlá nesolíme príliš.	.692					.619					.008				
Kupujeme výrobky s nízkym obsahom soli	.322					.092					.017				
Pri príprave jedál používame bylinky	.198					.578					.087				
Nekonzumujeme alkohol	.219					.596					.000				
Každý deň sme fyzicky aktívni	.300					.717					.939				

Zdroj: vlastné spracovanie a podľa VEGA 1/0066/18 Model marketingovej komunikácie na zdravie orientované nákupné správanie spotrebiteľov a VEGA 1/0012/22 Inovatívne obchodné modely formátov maloobchodných jednotiek založené na dátach geomarketingu a ich vplyv na tvorbu hodnotovej ponuky a maloobchodnej siete potravín v období digitalizácie.

Z grafického usporiadania tabuľky 4 možno vyčítať, že domácnosti riadené matkou vo väčšine sledovaných aspektov nadpriemerne dodržiavajú zásady zdravého životného štýlu. Naopak, domácnosti riadené babičkami dodržiavajú tieto zásady podpriemerne, podobne ako domácnosti riadené otcami. Ako sa líšia slovenské domácnosti podľa matky s najväčším vplyvom na stravovanie z hľadiska frekvencie konzumácie niektorých špeciálnych druhov potravín.

Tabuľka 5. Výsledné p-hodnoty vykonaných testov na vlastnú spotrebu konzumovaných špeciálnych druhov potravín

	(1) M.W.	(2) M.W.	(3) M.W.
Ekologické potraviny	.383	.481	.173
Predpripravené potraviny	.095	.227	.315
Funkčné potraviny	.594	.692	.847
Domáce konzervované potraviny	.297	.972	.148

Zdroj: vlastné spracovanie a podľa VEGA 1/0066/18 Model marketingovej komunikácie na zdravie orientované nákupné správanie spotrebiteľov a VEGA 1/0012/22 Inovatívne obchodné modely formátov maloobchodných jednotiek založené na dátach geomarketingu a ich vplyv na tvorbu hodnotovej ponuky a maloobchodnej siete potravín v období digitalizácie.

Na základe uvedených výsledkov a porovnania priemerných hodnôt, ktoré sú výsledkom oboch testov, neboli zistené žiadne rozdiely z hľadiska frekvencie konzumácie ekologických a funkčných potravín. Relatívne malé rozdiely boli zaznamenané v prípade predpripravených potravín, kde sa prekvapivo tieto potraviny najviac konzumovali v domácnostiach, v ktorých mala najsilnejší vplyv stará mama. O niečo nižšia miera spotreby bola zaznamenaná v domácnostiach, kde mala na nákup potravín najsilnejší vplyv matka, na rozdiel od domácností, kde mal najsilnejší vplyv otec. V prípade potravín skladovaných doma bola najvyššia miera spotreby zaznamenaná v domácnostiach, v ktorých mala na nákup potravín najsilnejší vplyv stará mama. Pri hlbšom skúmaní dôvodov, ktoré stáli za rozhodnutím rodiny nekupovať určitý druh potravín, sme zistili, že otcovia mali pocit, že ekologické potraviny sa v ich obchode nepredávajú. Deti zaznamenali o niečo menší záujem o ekologické potraviny. Matky a otcovia majú menšiu dôveru v ekologické potraviny. Z hľadiska ekologických potravín

nehrala rolu blízkosť predajní, ktoré ich predávali. V prípade predpripravených potravín boli zaznamenané len rozdiely v miere záujmu o tieto potraviny. Prekvapivo najvyšší záujem zaznamenali domácnosti, v ktorých mala na nákup potravín najsilnejší vplyv stará mama, a väčší záujem o tieto potraviny vo všeobecnosti prejavili ženy. V prípade funkčných potravín boli zaznamenané len rozdiely z hľadiska dôvery v tieto potraviny a blízkosti predajní, ktoré ich predávali. Najmenšiu dôveru k funkčným potravinám mali otcovia a blízkosť predajní najviac ovplyvnila staré mamy.

***Ako sa líšia slovenské domácnosti podľa matky s najväčším vplyvom na stravovanie z hľadiska frekvencie stravovania mimo domu***

Kolónky bez číselných hodnôt sú zafarbené podľa nasledujúceho pravidla. Bunka je vyfarbená čiernou farbou, ak domácnosti, v ktorých má menovaný člen rozhodujúce slovo, navštevujú zariadenie nadpriemerne často. Kolónka je sivou farbou, ak je návštevnosť pod priemerom. Bunka je biela, ak sa návštevnosť neodchyľuje od priemeru.

Tabuľka 6. Výsledné p-hodnoty vykonaných testov na vlastnú spotrebu mimo domácnosti

	(1)					(2)					(3)				
	p-hodnota	Matka	Otec	Dieťa	Stará matka	p-hodnota	Matka	Otec	Dieťa	Stará matka	p-hodnota	Matka	Otec	Dieťa	Stará matka
Reštaurácie	.012					.257					.007				
Kaviarne	.370					.964					.104				
Bary	.217					.810					.016				
Puby	.839					.617					.046				
Pizzerie	.251					.863					.173				
Rýchle občerstvenie	.361					.632					.043				
Jedálne	.824					.697					.347				
Catering	.721					.971					.006				

Zdroj: vlastné spracovanie a podľa VEGA 1/0066/18 Model marketingovej komunikácie na zdravie orientované nákupné správanie spotrebiteľov a VEGA 1/0012/22 Inovatívne obchodné modely formátov maloobchodných jednotiek založené na dátach geomarketingu a ich vplyv na tvorbu hodnotovej ponuky a maloobchodnej siete potravín v období digitalizácie.

Na základe vykonaných testov a predloženej tabuľky 6 možno vyčítať, že domácnosti, kde je stravovanie pod kontrolou otca alebo dieťaťa, sa najčastejšie stravujú v zariadeniach

verejného stravovania. Naopak, domácnosti riadené matkami navštevujú tieto zariadenia najmenej.

Naopak, domácnosti, v ktorých jedlo pripravuje babička alebo matka, majú tendenciu stravovať sa v reštauráciách menej často. Je zaujímavé, že domácnosti, v ktorých má rozhodujúci vplyv na nákup potravín babička, patria medzi tie, ktoré najviac využívajú stravovacie služby a kaviarne.

Domácnosti, ktoré vedie dieťa, zaznamenali najčastejšie návštevy barov a krčiem. Vo frekvencii návštev pizzerií a jedální neboli zaznamenané žiadne rozdiely. Stravovanie najmenej často využívali domácnosti, v ktorých jedlo pripravuje väčšinou babička, naopak, stravovanie najčastejšie využívali domácnosti, v ktorých jedlo pripravuje väčšinou otec.

## **DISKUSIA**

Domácnosti, v ktorých stravovacie návyky vedie matka, žijú z hľadiska zdravej výživy lepšie ako ostatné domácnosti. Rozhodovacie stromy podrobne charakterizovali záujem matky o zdravie rodiny a orientáciu jej dôvodov na dosiahnutie tohto zámeru (Kita et al. 2021).

Okrem toho v súlade s literatúrou o rodičovstve a motivácii dospelých v súvislosti s výberom potravín existuje priame ovplyvňovanie správania v rodine. Podľa uvedených výsledkov je zrejmé, že z hľadiska spotrebiteľského správania sa relatívne najhoršie postoje zistili v domácnostiach, v ktorých mali rozhodujúci vplyv na nákup a najmä prípravu potravín staré mamy. Toto zistenie sa týka zdravej výživy, pretože ostatní členovia rodiny radšej vyhľadávajú možnosti stravovania v reštauráciách. To znamená, že koncept rodinného stravovacieho prostredia (Jabs et al. 2007) sa stáva dôležitejším pri určovaní ich správania a výberu potravín. Napriek týmto vonkajším vplyvom budú deti stále hľadať dostupnosť potravín a usmernenie pri výbere potravín vo svojich domovoch a u rodičov.

Toto posledné pozorovanie ukazuje, že matky sa vyvíjajú prostredníctvom interakcií a postupov v rodinách vrátane opakovaného vystavenia jedlu, ktoré vedie k oboznámeniu, používania jedla ako odmeny, modelovania dospelými, sociálno-afektívnych súvislostí jedla a kontrolného správania rodičov (Birch, 1999; Harper, Sanders 1975; Contento et al., 2006). Matky znižujú

možnosti preferencií pri konzumácii nezdravých potravín a zvyšujú podporu správania podporujúceho zdravie a emocionálnu pohodu (Contento et al., 2006).

## ZÁVER

V domácnostiach, kde matka dohliada na stravovanie, sa na rozdiel od ostatných domácností venuje väčšia pozornosť dostatočnej konzumácii mlieka a mliečnych výrobkov, orechov, ovocia a zeleniny a pije sa viac čaju a nesladených nealkoholických nápojov. Tieto domácnosti sa tiež snažia jesť pravidelne, znižujú spotrebu živočíšnych tukov a uprednostňujú potraviny pripravené doma pred polotovarmi a konzervami. Žiaľ, tieto domácnosti sa venujú menšej fyzickej aktivite, konzumujú zbytočne veľa slaných potravín a nemajú dostatočný pitný režim. V neposlednom rade sa tieto domácnosti menej stravujú mimo domu ako ostatné domácnosti. Výsledky tejto štúdie majú význam pre výskum aj prax. Identifikovala rôzne rozhodnutia, podľa ktorých matka vyberá potraviny pre svoju rodinu. Autori príspevku si uvedomujú obmedzenia svojho výskumu, ktorý nemôžu považovať za plne reprezentatívny pre celú populáciu respondentov. Závery a postrehy dokumentu možno použiť ako argumenty v diskusii o vytváraní lepších podmienok na stravovanie v domácnosti, podpore zdravého stravovania a zlepšovaní kvality života slovenskej spoločnosti.

Okrem toho si vyžaduje ďalšie analýzy, ktoré prispejú k hlbšiemu poznaniu správania domácností, ktoré má v spoločnosti nezastupiteľné miesto (Kika, Kollár, 2020). Za zmienku stojí aj skutočnosť, že výskum bol realizovaný uskutočnený pred vypuknutím pandémie COVID-19, a preto nezahŕňa jej vplyv na zmenu výživového správania slovenských spotrebiteľov v súvislosti s rizikom prenosu ochorenia. Budúci výskum by mal skúmať určité vzorce komunikácie v rodine, inými slovami, či komunikácia medzi deťmi a rodičmi a medzi deťmi a ich rovesníkmi môže viesť k zdravému stravovaniu.

## LITERATÚRA

BASKOVÁ, M., 2003. Lifestyle of a women--mother and health of members of the family. *Bratislavské lekárske listy*, 104(6), 205 – 207.

BIRCH, L. L., 1999. Development of food preferences. Online. *Annual Review of Nutrition*, 19 (1) 41-62. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.19.1.41>

DE BOURDEAUDHUIJ, I. a P. VAN OOST, 1998. Family members' influence on decision making about food: differences in perception and relationship with healthy eating. Online. *American Journal of Health Promotion*, 13(2) 73-81. DOI:<https://doi.org/10.4278/0890-1171-13.2.73>

BRIDA, J. G., R. RAFFAELE SCUDERI a M. N. SEIJAS, 2014. Segmenting Cruise Passengers Visiting Uruguay: a Factor-Cluster Analysis. Online. *International journal of tourism research*, 16(3) 209-222. DOI: <https://doi.org/10.1002/jtr.1916>

BUNČÁK, J., A. HRABOVSKÁ a J. SOPÓCI, 2019. Spôsob života a kultúrna spotreba sociálnych tried v slovenskej spoločnosti. Online. *Sociológia - Slovak Sociological Review*, 51(1) 25-43. 0049-1225. DOI: <https://doi.org/10.31577/sociologia.2019.51.1.2>

COHN, S., 2014. From health behaviours to health practices: an introduction. Online. *Sociol. Health Illn.*, 36(2) 157-162. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12140>.

CONTENTO, I. R., S. S. WILLIAMS, J. L. MICHELA a A. B. FRANKLIN, 2006. Understanding the food choice process of adolescents in the context of family and friends. Online. *Journal of Adolescent Health*, 38(5) 575-582. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.05.025>

DAVISON J., J. B. STEWART-KNOX, P. CONNOLLY, K. LLOYD, L. DUNNE et al., 2021. Exploring the association between mental wellbeing, health-related quality of life, family affluence and food choice in adolescents. Online. *Appetite*, 158(3), 105020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105020>

DEFORCHE , B., D. VAN DYCK, M. VERLOIGNE, I. DE BOURDEAUDHUIJ, 2010. Perceived social and physical environmental correlates of physical activity in older adolescents and the moderating effect of self-efficacy. Online. *Preventive Medicine*, 50(Supplement) 24-29. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.08.017>

- DOUILLARD, F. P. a W. M. DE VOS, 2019. Biotechnology of health-promoting bacteria. *Biotechnology Advances*, 37(6), 107369. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biotechadv.2019.03.008>.
- DOWLER, E., 2008. Food and health inequalities: The challenge for sustaining just consumption. *Local Environment*, 13(8) 759-77. DOI: [10.1080/13549830802478736](https://doi.org/10.1080/13549830802478736)
- FEUNEKES, G. I. J., C. DE GRAFF, S. MEYBOOM a W. A. VAN STAVEREN, 1998. Food choice and fat intake of adolescents and adults: associations of intakes within social networks. Online. *Preventive Medicine*, 27(5) 645-56. DOI: <https://doi.org/10.21101/cejph.a5878>.
- FLAX, V., C. CHRISSIE THAKWALAKWA, C. H. SCHNEFKE, J. C. PHUKA, L. M. JAACKS, 2021. Food purchasing decisions of Malawian mothers with young children in households experiencing the nutrition transition. Online. *Appetite*, 156(1), 104855. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104855>
- FLOCKER, M. 2004: *The Hedonism Handbook: Mastering The Lost Arts Of Leisure And Pleasure*. Da Capo Press, 208 p.
- GALLOWAY, A. T., L. M. FIORITO, L. FRANCIS, a L. L. Birch, 2006. Finish your soup: counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. Online. *Appetite*, 46(3) 318-323. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.01.019>.
- GRAY, W. N., D. M. JANICKE, K. M. WISTEDT a M. C. DUMONT-DRISCOLL, 2010. Factors associated with parental use of restrictive feeding practices to control their children's food intake. Online. *Appetite*, 55(2) 332-337. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.07.005>.
- GROSSMANOVÁ, M., P. KITA, M. ŽAMBOCHOVÁ, 2016. Segmentation of consumers in the context of their space behaviour: case study of Bratislava. *Prague Economic Papers*, 25(2) 189-202. DOI: <https://doi.org/10.18267/j.pep.554>
- HARPER, L. V. a K. M. SANDERS, 1975. The effect of adults' eating on young children's acceptance of unfamiliar foods. *Journal of Experimental Child Psychology*, 20(2) 206-214.
- HENCELOVÁ, P., F. KRIŽAN a K. BÍLKOVÁ, 2020. Klasifikácia a funkcia komunitných záhrad v meste (prípadová štúdia z Bratislavy). Online. *Sociológia - Slovak Sociological Review*, 52(1) 51-81. DOI: <https://doi.org/10.31577/sociologia.2020.52.1.3>

JABS, J., C. M. DEVINE, C. A. BISOGNI, T. J. FARREL, M. JASTRAN, et al, 2007. Trying to find the quickest way: employed mothers' constructions of time for food. Online. *Journal of Society for Nutrition Education and Behavior*, 39(1) 18-25. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2009.01.007>.

JÁNSKÁ, M., P. KOLLAR, a Č. CELLER, 2020. Factors Influencing Purchases of Organic Food. Online. *Zagreb International review of Economics & Business*, 23(1) 81-94. DOI: <http://doi.org/10.2478/zireb-2020-0006>

KIKA, M., a J. KOLLÁR, 2020 K niektorým otázkam rozhodovania slovenských domácností. Online. *Sociológia - Slovak Sociological Review*, 52(4) 354-373. DOI: <https://doi.org/10.31577/sociologia.2020.52.4.15>

KITA J., et al., 2017. Marketing. Bratislava: IuraEdition.

KITA, P., M. ŽAMBOCHOVÁ, J. STRELINGER a V. KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, 2021. Consumer behaviour of Slovak households in the sphere of organic food in the context of sustainable consumption. Online. *Central European Business review*, 10(1) 1-17. DOI: <https://doi.org/10.18267/j.cebr.256>

LEE, J., 1987. The Demand for Varied Diet with Econometric Models for Count Data. Online. *American Journal of Agricultural Economics*, 69(3) 687-691. DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/1241703>.

LIU, J., G. SHIVELY, a J. BINKLEY, 2014. Access to variety contributes to dietary diversity in China. Online. *Food Policy*, 49(1) 323-331. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodpol.2014.09.007>

LORIA, C. M., C. SIGNORE, S. S. ARTEGA, 2010. The need for targeted weight-control approaches in young women and men. Online. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(2) 233-235. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.001>

LOTH, K. A., R. F. MACLEHOSE, N. LARSON, J. M. BERGE, J. M., D. NEUMARK-SZTAINER, 2016. Food availability, modelling and restriction: How are these different aspects of the family eating environment related to adolescent dietary intake? Online. *Appetite*, 96(1), 80-86. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.08.026>.

MATTIONI, D., A. M. LOCONTO a G. BRUNORI, 2020. Healthy diets and the retail food environment. Online. *A sociological approach*, 61(1) 102244 DOI: [10.1016/j.healthplace.2019.102244](https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102244)

NATIONAL HEALTH INFORMATION CENTRE [Národné centrum zdravotníckych informácií] (NCZI), 2020. *Official demand NCZI-00221-2020\_BMI to providing information from 21<sup>st</sup> february 2020.*

NURCAN Y. N., I. KISAÇ, S. S. KARAKUŞ, 2014. The Effects of Mother's Nutritional Knowledge on Attitudes and Behaviors of Children about Nutrition. Online. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 6(116): 4477-4481. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.970>.

POTANČOKOVÁ, M., 2009. Postponement of childbearing in Slovakia: The role of age norms on entry into motherhood. Online. *Romanian Journal of Population Studies*, 1: 131-155.

ROBSON, S. M., C. ODAR STOUGH, L. J. STARK, 2016. The impact of a pilot cooking intervention for parent-child dyads on the consumption of foods prepared away from home. Online. *Appetite*, 99(4) 177-184. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.021>

ROSE, G., 1992. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford University Press.

ROSENKRANZ, R. R. a D. A. DZEWALTOWSKI, 2008. Model of the home food environment pertaining to childhood obesity. Online. *Nutrition Reviews*, 66(3) 123-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-4887.2008.00017.x>

SHOVE, E., 2010. Beyond the ABC: climate change policy and theories of social change. *Environ. Online. Plan*, 42(6), 1273-1285 DOI: <https://doi.org/10.1068/a42282>.

SŁABY, T., 2006. Konsumpcja. Eseje statystyczne. Difin.

THIELE, S. a C. WEISS, 2003. Consumer demand for food diversity: evidence for Germany. Online. *Food Policy*, 28(2) 99-115. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0306-9192\(02\)00068-4](https://doi.org/10.1016/S0306-9192(02)00068-4)

TIGGEMANN, M. a J. LOWES, 2002. Predictors of maternal control over children's eating behaviour. Online. *Appetite*, 39(1) 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1006/appe.2002.0487>

VOJÁČEK, O., 2011. Preference Dilemma in Economics. Online. *Politická ekonomie*, 59(3) 345-358. DOI: <https://doi.org/10.18267/j.polek.795>

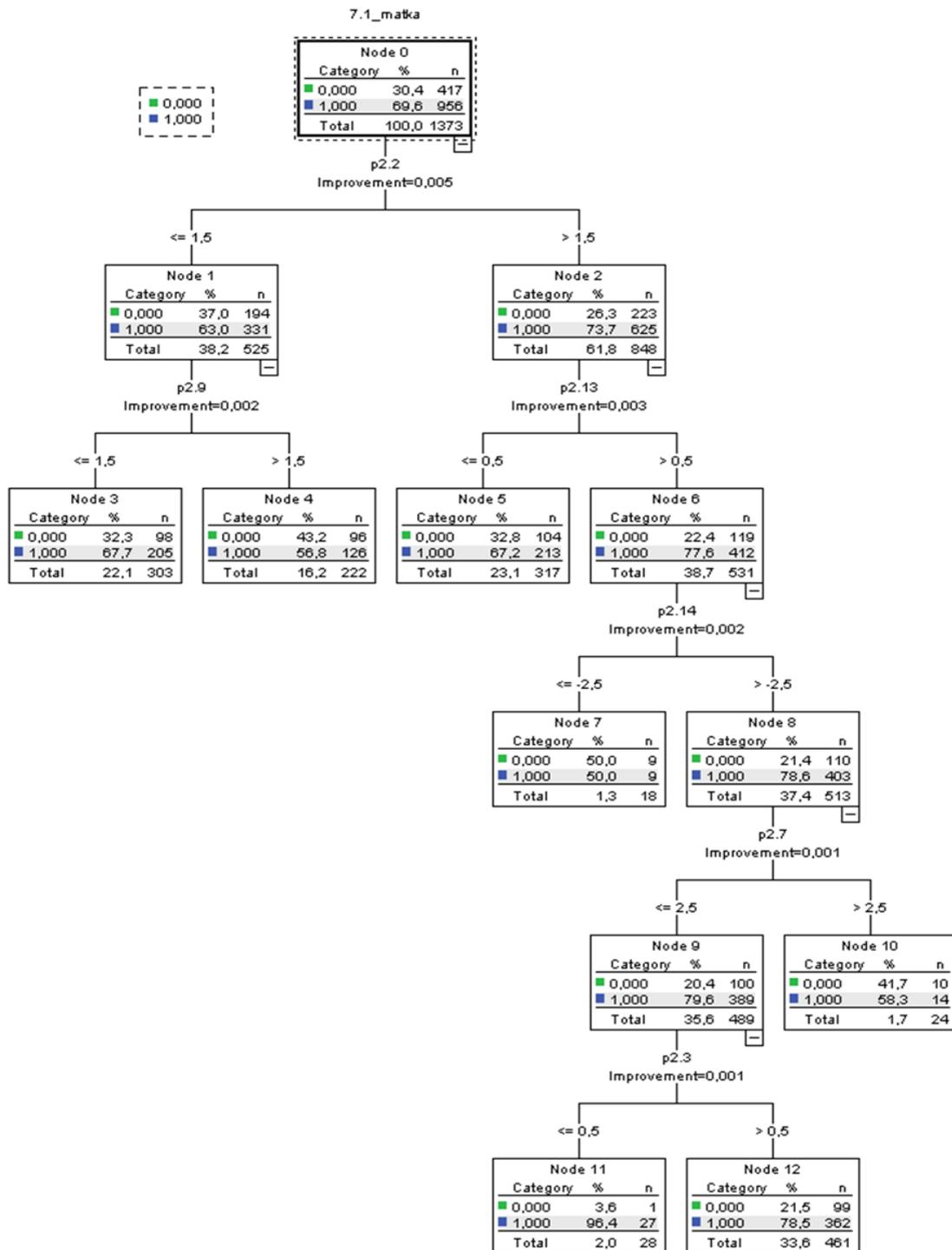
VEREECKEN, C., A. ROVNER, a L. MAES, 2010. Associations of parenting styles, parental feeding practices and child characteristics with young children's fruit and vegetable consumption. Online. *Appetite*, 55(3): 589-596. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.09.009>

WARDE, A., 2016. *The Practice of Eating*. Polity Press, UK.

ŽAMBOCHOVÁ, M., 2008. Data mining methods with trees. *E+M Economie a Management*, 11(1) 126-131.

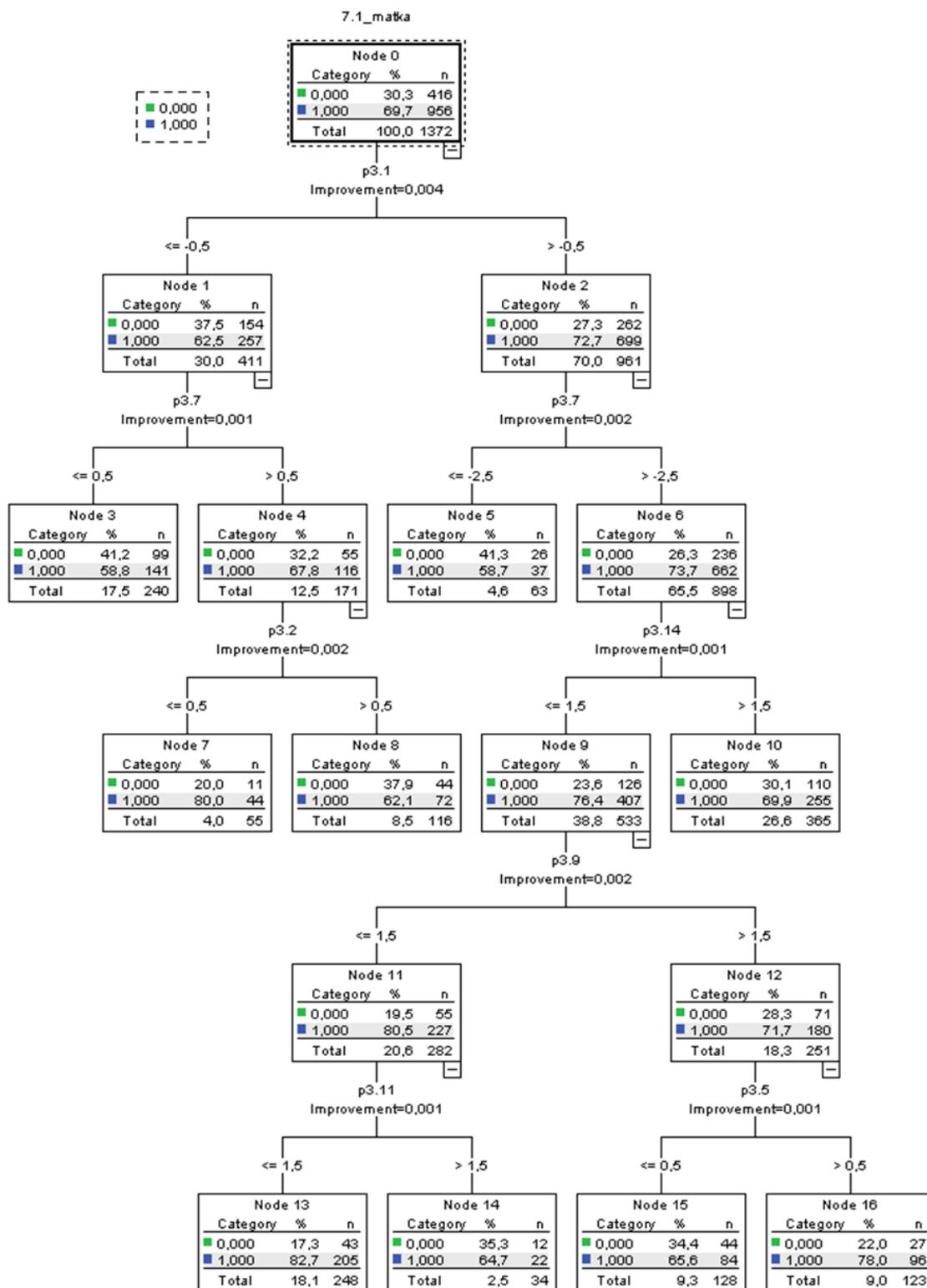
## Legenda obrázkov

Obrázok 1. Zodpovednosť matky za nákup jedla



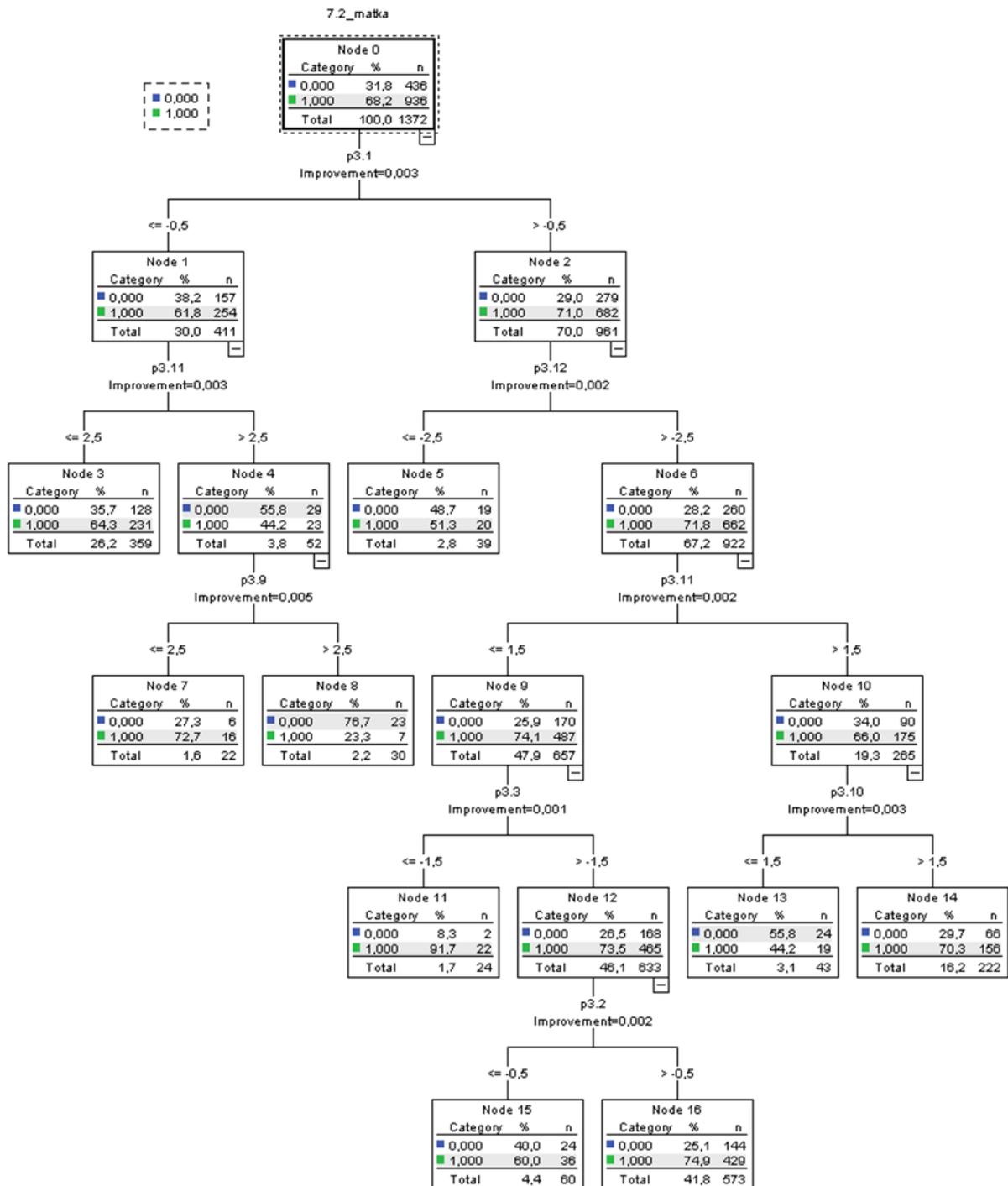
Zdroj: vlastné spracovanie a podľa VEGA 1/0066/18 Model marketingovej komunikácie na zdravie orientované nákupné správanie spotrebiteľov a VEGA 1/0012/22 Inovatívne obchodné modely formátov maloobchodných jednotiek založené na dátach geomarketingu a ich vplyv na tvorbu hodnotovej ponuky a maloobchodnej siete potravín v období digitalizácie.

Obrázok 2. Osoba, ktorá má v domácnosti najrozhodujúcejší vplyv na nákup jedla



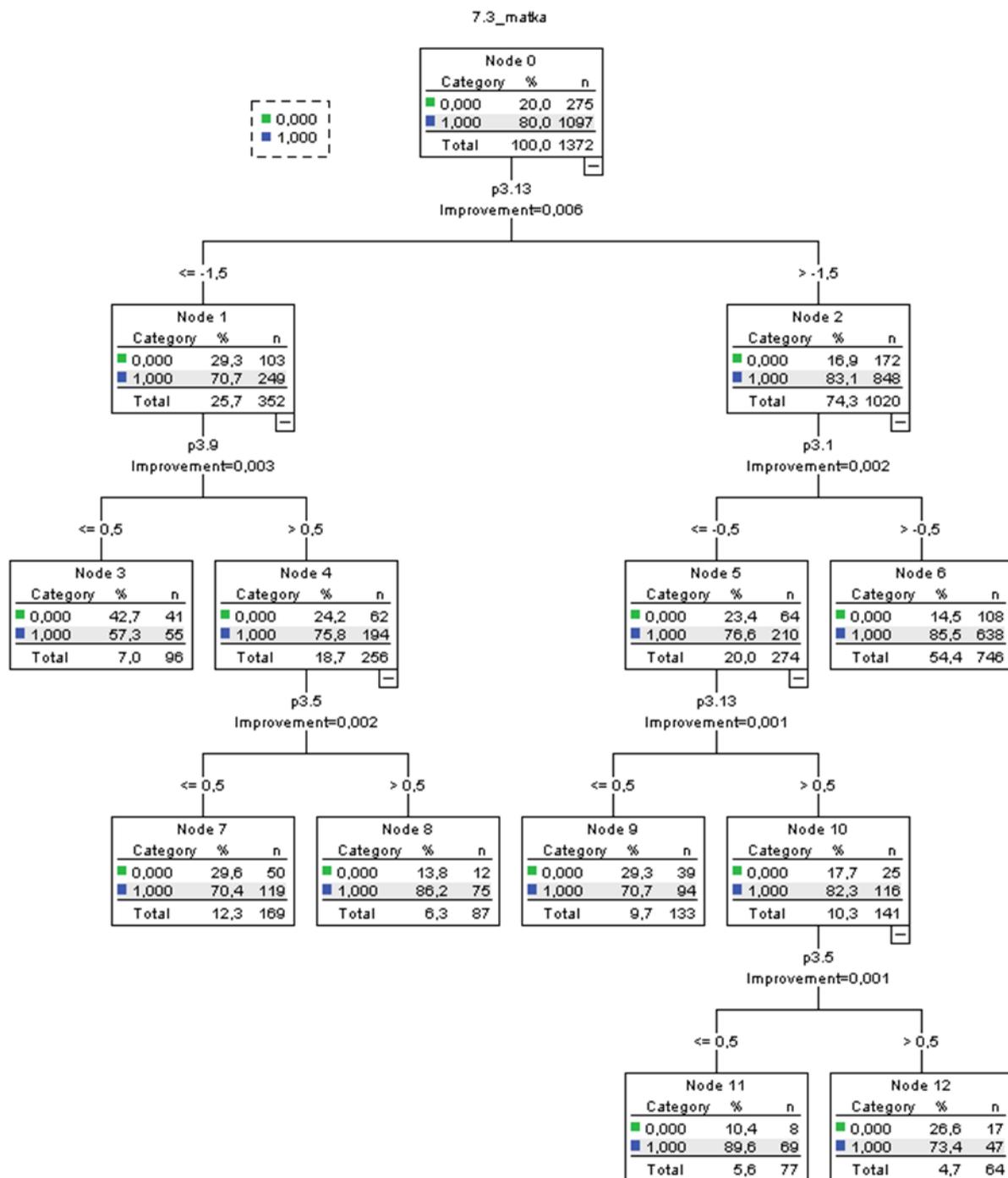
Zdroj: vlastné spracovanie a podľa VEGA 1/0066/18 Model marketingovej komunikácie na zdravie orientované nákupné správanie spotrebiteľov a VEGA 1/0012/22 Inovatívne obchodné modely formátov maloobchodných jednotiek založené na dátach geomarketingu a ich vplyv na tvorbu hodnotovej ponuky a maloobchodnej siete potravín v období digitalizácie.

Obrázok 3. Osoba, ktorá najčastejšie nakupuje jedlo



Zdroj: vlastné spracovanie a podľa VEGA 1/0066/18 Model marketingovej komunikácie na zdravie orientované nákupné správanie spotrebiteľov a VEGA 1/0012/22 Inovatívne obchodné modely formátov maloobchodných jednotiek založené na dátach geomarketingu a ich vplyv na tvorbu hodnotovej ponuky a maloobchodnej siete potravín v období digitalizácie.

Obrázok 4. Osoba, ktorá najčastejšie pripravuje jedlo



Zdroj: vlastné spracovanie a podľa VEGA 1/0066/18 Model marketingovej komunikácie na zdravie orientované nákupné správanie spotrebiteľov a VEGA 1/0012/22 Inovatívne obchodné modely formátov maloobchodných jednotiek založené na dátach geomarketingu a ich vplyv na tvorbu hodnotovej ponuky a maloobchodnej siete potravín v období digitalizácie.

## KONTAKT

**Mgr. Veronika Kitová Mazalánová, PhD.**

Univerzita Komenského v Bratislave,

Pedagogická fakulta, Katedra predprimárnej a primárnej pedagogiky

e-mail: [veronika.mazalanova@uniba.sk](mailto:veronika.mazalanova@uniba.sk)

**doc. RNDr. Marta Žambochová, PhD.**

Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem,

Fakulta sociálně ekonomická, Katedra matematiky a informatiky

[Marta.Zambochova@ujep.cz](mailto:Marta.Zambochova@ujep.cz)

**prof. Ing. Pavol Kita, PhD.**

Univerzita Komenského v Bratislave,

Filozofická fakulta, Katedra marketingovej komunikácie

[kita3@uniba.sk](mailto:kita3@uniba.sk)

**UPOZORNĚNÍ: AUTOŘI JSOU ZODPOVĚDNÍ ZA JAZYKOVOU I OBSAHOVOU  
STRÁNKU PŘÍSPĚVKŮ**

**Reprodukce povolena pod podmínkou uvedení zdroje**

**Recenzenti**

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Ing. Soňa Jexová, PhD., Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

**Editor**

Mgr. Iveta Turečková, Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

**Vydavatel:**

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00

IČ: 27235530

Praha, 2023

1. vydání

151 s.

ISBN 978-80-88249-26-9



978-80-88249-26-9