

# O B S A H

## Editorial



L. Hegyi: Niektoré aspekty starnutia populácie v Európskej únii

## Originálne práce



S. Žulťáková, V. Lazorčák: Metodika zdravotnej výchovy u rómskych tehotných žien



D. Blahová, D. Brukkerová: Vybrané charakteristiky riadenia ľudských zdrojov. Analýza znalosti všeobecne uznávaných zásad spoločenského styku a protokolárnych zvyklostí - chýnajú obrázky



H. Dolanský: Kvalita života očima pojištěnce zdravotní pojišťovny v podmínkách veřejného zdravotního pojištění

## Prehľadné referáty



V. Bíliková, A. Malina: E-learning v postgraduálním vzdělávání lékařů



Š. Moricová, M. Raučinová: Rómsky asistent a spolupráca v komunitě

# Niektoré aspekty starnutia populácie v Európskej únii

Editorial

Európa kvôli svojej starnúcej populácii a klesajúcemu počtu produktívneho obyvateľstva čelí veľkým ekonomickým problémom (penzijné systémy a zdravotná starostlivosť). Starnutie populácie zároveň prináša aj spoločenské problémy. Sociálny kontext sa postupne mení (viac žien v pracovnom procese, neúplné rodiny), a starým ľuďom často hrozí sociálne vylúčenie. Rozdiely vo finančných štruktúrach spôsobujú nerovnosti v zdravotnej starostlivosti medzi európskymi krajinami. Táto diverzita sa s ďalšími kolami rozširovania EÚ prehĺbi.

Zdravotná starostlivosť v Európskej únii je poskytovaná všetkým občanom EÚ na základe štyroch princípov:

Rovnosť zaobchádzania: občania, nachádzajúci sa na území iného členského štátu, majú rovnaké práva a povinnosti, ako občania daného štátu. Zdravotná starostlivosť je im poskytnutá za rovnakých podmienok, ako domácim poistencom.

Podliehanie legislatíve iba jedného štátu: občania, pohybujúci sa medzi štátmi EÚ (a Islandom, Lichtenštajnskom a Nórskom) budú poistení iba v jednom štáte, obvykle je to štát, v ktorom pracujú. Ak však pracujú naraz vo viacerých členských štátoch

a v jednom z nich bývajú, sú poistení v štáte bydliska, pokiaľ ich slovenský zamestnávateľ vysiela pracovať do iného členského štátu, ostávajú slovenským poistencom.

Zrácanie dôb poistenia: občanom, pracujúcim a poisteným vo viacerých členských štátoch sa doby poistenia zráťujú.

Zachovanie už nadobudnutých práv: ak má občan nárok na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v jednom členskom štáte, tento nárok sa prenáša aj do iného členského štátu.

V reakcii na žiadosť zasadnutia Rady Európy Komisia v decembri 2001 predstavila komuniké pod názvom „Budúcnosť zdravotnej starostlivosti a starostlivosti o starších: zabezpečenie dostupnosti, kvality a finančnej udržateľnosti“. Komuniké navrhuje tri spoločné ciele EÚ pre zdravotnú starostlivosť a starostlivosť o starších ľuďoch: dostupnosť, zvýšenie kvality a finančná udržateľnosť.

K týmto cieľom Komisia dospela po zhodnotení najpálčivejších problémov národných systémov zdravotnej starostlivosti v EÚ. Verejné výdavky na zdravotníctvo sa v časovom horizonte rokov 2000-2050 musia zvýšiť o 0,7-2,3 % HDP alebo viac, v dôsledku nestabilných rodinných štruktúr, ktoré môžu narušiť starostlivosť o starších v rodinách. Technologický pokrok prináša nesmierne výhody pre občanov, no zároveň vyvoláva otázku financovania a jeho zdroja. Z hľadiska šírenia nových informačných technológií by mali byť medicínske informácie dostupné v širšom rozsahu.

Starnutie európskej populácie vyvoláva množstvo dôležitých otázok, napríklad zvládanie hospodárskych dopadov starnutia; prispôbenie sa starnutiu populácie a úbytku pracovnej sily; zabezpečenie zodpovedajúcich a udržateľných dôchodkov; zaistenie prístupu k vysokokvalitnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých; zabezpečenie finančnej životaschopnosti systémov zdravotníctva.

Spoločnosť geriatrickej medicíny Európskej únie uvítala kolektívne starnutie našej populácie ako jeden z najväčších triumfov 20. storočia. Organizácia však zároveň varuje, že je potrebné zvýšiť úsilie pri propagácii rozvoja geriatrickej medicíny. Geriatrická medicína napríklad nie je zastúpená v troch členských krajinách EÚ a väčšina študentov medicíny v Únii počas štúdia neprichádza do styku s geriatrickou medicínou. Spoločnosť geriatrickej medicíny navrhuje vytvorenie oddelenia geriatrickej medicíny v každej všeobecnej nemocnici v EÚ a podporila by zriadenie katedry geriatrickej medicíny na každej lekárskej fakulte v Únii.

Európske fórum pre dobrú medicínsku prax (EFGCP) varovalo zodpovedné osobnosti v EÚ, aby sa dobre pripravili na nadchádzajúce dramatické demografické zmeny, a predišli tak „zvyšujúcej sa zraniteľnosti a opustenosti starších ľudí“. Geriatrická populácia má zvýšené medicínske nároky a špecifické potreby spôsobu predpisovania a dávkovania liekov. EFGCP odporúča vypracovanie nových etických a regulačných usmernení pre klinický výskum u

starších osôb. Pre rozvoj liekov, ktoré budú napĺňať potreby starnúcej populácie, sú potrebné adekvátne stimuly výskumu, financovaného zo súkromných i verejných zdrojov.

Európska federácia združení farmaceutického priemyslu (EFPIA) tvrdí, že hoci sú Európania presvedčení o tom, že kvalitu ich života by najviac zlepšil dobrý zdravotný stav, existuje zásadný rozpor medzi legitímnym očakávaním Európanov viesť dlhší a produktívnejší život a pripravenosťou spoločnosti plniť ich súčasné a budúce zdravotné potreby. EFPIA vyzýva zodpovedné osobnosti, aby zlepšili prístup ku kvalitnejšej zdravotnej starostlivosti vrátane inovatívnych liekov; a aby prehodnotili modely zdravotnej starostlivosti v Európe, ktoré sa (z pohľadu EFPIA) v podstate riadia skôr nákladmi než napĺňaním požiadaviek starnúcej populácie, čo sa týka najkvalitnejšej zdravotnej starostlivosti.

Medzinárodné centrum dlhovekosti so sídlom vo Veľkej Británii kritizuje skutočnosť, že podpora zdravia a kampane verejného zdravotníctva majú tendenciu zameriavať sa skôr na zmenu prístupu u mladších ľudí. Organizácia tvrdí, že „prevencia je aj pre starších“ a za hlavné faktory zdravšieho starnutia považuje zdravú životosprávu, nefajčenie, fyzickú aktivitu a umiernenú spotrebu alkoholu.

Európska platforma starších ľudí (AGE) uvádza, že „problém diskriminácie starších ľudí v zdravotníctve je potrebné riešiť. Je nutné uznať, že dobré zdravie vo vyššom veku je produktom zdravého životného štýlu a že ľudia všetkých vekových skupín by mali mať prístup k zdravotnému poradenstvu a preventívnym službám. Starší ľudia by navyše mali mať adekvátny prístup aj k operáciám a liečbe, a aj v situáciách, kedy vyžadujú intenzívnu podporu, ako napríklad domácu alebo ošetrovateľskú starostlivosť, by sa k nim malo pristupovať ako k jedincom s vlastnou dôstojnosťou a citlivosťou.“

Európske problémy samozrejme nachádzajú svoj odraz aj na Slovensku. Slovenská spoločnosť sa musí pripraviť na zvyšovanie podielu starších a starých ľudí, integráciu väčšieho množstva cudzincov (často z kultúrne veľmi rozdielnych pomerov), zvýšené napätie v medzigeneračných vzťahoch. Na zvládnutie situácie budú potrebné nové prístupy v populačnej, rodinnej, sociálnej, hospodárskej a migračnej politike. Treba včas prijať také opatrenia, ktoré pomôžu zmierniť očakávané nepriaznivé dopady na spoločnosť a obyvateľstvo. Účinnosť populačných opatrení je záležitosť dlhodobá. S ich uskutočňovaním treba preto začať s časovým predstihom. Navyše všetky opatrenia treba pripraviť a realizovať s jasným zámerom a vo vzájomnom prepojení."

Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.  
Fakulta verejného zdravotníctva SZU

# Metodika zdravotnej výchovy u rómskych tehotných žien

PhDr. S. Žultáková, V. Lazorčák

(Katedra pôrodnej asistencie, Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove

Vedúci katedry: Mgr. Silvia Žultáková)

## Súhrn

Zdravotná výchova je výchova k zdravému životnému štýlu. Potreba byť zdravým patrí medzi základné podmienky života človeka. Zdravie nie je trvalý stav, preto je veľmi dôležité sa o svoje zdravie starať. Dôležité je to najmä v období tehotenstva. U rómskej tehotnej ženy je potrebné zistiť jej postoj k zdraviu a v tomto postoji ju buď upevňovať, alebo ho zmeniť. Predpokladom fyziologického priebehu tehotenstva je, aby rómska žena bola na tehotenstvo psychicky a fyzicky dobre pripravená, čo môže dosiahnuť len dostatočnou výchovou k zdraviu (zdravotnou výchovou) a pravidelnými návštevami poradne. Je potrebné, aby sa rómske ženy naučili starať sa o seba počas tehotenstva aj mimo neho, aby tak predišli poškodeniu vlastného zdravia, ale hlavne ohrozeniu svojho ešte nenarodeného dieťaťa. Navrhovaný plán zdravotnej výchovy u rómskych žien by mal jednoduchým spôsobom a účelne eliminovať rizikové faktory, ktoré práve počas tehotenstva ovplyvňujú jeho priebeh.

## Kľúčové slová:

zdravotná výchova, metodika zdravotnej výchovy, rómska tehotná žena, plán zdravotnej výchovy

Výchova k zdraviu je založená na podpore pozitívnych a odstraňovaní negatívnych faktorov zo života tehotných rómskych žien. Slúži k vyššiemu zdravotnému uvedomeniu rómskych žien a tým k ich samotnej starostlivosti o svoje zdravie. Je východiskovým prvkom k zdraviu a všetkých aktivít zameraných na udržanie a upevnenie zdravia. Hegyi et al. (2004) uvádza, že „výchova k zdraviu je komplexný pojem, charakterizovaný v prvom rade danosťami interdisciplinárneho medicínskeho odboru, ale zároveň akceptujúcim rovinu medicínsko-andragogicko-pedagogickú, ako aj rovinu výchovno-vzdelávacej osvetovej činnosti, zameranej na aktívny postoj k zdraviu, zvyšovanie zdravotného uvedomenia a zdravotných poznatkov, rozširovanie starostlivosti o zdravý spôsob života a tvorbu zdravého životného prostredia s cieľom zvyšovať kvalitu života“ (Hegyi, L., Takáčová, Z., Brukkerová, D., 2004).

Výchova rómskych tehotných žien je nevyhnutná vzhľadom na zaostalosť rómskej populácie. Je potrebné im poskytnúť dôležité informácie o spôsobe prevencie. Prevenciou sa dajú rizikové faktory, ktoré pôsobia na tehotné rómske ženy identifikovať a následne eliminovať.

Na to, aby sme tieto rizikové faktory eliminovali, je potrebné zmeniť ich spôsob života, odstrániť ich škodlivé návyky a dosiahnuť, aby v období tehotenstva navštevovali gynekológa. Je známe, že prostredie, v ktorom človek žije, ho ovplyvňuje, preto je nevyhnutné, aby naša výchova prenikla do každej oblasti ich života.

Výchovu rómskych žien musíme rozvíjať, aby ovplyvňovala všetky negatívne vplyvy pôsobiace na tehotenstvo. Dôvody, prečo je potrebné rozvíjať výchovu, sú jednoznačné. Čečetková (2003) uvádza problémy, ktoré charakterizujú súčasný zdravotný stav rómskej populácie:

- chorobnosť Rómov je 4-krát vyššia ako chorobnosť majoritnej populácie.

- Rómovia nemajú prístup k lekárskej zdravotnej starostlivosti

- nízke zdravotné a hygienické povedomie u Rómov

- negatívne prejavy Rómov k očkovaniam a zdravotnej prevencii

- chýbanie podrobných štatistických údajov o zdravotnom stave Rómov (Čečetková M., 2003).

Tieto problémy sa vzťahujú aj na problematiku, ktorá je predmetom nášho záujmu a skúmania. Je potrebné, aby rómske ženy zmenili spôsob svojho správania a pohľad na svet. U rómskych žien je výchova sústavný, dlhodobý a náročný proces. Osvojenie vedomostí, ktoré je u nich veľmi dôležité sa vypestuje iba pravidelným, opakovaním výchovy a vzdelávania. Rómske ženy sú skupinou, pre ktorú je výchova nevyhnutnou súčasťou ich života.

Zameranie výchovy k zdraviu u rómskych tehotných žien:

- zákonitosti vzniku a vývoja života

- získanie zodpovednosti v oblasti sexuálnych vzťahov v tehotenstve

- zodpovedný prístup k ochrane svojho zdravia v tehotenstve

- pestovanie zručnosti pri uplatňovaní hygienických návykov v tehotenstve

- osvojenie si správnych stravovacích návykov v tehotenstve.

Princíp výberu účastníčok cieleného zdravotnovýchovného pôsobenia je zameraný na rómske ženy tehotné:

- v prvej polovici tehotenstva

- ktoré pochádzajú z väčšej komunity rómskeho osídlenia na vidieku

- prvoroďičky alebo tie, ktoré rodili čo najmenej

- ochotné sa vzdelávať a spolupracovať.

Pre výchovu je veľmi dôležité, aby sa určil správny výchovno-vzdelávací cieľ. Môže sa stanoviť najprv dlhodobější cieľ a v rámci jeho dosahovania formulovať čiastkové ciele, ktoré by po splnení boli pozorovateľné v podobe určitej zmeny v živote rómskych žien. Výchovný cieľ možno realizovať na základe správneho metodického postupu. Pri výchove sa musí spájať teória s praxou. Výchovné plány pre výchovu zostavuje vychovávateľ. Obsah výučby je daný cieľom. Plánovanie tém vzdelávania z jednotlivých zložiek výchovy by nemali byť od seba izolované, vzájomne by sa mali prelínať a dopĺňať. Všetky výchovné zložky sa snažíme realizovať v súlade s možnosťami a osobitosťami rómskych žien tak, aby danú problematiku pochopili a vedomosti úspešne uplatnili v živote. Pre správnu výchovu je potrebné zabezpečiť priestor, čas a prostriedky. Vzhľadom na to, že rómske ženy zdravotnícku pomoc nevyhľadávajú, by mala výchova prebiehať v ich prirodzenom sociálnom prostredí, čiže v rómskych osadách.

Má to aj svoje výhody, pretože vychovávateľ má možnosť v ich prostredí určiť rizikové faktory spôsobu života rómskych žien, ktoré nepriaznivo pôsobia na ich zdravie a tehotenstva. Na uskutočnenie výchovy je potrebné využívať učebné pomôcky, ktoré môžu urýchliť a podporiť proces učenia. Učebné pomôcky umožňujú, že rómske ženy sa môžu k materiálom opakovane vracaať. Prostredníctvom nich si môžu úroveň svojich vedomostí nadobudnutých počas výchovy overiť, prípadne doplniť. Touto učebnou pomôckou môže byť napríklad brožúra. Rómskym ženám je potrebné poskytnúť dostatok času na upevnenie vedomostí. Výchovný proces musí byť prispôsobený možnostiam rómskych žien, primeraný veku, vzdelanosti, kultúrnej a sociálnej úrovni. V dôsledne realizovanej výchove musí byť zásada plánovitosti a sústavnosti. Dôležité je zamerať sa na želanú zmenu. Výchova sa uskutočňuje metódou hovoreného slova. Výchovné pôsobenie slovom je veľmi účinné a výhodné. Sprostredkuje možnosť prispôbiť sa potrebám jednotlivca ( Závadná, V., 2002 ).

Výchova rómskych žien je realizovaná vzhľadom na ich odlišnosť. Podávanie informácií musí byť pomalé a zrozumiteľné, prispôsobené ich úrovni vzdelania. Vhodné je jednotlivé témy výchovy s rómskymi ženami diskutovať, aby vznikla spätná väzba. Vo výchovných plánoch má významnú úlohu rodina. Je dôležité, aby boli s potrebou výchovy ženy v tehotenstve oboznámení a aby ich v tom podporovali. Rómske ženy sú nedôverčivé a utiahnuté, preto je nutné počítať s tým, že na začiatku s nami spolupracovať nebudú. V prvom rade musíme navodiť dobrú atmosféru a zvýšený individuálny prístup, ktorým dosiahneme záujem pre spoluprácu. Dôležitá je aj formulácia slov. Vhodné slová vyvolajú v rómskej žene dôveru k vychovávateľovi a dodajú jej povzbudenie k lepšiemu zvládnutiu situácie. Pri prvom kontakte preto pozitívne a dôveryhodne zapôsobí predstavenie sa rómskym ženám v ich jazyku. Je potrebné dosiahnuť, aby rómske ženy mali záujem sa o seba postarať sami.

Vzťah rómskych žien s vychovávateľom založený na dôvere pôsobí ako najlepší prostriedok motivácie a ochoty rómskych žien spolupracovať a uplatňovať požiadavky vychovávateľa v každodennom živote. Osobné vzťahy však musia byť podľa možnosti rovnomerné k všetkým rómskym ženám. Vychovávateľ nesmie uprednostňovať niektoré rómske ženy na úkor iných podľa sympatie. To by mohlo narušiť úspech výchovného úsilia. Vážnym narušením výchovnej práce je aj nedostatočná plynulosť, často súvisiaca so striedaním výchovných osôb. Nie je to vhodné vstupovať do už vytvorených vzťahov osobe, ktorá sa bude podieľať na výchove k zdraviu v jej priebehu. Výchova môže byť individuálna alebo skupinová, podľa toho, akú formu si vychovávateľ zvolí.

Rómske ženy je najlepšie vychovávať v skupinách, pretože sa navzájom povzbudzujú, zároveň je väčší predpoklad spolupráce. Pri výchove musí vychovávateľ vychádzať zo schopnosti rómskej ženy učiť sa. Musí vedieť rozlišovať výchovné metódy, pretože rôzna výchovná metóda môže vyvolať rozdielnú reakciu. V rámci skupinovej výchovy by mal zabezpečiť vo svojej skupine maximálnu individuálnu starostlivosť o každú rómsku ženu. Individuálna výchova rómskych žien v rámci skupinovej výchovy je veľmi náročná úloha. Vyžaduje si sústavnú pozornosť vychovávateľa na všetky rómske ženy a častejšie sa venovať tým ženám, ktoré sú zaostalé, maloleté alebo z iných príčin vyžadujú individuálnu starostlivosť. Správne zvládanie individuálnej a kolektívnej výchovy je nevyhnutnou podmienkou úspešnej výchovy. Pri skupinovej výchove rómskych žien je nutné učiť sa lepšie porozumieť každej rómskej žene. Poznávať a chápať spôsob ich života. Nepodceňovať a ani nepreceňovať ich vedomostné možnosti. U rómskych žien sa nemôžeme uspokojiť s tým, že u nich prebehol celý pripravovaný výchovný proces. Dôležitá je ich neustála výchova a opakovanie potrebných informácií.

Nemožno hovoriť o efektívnej výchove, ak nevidíme jej výsledky v správnej starostlivosti rómskych žien o svoje zdravie a pokojnom priebehu ich tehotenstva.

Výchovu rómskych žien by mala vykonávať jedna osoba, a to žena, lebo k žene si Rómky vytvoria väčšiu dôveru. Žena ženu skôr pochopí, nech je jej situácia akákoľvek, má ľudskejší prístup. Získanie dôvery a spolupráce rómskych žien je veľmi pomalé, no ak si k niekomu vytvoria dôverný vzťah a nechajú ho vstúpiť medzi seba s iným človekom spolupracovať nebudú. Osoba, ktorá chce túto prácu vykonávať si preto musí uvedomiť, že výchova rómskych žien je dlhodobá záležitosť. Práca s rómskymi ženami si vyžaduje veľkú dávku trpezlivosti, obetavosti, pracovné úsilie a odbornú vyspelosť. Aby bol vychovávateľ úspešný musí byť s rómskou problematikou dostatočne oboznámený a musí mať snahu rómskym ženám porozumieť. Nutnou vlastnosťou vychovávateľa musí byť schopnosť vžiť sa do problematiky rómskej ženy, pochopiť ju a dať jej najavo, že mu záleží na jej dobre. Vytvorí sa tak lepšia spolupráca a výchova bude efektívnejšia. Je to jeden

z predpokladov úspechu pri výchove k zdraviu. Vychovávateľ slúži ako zdroj informácií, preto musí byť dostatočne vzdelaný. Musí mať poznatky zo zdravotníctva, sociálnej ekonómie, komunitného ošetrovateľstva a pedagogiky. Predpokladom úspešnej činnosti sú však nie len dobré odborné vedomosti vychovávateľa, ale najmä jeho umenie pedagogicky pôsobiť. Výchova sa realizuje formou rozhovoru, preto je potrebné, aby sa vychovávateľ s rómskymi ženami vedel dorozumieť. Mal by ovládať čiastočne základy rómskeho jazyka. Vychovávateľom rómskych žien by mal byť starší zdravotnícky pracovník alebo pôrodná asistentka, ktorá by na túto terénnu a veľmi náročnú prácu mala predpoklady. Vyhľadávala a evidovala by tehotné rómske ženy, ktoré by následne vychovávala k zdravému životnému štýlu prostredníctvom plánu zdravotnej výchovy.

Plán zdravotnej výchovy u rómskych tehotných žien sme vytvorili na základe podmienok, aké rómske ženy majú, včítane východiska pri všeobecnom posúdení ich mentálnej úrovne a predpokladajúc nízku vedomostnú úroveň o priebehu tehotenstva, pôrodu a šestonedelia. Pri zostavovaní tohto plánu sme postupovali v zmysle krokov ošetrovateľského a edukačného procesu podľa Kozierovej et al. ( Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R., 1995 ). Ako hlavnú metódu pre získanie vstupných informácií sme zvolili vstupný rozhovor, ktorého cieľom bolo zistiť rozsah poznatkov o tehotenstve, životospráve v tehotenstve, pôrode a šestonedelí. Otázky v rozhovore boli jednoduché, aby im rómske ženy mohli porozumieť. V rámci posúdenia sme sa zamerali na dve základné skutočnosti – zistenie dôležitých údajov o tehotných ženách a určenie potreby získavania vedomostí.

Na základe predpokladaných odpovedí sme vytvorili nasledujúce potreby edukácie:

- nedostatok vedomostí o procese oplodnenia, tehotenstve a jeho priebehu
- nedostatok vedomostí o životospráve a hygiene počas tehotenstva
- nedostatok vedomostí o výžive v tehotenstve
- nedostatok vedomostí o preventívnej zdravotnej starostlivosti o tehotné ženy
- nedostatok vedomostí o priebehu pôrodu a šestonedelia

Nami zostavený plán ( Tab 1 ) má presnú štruktúru, ktorá pomôže vychovávateľovi vo veľmi jednoduchej forme podať informácie a prostredníctvom tohto plánu dokáže identifikovať prípadné ďalšie oblasti, ktoré bude potrebné riešiť.

Tabuľka 1 Návrh plánu jednej výchovnej jednotky

Výchovná jednotka	nedostatok vedomostí: o procese oplodnenia, tehotenstve a jeho priebehu	
Dátum a čas:		
Miesto konania:	prirodzené prostredie rómskej tehotnej ženy alebo priestory poskytnuté obecným úradom	
Hlavný cieľ:	edukovať tehotné rómske ženy o procese oplodnenia, priebehu tehotenstva v jednotlivých trimestroch a zmenách v organizme tehotnej ženy	
Ciele edukátora:		
§ nadviazať dôveryhodný vzťah s tehotnou rómskou ženou		
§ poskytnúť rómskej tehotnej žene informácie o oplodnení a vývoji oplodneného vajíčka		
§ demonštrovať proces oplodnenia na obrazovej prílohe		
§ poskytnúť informácie o priebehu tehotenstva s obrazovou prílohou		
§ inštruovať o zmenách v organizme ženy v tehotenstve		
§ podporovať aktívne pozorovanie zmien rómskou ženou v priebehu jej tehotenstva		
§ povzbudzovať a podporovať každú snahu rómskej tehotnej ženy pri získavaní každej novej informácie o tehotenstve a jeho priebehu		
Ciele rómskej tehotnej ženy:		
Afektívne	Kognitívne	Psychomotorické
- rómska tehotná žena sa aktívne zaujíma o proces oplodnenia, priebeh tehotenstva	- rómska tehotná žena racionálne zdôvodňuje potrebu vedomostí o oplodnení a priebehu tehotenstva	- spolupracuje pri identifikácii zmien na jej organizme počas tehotenstva formou ukazovania
- rómska tehotná žena vyjadruje potrebu informácií o procese oplodnenia	- opisuje jednoduchým spôsobom proces oplodnenia	- demonštruje miesta počívania oziev plodu

a priebehu tehotenstva	- menuje zmeny v jednotlivých trimestroch tehotenstva - opisuje priebeh tehotenstva podľa lunárnych mesiacov	
<b>Metódy</b>	<b>Didaktické pomôcky</b>	<b>Organizačná forma</b>
- rozhovor - názorná demonštrácia	- maketa maternice - obrazy so znázorneným procesom oplodnenia a vývojom embrya a plodu	- skupinová ( 5 – 10 rómskych tehotných žien )

Zdravotno-výchovný program je zameraný na poskytnutie základných informácií tehotných rómskych žien o správnom životnom štýle v období tehotenstva vzhľadom na ich nedostatočnú uvedomelosť a starostlivosť o svoje zdravie počas tehotenstva. Sme presvedčení, že výchovou k zdraviu sa dá predchádzať rôznym poruchám zdravotného stavu a správnu metódou docieľiť pozitívny postoj v starostlivosti o zdravie jedinca a teda aj rómskej tehotnej ženy a komunity.

#### Literatúra

1. HEGYI, L., TAKÁČOVÁ, Z., BRUKKEROVÁ, D.: Výchova k zdraviu a podpora zdravia. Bratislava: SZU, zdravotnícke vydavateľstvo HERBA. 2004. 149 s. ISBN 80-89171-20-6
2. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R.: Ošetrovateľstvo I. 1. vyd. Martin: Osveta. 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
3. ZÁVODNÁ, V.: Pedagogika v ošetrovateľstve. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002. 95 s. ISBN 80-8063-108-5
4. ČEČETKOVÁ, M.. Správa – zdravie Rómov. 2003. [citované 2003-09-10 ]. Dostupné na internete: <http://www.vlada.gov.sk/romovia/twinning/zdravie.htm/>

#### Adresa autora:

Mgr. S. Žultáková  
Partizánska 1, 08001 Prešov  
e-mail: zultak@unipo.sk

# Vybrané charakteristiky riadenia ľudských zdrojov analýza znalosti všeobecne uznávaných zásad spoločenského styku a protokolárnych zvyklostí.

Ing. Daniela Blahová, PhDr. Darina Brukkerová, PhD., MPH

## Súhrn

Rozvoj riadenia ľudských zdrojov sa od roku 1989 na Slovensku niesol v znamení etablovania zahraničných spoločností, zavádzania medzinárodných štandardov a osvojovania si nových skúseností. Tomuto trendu sa prispôbovali aj stredné a vysoké školy. Napriek tomu, že v celom svete sa kladie dôraz na kvalitné riadenie a rozvoj ľudských zdrojov, na Slovensku chýba dostatok informácií ohľadne prepojenia medzi základnými zásadami správania sa a vytváraním kvalitného pracovného prostredia. Pre kvalitnú prípravu pracovníkov reprezentovať svoju organizáciu na adekvátnej úrovni je nevyhnutná znalosť všeobecne uznávaných zásad spoločenského styku a protokolárnych zvyklostí. Práca na mnohých pozíciách čoraz viac nadobúda aj spoločenský charakter. Znalosť spoločenských pravidiel, zvládnutie protokolu, imidž, sociálna komunikácia sa stáva dôležitou konkurenčnou výhodou. Za účelom zistenia úrovne ovládania etikety a spoločenského protokolu bol vykonaný prieskum medzi poslucháčmi Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave. Pri výbere respondentov bol zohľadnený predpoklad určitého stupňa riadiacej funkcie, teda potreba respondenta dodržiavať pravidlá spoločenského správania sa na pracovisku i mimo neho a tvorba profesionálneho imidžu respondenta. Celkovo sa prieskumu zúčastnilo 117 respondentov. Prieskum sa uskutočnil formou dotazníka so 40 otázkami bez tematického usporiadania so sumárnym hárkom. Za účelom podrobnejšieho vyhodnotenia prieskumu boli otázky rozdelené do 5 podsúborov, v ktorých bolo 8 tematicky blízkych otázok. Pri takomto rozdelení bolo možné získať ucelenejší obraz o oblastiach spoločenského správania, ktoré sú respondentom bližšie alebo im spôsobujú problémy. Nástrahy spoločenskej etikety a protokolu sú nevyčísľiteľné. Život prináša v tejto oblasti nepomerné množstvo kombinácií, vyžadujúcich si často rýchlu orientáciu a riešenie. Problematika všeobecne uznávaných zásad spoločenského styku a protokolárnych zvyklostí by mala byť súčasťou profesionálnej prípravy manažérov a pracovníkov, ktorých súčasťou pracovnej náplne je manažérska komunikácia. Súčasťou efektívnej profesionálnej prípravy musí byť analýza znalosti všeobecne uznávaných zásad spoločenského styku a protokolárnych zvyklostí.

## Kľúčové slová

Ľudské zdroje, riadenie, riadiaci pracovník, sociálna komunikácia, vedenie, spoločenské vzťahy, správanie sa, spoločenský styk, spoločenský protokol.

Rozvoj riadenia ľudských zdrojov sa na Slovensku niesol v znamení osvojovania si skúsenosti a zavádzania medzinárodných štandardov, čo bezprostredne súvisí s etablovaním sa zahraničných spoločností na našom území po roku 1989. V tomto období sa do vedenia zahraničných spoločností obsadzovali prevažne zahraniční manažéri, ktorí sa podieľali na zavádzaní procesu zmien v spoločnosti, reštrukturalizácii a vytváraní efektívneho pracovného prostredia s odborným pracovným tímom. Postupne sa počet zahraničných riadiacich zamestnancov znižuje a zodpovedných kontrolných a riadiacich funkcií sa ujímajú kvalitní slovenskí manažéri.

Novému trendu sa museli prispôbiť aj stredné a vysoké školy, ktoré sú nútené vychovávať absolventov podľa existujúceho dopytu na trhu.



Aj napriek tomu, že v celom svete sa kladie dôraz na kvalitné riadenie a rozvoj ľudských zdrojov a vytvárajú sa medzinárodné združenia, na Slovensku je málo informácií na uvedenú tému. Chýba hlavne dostatočná informovanosť a prepojenosť medzi základnými zásadami správania sa a vytváraním kvalitného pracovného prostredia.

To je jeden z dôvodov, prečo je potrebné spracovať túto tému tak, aby slúžila ako návod, resp. pomôcka pri získavaní potrebných informácií týkajúcich sa správania sa zamestnancov, nadriadených aj podriadených, vytvárania kvalitného pracovného prostredia a prípravy pracovníkov na reprezentáciu svojej organizácie na adekvátnej úrovni.

Pre pôsobenie riadiacich pracovníkov nielen doma, ale aj v zahraničí je potrebná znalosť všeobecne uznávaných zásad spoločenského styku a protokolárnych zvyklostí.

V súčasnosti práca na mnohých pozíciách a v rôznych funkciách čoraz väčšmi nadobúda aj spoločenský charakter. Ľudia sa často dostávajú do situácií, keď pracujú aj mimo kancelárie na rôznych pracovno - spoločenských stretnutiach, pracovných obedoch, recepciách, konferenciách a podobne. V takýchto chvíľach sa vysoká odbornosť a manažérska kompetentnosť kombinujú so sociálnymi zručnosťami, ktoré by mal človek v určitom postavení zvládať automaticky, aby ho niektoré pravidlá spoločenskej etikety či bontónu nerušili, ale naopak podporili v úspešnom riešení odborných úloh a otázok.

Znalosť spoločenských pravidiel, zvládnutie protokolu, imidž, sociálna komunikácia, vzhľad sa pre ľudí budujúcich svoju profesijnú či politickú kariéru stáva čoraz dôležitejšou konkurenčnou výhodou.

Väčšími či menšími prehreškami v oblasti spoločenskej etikety môžu aj najlepší odborníci zmariť doterajšie úspechy.

Spoločenské správanie je staré ako ľudstvo samo. Spoločenská etiketa a jej pravidlá prešla vývojom a mení sa v čase i priestore. V jednotlivých krajinách ju ovplyvňuje najmä história, kultúra, národné tradície a zvyky. Základ týchto pravidiel – „univerzálny svetový protokol“ - je však viac-menej rovnaký a akceptuje sa všade rovnako<sup>[1]</sup>.

Cieľom prijatých pravidiel správania sa je teda uľahčenie vzájomných vzťahov a stykov človeka s človekom. Chránia nás pred spoločenským úrazom.

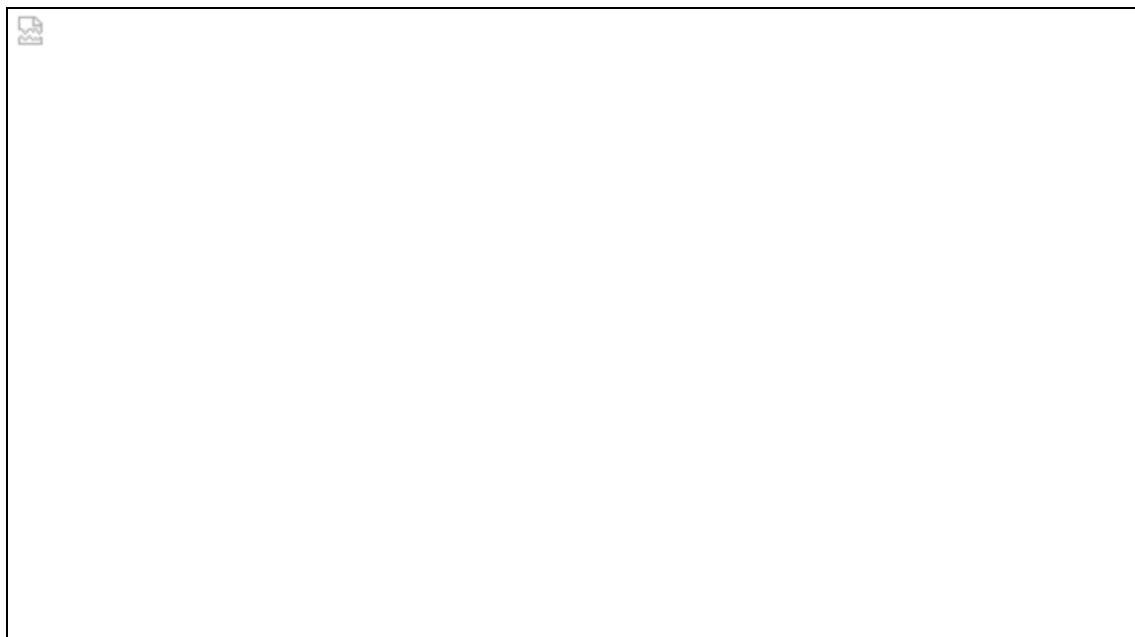
Za účelom zistenia úrovne ovládania etikety a spoločenského protokolu bol vykonaný prieskum medzi poslucháčmi Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave.

Pri výbere respondentov bol zohľadnený predpoklad určitého stupňa riadiacej funkcie, teda potreba respondenta dodržiavať pravidlá spoločenského správania sa na pracovisku i mimo neho a tvorba profesionálneho imidžu respondenta. Vybraní respondenti boli poslucháčmi externého štúdia „Master of Public Health“ a kurzu špecializačného štúdia pred špecializačnou skúškou zo špecializačného odboru „Zdravotnícky manažment a financovanie,“. Celkovo sa na prieskume zúčastnilo 117 respondentov, ktorí boli rozdelení do skupín podľa ročníka štúdia, resp. odboru štúdia /tab. č.1, graf č.1/

Tab. č.1 Počet respondentov v skupinách

Skupina	Počet respondentov
MPH I.roč.	34
MPH II.roč.	27
MPH III.roč.	24
Manažment	32
spolu	117

## Graf č.1 Počet respondentov v skupinách



Prieskum sa uskutočnil formou dotazníka so sumárnym hárkom. Dotazník obsahoval 40 otázok, ktoré neboli pre respondentov tematicky usporiadané. Charakteristika jednotlivých otázok sa nachádza v tabuľke č. 2 – stručná charakteristika otázok.

Tab. č. 2 Stručná charakteristika otázok

Charakteristika otázok	
otázka č.	
1	pozdravenie pri vstupe do miestnosti
2	pozdravenie pri vstupe do väčších priestorov
3	pozdravenie muža nosiaceho klobúk
4	pozdravenie neznámej ženy
5	správanie sa muža pri oslovení neznámej ženy
6	pozvanie na návštevu
7	bozkávanie rúk ženám
8	pozícia ženy pri prechádzke s mužom
9	čestné miesto v aute
10	podávanie rúk - rukavice
11	odmietnutie tanca ženou
12	objednávanie v reštaurácii
13	fajčenie pri stolovaní
14	dary
15	prijatie pozvánky na podujatie
16	odmietnutie pozvánky na podujatie
17	oblečenie na podujatie
18	oblečenie - ponožky
19	nosenie šperkov do spoločnosti
20	oblečenie do spoločnosti
21	večerné toaletné rukavice
22	spoločenské podujatie - koktail
23	pozvanie na spoločenské podujatie
24	pozvanie na spoločenské podujatie
25	pozvanie na spoločenské podujatie
26	stolovanie - aperitív
27	stolovanie - nápoje

28	stolovanie - konzumácia pečiva
29	stolovanie - látkový obrúsok
30	stolovanie - úpravy zovňajšku
31	pozdravenie neznámych ľudí
32	predstavovanie V.I.P.
33	bozkávanie rúk ženám
34	prednosť vo dverách
35	prijímanie darov
36	oblečenie do spoločnosti
37	oblečenie - kravata
38	oblečenie - dámsky klobúk
39	spoločenské podujatie - čaša vína
40	slávnostný prípitok

Tab. č.3 Matrica odpovedí základného súboru

Matrica odpovedí základného súboru

Správne odpovede						
otázka č.	MPH I.	MPH II.	MPH III.	Manažment	Spolu	% úspešnosti
1	33	27	24	32	116	99,15
2	26	8	10	18	62	52,99
3	28	23	21	25	97	82,91
4	2	9	3	5	19	16,24
5	25	24	21	29	99	84,62
6	31	24	24	30	109	93,16
7	20	16	23	23	82	70,09
8	25	22	19	19	85	72,65
9	28	23	19	25	95	81,20
10	27	25	18	22	92	78,63
11	14	15	14	18	61	52,14
12	15	11	14	11	51	43,59
13	29	23	16	26	94	80,34
14	31	23	24	31	109	93,16
15	33	27	24	30	114	97,44
16	23	18	16	15	72	61,54
17	18	13	12	13	56	47,86
18	25	11	11	18	65	55,56
19	24	22	16	23	85	72,65
20	16	8	8	9	41	35,04
21	22	12	14	14	62	52,99
22	28	24	20	28	100	85,47
23	31	22	18	19	90	76,92
24	15	10	8	11	44	37,61
25	18	11	13	22	64	54,70
26	34	26	24	31	115	98,29
27	21	22	15	22	80	68,38
28	27	21	22	27	97	82,91
29	34	24	24	27	109	93,16
30	33	26	24	32	115	98,29
31	29	22	13	22	86	73,50
32	20	15	10	12	57	48,72
33	11	16	12	12	51	43,59
34	30	24	20	26	100	85,47
35	23	19	21	21	84	71,79

36	26	18	12	27	83	70,94
37	0	2	4	3	9	7,69
38	9	4	7	6	26	22,22
39	0	1	3	4	8	6,84
40	24	14	12	16	66	56,41
spolu	908	705	633	804	3050	65,17
% úspešnosti	66,76%	65,28%	65,94%	62,81%	65,17%	X

Z tabuľky č.3 „Matrica odpovedí základného súboru“ je zrejmá úspešnosť respondentov pri riešení zadaných otázok, resp. správnosť odpovedí. Z uvedeného prehľadu je vidieť, že náročnosť otázok bola rozdielna, keď pri počte 117 respondentov bola maximálna dosiahnutá úspešnosť pri jednej otázke /otázka č.1/ 99,15% , t.j.116 správnych odpovedí a minimálna 6,84% úspešnosť, t.j. 8 správnych odpovedí tiež pri jednej otázke /otázka č. 39/.

Pri vyhodnotení jednotlivých skupín respondentov môžeme konštatovať približne rovnaké znalosti skúmanej problematiky. Dosiahnuté výsledky sa pohybovali v rozmedzí od 62,81% do 66,76% úspešnosti pri celkovom priemere 65,17 %.

Pri vyhodnocovaní prieskumu sa sme zamerali nielen na percentuálne vyhodnotenie úspešnosti v jednotlivých skupinách, ale tiež sme zisťovali aký výsledok dosiahli respondenti pri porovnaní počtu správnych odpovedí na otázky. Dosiahnutý priemerný počet správnych odpovedí na 1 respondenta v skupine z možných 40 je znázornený v grafe č. 2. Celkový priemer dosiahnutých správnych odpovedí bol 26,08 správnej odpovede zo 40 možných.

Graf č.2 Priemerný počet správnych odpovedí na jedného respondenta



Pre účely podrobnejšieho vyhodnotenia prieskumu bol základný súbor 40 otázok rozdelený do 5 podsúborov, v ktorých bolo 8 tematicky blízkyh otázok /Tabuľka č.4 – rozdelenie otázok do podsúborov podľa tém/. Témy podsúborov boli nasledovné:

pozdravenie, predstavenie, podávanie rúk  
oblečenie, doplnky  
pozvanie na podujatie, spoločenské podujatie  
stolovanie  
etiketa, dary

Tab. č. 4 Rozdelenie otázok do podsúborov podľa tém

Podsúbory otázok podľa charakteristiky otázok		
podsúbor	charakteristika	zaradené otázky
1	pozdravenie, predstavenie, podávanie rúk	1, 2, 3, 4, 5, 10, 31, 32
2	oblečenie, doplnky	17, 18, 19, 20, 21, 36, 37, 38
3	pozvanie na podujatie, spoločenské podujatie	6, 15, 16, 22, 23, 24, 25, 39
4	stolovanie	12, 13, 26, 27, 28, 29, 30, 40
5	etiketa, dary	7, 8, 9, 11, 14, 33, 34, 35

Pri takomto rozdelení otázok podľa tém sme získali ucelenejší obraz o oblastiach etikety, resp. protokolu, ktoré respondenti zvládajú bez väčších problémov alebo im práve tá-ktorá téma problémy spôsobuje. Ako budeme mať možnosť ďalej vidieť, znalosti respondentov sa pohybovali od 41,67% úspešnosti až po 79,78% úspešnosť /Tabuľka č. 5 – úspešnosť riešenia otázok pri rozdelení do podsúborov v %/

Tab. č.5 Úspešnosť riešenia otázok pri rozdelení do podsúborov v %

podsúbor/skupina	MPH I.roč	MPH II.roč.	MPH III.roč.	Manažment	priemer
1	69,85	70,83	62,50	64,45	67,09
2	51,47	41,67	43,75	44,14	45,62
3	65,81	63,43	65,63	62,11	64,24
4	79,78	77,31	78,65	75,00	77,67
5	66,91	73,15	79,17	68,36	71,26
priemer	66,76	65,28	65,94	62,81	65,17

Z uvedenej tabuľky č.5 vyplýva, že najľahšie si respondenti, či už v bežnom živote alebo pri slávnostnejších príležitostiach vyžadujúcich aj protokolárne znalosti vedia poradiť v oblasti stolovania. Otázky zamerané na správanie sa pri jedle, prípitkoch a podobne nerobili respondentom ťažkosti a v priemere dosiahli celkovo 77,67% úspešnosť.

Prekvapením možno bude najhorší výsledok v oblasti obliekania. Tu sa dopúšťame zrejme najväčších prehreškov, či už je to bežné denné oblečenie /farba ponožiek, výber vhodnej kravaty/ alebo oblečenie do spoločnosti, resp. na spoločenské podujatie. Pri tejto téme respondenti dosiahli v priemere len 45,62% úspešnosť.

Najlepšie si tieto výsledky môžeme porovnať v nasledovných grafoch /č.3, 4/, pričom sme vychádzali z tabuľky č. 5.

Graf č.3 Úspešnosť riešenia otázok v skupinách po rozdelení do podsúborov



Graf č.4 Úspešnosť riešenia podsúborov v skupinách v %



## Záver

Aby sa ktorýkoľvek pracovník stal skutočne profesionálom, musí zdokonaľiť aj prezentačnú stránku svojej osobnosti. Konečný úspech často podmieňuje forma reprezentácie a znalosť etikety a protokolu, a tak by sa mala aj tvorba pozitívneho imidžu so všetkými jeho zložkami stať súčasťou

d'alšieho rozširovania vedomostí a zručností.

Nástrahy spoločenskej etikety a protokolu sú nevyčísľiteľné. Život prináša v tejto oblasti nepomerné množstvo kombinácií, vyžadujúcich si často rýchlu orientáciu a riešenie. Každý človek však má v určitých situáciách svoju vlastnú „diplomaciu“, aj keď si to neuvedomuje, alebo ju jednoducho označuje inak.

Každý jednotlivec si iba sám na základe vlastnej praxe môže dotvoriť skutočnú mozaiku možností a potrieb nastolených životom pri oficiálnych príležitostiach. A tak ju obohatiť o osobný a osobnostný rozmer.

Problematika všeobecne uznávaných zásad spoločenského styku a protokolárnych zvyklostí by mala byť súčasťou profesionálnej prípravy manažérov a pracovníkov, ktorých súčasťou pracovnej náplne je manažérska komunikácia. A súčasťou efektívnej profesionálnej prípravy musí byť analýza znalosti všeobecne uznávaných zásad spoločenského styku a protokolárnych zvyklostí.

Literatúra :

1. BALUŠEK M., Umenie diplomacie. Bratislava: Belimex, s.r.o., 1996, 222 s.  
ISBN 80-8532-717-1

Adresa autora:

Ing. Daniela Blahová

Katedra medicínskej sociológie

Fakulta verejného zdravotníctva

Slovenská zdravotnícka univerzita

Limbova 12

SK – 833 03 Bratislava

# Kvalita života očima pojištěnce zdravotní pojišťovny v podmínkách veřejného zdravotního pojištění

Dolanský, H.

Hutnická zaměstnanecká pojišťovna, Ostrava- Vítkovice

## Souhrn:

Cílem průzkumu provedeného revizním lékařem s náhodně vybraným jedním stem pojištěnců HZP staršího a pokročilého věku, bylo získat informaci o představě kvality jejich života.

V podmínkách veřejného zdravotního pojištění je poukázáno na zdravotně sociální problematiku v následné péči, poskytované sestrami z deseti agentur domácí péče v průběhu období r. 2002-2006 a těsnou souvislost s poskytováním zdravotní a sociální péče.

Bylo potvrzeno, že s přibývajícím věkem a nárůstem zdravotních potíží se zdraví dostává na první příčku životních hodnot člověka. Ztráta mobility, bezmocnost, neschopnost se sám o sebe postarat, nezávislost a ztráta sociálních kontaktů a další negativní důsledky, jsou příčinou největších obav.

Provedené šetření zcela jednoznačně potvrdilo stále aktuální trvalost významu dominantního postavení rodiny v životě člověka a její důležitou úlohou především v období nemoci.

Z posuzování základních indikátorů kvality péče vyvstal společně pro plátce a poskytovatele úkol řešit společně problematiku informovanosti, spojenou s účelnou preskripcí léků, indikací a účelným využíváním prostředků zdravotnické techniky.

Z pohledu zdravotně sociální problematiky lze poznatky využít při uplatňování strategie vzájemné informovanosti mezi pacientem-pojištěncem, poskytovatelem a plátcem poskytované péče, včetně volby strategie zdravotní politiky pojišťovny v podmínkách veřejného zdravotního pojištění.

## Klíčová slova:

Průzkum, šetření s pojištěncem, starší a pokročilý věk, kvalita života, zdraví, nemoc, pyramida lidských potřeb, standardizovaný rozhovor, zdravotní péče, sociální péče, následná péče, indikátory kvality péče, životní hodnoty, rodina, strategie politiky zdravotní pojišťovny

## 1. Úvod

Člověk je bio-psycho-sociální bytost, kde biologická, psychická i sociální stránka jsou v neustálé interakci, kdy porucha v jedné z těchto oblastí vede zákonitě k poruše v oblasti další, stejně tak opačně dlouhodobé narušení psychické či sociální stránky vede ke vzniku nemoci.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví z roku 1948 jako: „Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoliv pouze nepřítomnost nemoci či vady.“(7)

Encyclopedia Britannica 2000 uvádí následující definici: „Zdraví je míra(rozsah) kontinuálních tělesných, emočních, mentálních a sociálních schopností individua vyrovnat se svým prostředím.“(7) Je tedy chápáno jako vztah navzájem rovnocenných složek. Je-li tedy narušena složka biologická, dochází současně s ní k narušení psychické i sociální pohody. „Nemoc

(porucha zdraví) je pak takový potenciál vlastností organismu, který omezuje možnosti vyrovnání se s nároky prostředí(včetně pracovního) bez narušení vitálně důležitých funkcí.“(7) Stejně tak onemocnění člověka tvoří uvedené složky, které všechny společně určují průběh nemoci i postupy léčby. Na základě fungujícího zdraví je pak člověk schopen uspokojovat všechny své potřeby, které vedou k jeho psychické, fyzické i sociální pohodě. Neschopnost je uspokojit vede naopak k frustracím, deprivacím a nepohodě, zejména v oblasti psychické a sociální. Úroveň spokojenosti je proto v této souvislosti nutné považovat jako jeden z významných faktorů ovlivňujících kvalitu života.

## 2. Dosavadní poznání – skutečnosti

Otázkami kvality života se lidé zabývali odjakživa, avšak problematika otázek souvisejících s



kvalitou života nemocného začala nabývat na aktuálnosti v polovině 20. století. S otázkou kvality života úzce souvisí zdraví.

Již známý výrok Aristotela ze Stageiry v Makedonii, hlasatele tělesné krásy a mravního dobra, všestranného učenice, který žil v období roku 384-322 př. n. l. říká: „ Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze.“(6)

Zdraví je důležitým faktorem ovlivňujícím schopnost člověka uspokojovat své potřeby. Míra jejich uspokojení je pak obrazem kvality života. Potřeby člověka jsou v neustále se měnícím procesu, který má však své zákonitosti. Americký psycholog Abraham Maslow,(7) ve svém hlavním díle Motivation and Personality (Motivace a osobnost) zdůraznil význam seberealizačních aktivit a nově vysvětlil mechanismus uspokojování potřeb a jejich aktualizaci. Popsal „pyramidu lidských potřeb“, kde je nutné uspokojit v první řadě potřeby zcela základní - fyzické, ke kterým náleží např. potřeba spánku, odpočinku, jídla, vyměšování apod., až poté je člověk schopen uspokojit potřeby vyšší, psychické, sociální a duchovní, jako je např. potřeba lásky, sounáležitosti, sebevědomí, seberealizace, duchovní apod.

U nemocného většinou dochází k jejich přehodnocení, kdy na významu nabývá především touha po uspokojení základních potřeb, kdy možnost jejich uspokojování v souvislosti s nemocí bývá omezená a někdy i nemožná. Vyšší potřeby, jako např. seberealizace víceméně ustupují do pozadí. Dominantní potřebou se stává potřeba uzdravit se nebo aspoň touha zmírnit nebo zbavit se bolesti, obnovit nebo udržet schopnosti plnit dřívější sociální funkce.

Kvalitu života hodnotí člověk sám na základě svých vlastních představ, kdy k dominantním patří spokojenost, očekávání, přesvědčení a víra, závislé na výši osobních hodnot. Dalšími faktory se schopnostmi ji ovlivnit jsou např. intervence a efektivita léčebných zákroků a procedur, vývoj průvodní efektivitou změny zdravotního stavu po stránce fyzické, psychické a sociální.

### 3. Cíl šetření

Cílem průzkumu bylo získat informace o představě kvality života pojištěnce Hutnické zaměstnanecké pojišťovny v podmínkách veřejného zdravotního pojištění, v souvislostech s posuzováním zdravotně-sociální problematiky v praxi revizního lékaře.

Při návštěvách nemocných-pojištěnců v jejich vlastním sociálním prostředí byla hodnocena jak oprávněnost indikace poskytnuté domácí zdravotní péče, tak byl současně sledován jeden ze základních faktorů kvality péče, spokojenost s úrovní poskytnutých informací. Kvalita života pojištěnců byla sledována v období poskytování péče, maximálně však v tříměsíčním odstupu od jejího ukončení. Úkolem bylo zjistit, co pojištěnce nejvíce tíží, jak jsou sociálně zajištěni a jak v rámci možností a kompetencí zaměstnanců zdravotní pojišťovny by bylo možné jim v jejich nelehké životní situaci pomoci.

### 4. Hypotézy

Průzkum vycházel z hypotézy, že pro nemocného člověka je stejně důležitá jak kvalitně provedená ošetrovatelská péče, tak empatický, vstřícný přístup zdravotnického pracovníka, který je založen na vzájemné důvěře a pochopení. Problémů souvisejících těsně s daným onemocněním, ale i těch, které zdánlivě s nemocí sice přímo nesouvisí, ale pro samotného jedince mají v danou dobu větší váhu, než nemoc sama, jednalo se zejména o sociální pomoc a zajištění osamělých.

Za důležité byl považován přístup rodiny k nemocnému, pomoc, pochopení a láska blízkých, která nabývá v době nemoci ještě více na významu. Je zřejmé, že sama nepřítomnost nemoci ještě není zárukou prožití „kvalitního“ života a naopak ani samotná nemoc nemusí být nutně elementem, který „kvalitnímu“ životu brání. Také bylo předpokládáno, že chronicky a dlouhodobě nemocné bude nejvíce znepokojovat jejich nepříznivý nebo zhoršující se zdravotní stav a z něj vyplývající nemohoucnost, závislost na pomoci druhých a omezení či ztráta sociálních kontaktů.

### 5. Metoda a technika provedení průzkumu

V rámci prováděné kontrolní a revizní činnosti byl současně revizním lékařem, ve spolupráci s asistentkou revizního lékaře proveden průzkum, jehož součástí bylo uskutečnění rozhovoru s jedním stem náhodně vybranými pojištěnci zdravotní pojišťovny.



- ÿ Něco jiného, uveďte, prosím, co
- ÿ Nedokáží si vzpomenout

Čím bychom Vám, jako zástupci zdravotní pojišťovny, mohli nejvíce pomoci?

- ÿ Zajištěním zdravotních pomůcek, či léků
- ÿ Finanční pomoci
- ÿ Něčím jiným, uveďte, prosím čím
- ÿ Nedokáží si vzpomenout

Datum a podpis osoby která provedla šetření :

Standardizovaným rozhovorem byli osloveni pojištěnci lucidní, orientovaní v prostoru a čase, většinou však nesoběstační, částečně, či plně závislí v instrumentálních činnostech, se závislostí středního stupně v základních všedních činnostech a prokázanou kumulací rizikových gerontologických faktorů.

Tabulka č. 1: Struktura souboru pojištěnců nad 60 let věku

Věkové skupiny	Muži	Ženy	Celkem	%
60-74 let	20	27	47	46
75 a více let	13	40	53	54
Celkem	33	67	100	100

Z analýzy zastoupení nemocí a diagnóz v souboru ošetřovaných pacientů-pojištěnců v domácí zdravotní péči vyplývalo ze zastoupené četnosti následující:

Jednalo se nejčastěji o stavy po dekompenzaci diabetu, nemoci oběhové soustavy, zastoupené stavy po CMP, chronická onemocnění pohybového ústrojí a onkologicky nemocné, tedy onemocnění ve stádiích vyžadujících dlouhodobou kompenzaci stavu, paliativní terapii, analgetizaci, apod. (viz. tabulka č.2)

Tabulka č. 2: Výskyt nemocí (podle MKN) u pacientů v péči agentur domácí zdravotní péče podle věku

Věkové skupiny	MKN	Muži	Ženy	Celkem	%
60-74 let	I00-I99	11	11	22	22
	E10-E14	5	8	13	13
	M50-M54	1	2	3	3
	C00-C97	2	3	5	5
	K20-K31	0	2	2	2
	L80-L99	1	0	1	1
	S70-S79	0	1	1	1
75- a více let	E10-E14	6	21	27	27
	I00-I99	4	13	17	17
	C00-C97	3	4	7	7
	S70-S79	0	1	1	1
	J10-J18	0	1	1	1
Celkem		33	40	100	100

Poměr zastoupené četnosti diabetu a nemocí oběhové soustavy mezi ženami a muži svědčil v neprospěch žen, přičemž bližší analýzou vyplynulo, že ve věkové skupině 75 a více let výrazně dominoval diabetes závislý na insulinu, zatímco nemoci oběhové soustavy ve věkové

skupině 60-74 let.

Průzkum byl založen na předpokladu, že pojištěnci jsou alespoň částečně seznámeni se svým zdravotním stavem, dokáží alespoň částečně posoudit jeho změny v průběhu poskytované péče a jsou schopni sdělit, zda jim poskytovaná péče přináší, či nepřináší očekávaný efekt a zda se jejich zdravotní stav přes veškerou snahu ošetřujících lékařů a sester domácí zdravotní péče zlepšuje nebo zhoršuje. Rovněž bylo předpokládáno, že jsou schopni zhodnotit svou sociální situaci.

## 6. Získání dat

Při návštěvách náhodně vybraných pojištěnců, kterým byla poskytována domácí zdravotní péče, byly s jejich souhlasem při rozhovoru pokládány otázky, které posloužily ke zjištění, co je nejvíce trápí, dělá jim starosti a dokáže potěšit. V neposlední řadě byl zájem revizního lékaře a asistentky zároveň cílen k problematice možností jak pomoci pojištěncům z pohledu zdravotní pojišťovny.

Uspokojivým zjištěním byla ochota a velmi vstřícný přístup k poskytování rozhovoru ze strany pojištěnců, jejich spokojenost se zájmem zdravotní pojišťovny co je trápí, zda jsou spokojeni s poskytovanou péčí, zda využívají či mají zajištěny potřebné prostředky zdravotnické techniky a léky. Oceňovali možnost pohovořit si s odbornými zástupci své zdravotní pojišťovny o svých problémech. Uvítali nabízené rady související s problematikou postupu zajištění preskripce léků a pomůcek zdravotnické techniky ošetřujícím lékařem, včetně zajištění podmínek potřebných k povolení jejich částečné či plné finanční úhrady.

V této souvislosti se jednalo spíše o poradenskou a edukační činnost, která souvisela s problematikou preskripce a aplikací insulinu, indikací, schvalovací a povolovací činnosti u léků, PZT, invalidních vozíků, polohovacích lůžek, plenkových kalhotek, apod.

## 7. Analýza výsledků

S otázkou „Co Vás v současnosti nejvíce trápí?“ souvisela skutečnost, že zdraví, absence bolesti, schopnost pečovat o sebe samého a nezávislost na druhých, potvrdilo jako nejvyšší hodnoty kvality života 80% dotazovaných pojištěnců. Jejich špatný a zhoršený zdravotní stav byl nejčastěji provázen bolestmi, závratěmi, omezením či neschopností pohybu, nebo poruchami smyslového vnímání, nejčastěji zraku a sluchu.

Ve 14% dotazovaných byla nemohoucnost jako důsledek zhoršeného zdraví příčinou dalších potíží a problémů. U 4% bylo největším problémem obstarávání chybějících léků a prostředků zdravotnické techniky (dále PZT).

V případě hrozby chybějících léků při jejich pravidelném užívání, se pojištěnci cítili ohrožení na životě a to v případě jako byl např. docházející insulin u diabetiků, z důvodu poruchy vzájemné komunikace mezi pojištěncem a poskytovatelem zdravotní péče. Chybějící nebo častěji nevhodně zvolené pomůcky zdravotnické techniky postiženým pojištěncům zbytečně zhoršovaly nebo znemožňovaly jejich mobilitu. Přičemž mnohým z nich by věnování větší pozornosti ze strany ošetřujícího lékaře přispělo a usnadnilo nejen jejich vhodnou volbu, ale především pohyb po bytě, mimo vlastní domácí prostředí nebo procházky v přírodě, apod. 2% pojištěnců nedokázala na otázku odpovědět.

Tabulka č. 1: „Co Vás v současnosti nejvíce trápí?“

Odpověď	Muži	Ženy	Celkem	%
Současný zdravotní stav	26	54	80	80
Nemohoucnost	4	10	14	14
Chybějící léky nebo zdravotní pomůcky	2	2	4	4
Nedokáží si vzpomenout	2	0	2	2
Celkem	17	33	100	100

2.) S otázkou „Co Vás v nedávné době nejvíce rozzlobilo?“ souvisely odpovědi s jejich

nepříznivým, špatným zdravotním stavem a z něj plynoucí nemohoucností, jenž bylo hlavním důvodem psychického rozladění. 30% pojištěnců uvádělo jako důvod svého rozhořčení současný zdravotní stav, 26% nemohoucnost. Rodinné problémy se staly důvodem ke zlobě v 16% .

Pocit osamění a zloba souvisela s nespokojeností namířené proti chybějícímu, či nedostatečnému počtu návštěv nejbližších, z nezájmu dětí, vnuků a příbuzných. Ojedinele je rozzlobil jejich životní partner. 10% pojištěnců udávajících společenské problémy v porovnání se svým předchozím způsobem života velmi těžce neslo nedostatek sociálních kontaktů, které jim v důsledku onemocnění omezily či dokonce znemožnily společenský život. Dále uváděly také problémy, které z jejich pohledu nepříznivě souvisely s vývojem naší a celosvětové politiky, včetně sociální.

V 10% jako jiné důvody je znepokojovaly zvyšující se doplatky za pro ně, životně důležité léky, včetně pocitu lhostejnosti společnosti ke starým a nemocným. Dalších 8% si nemohlo vzpomenout co je nedávno nejvíce rozzlobilo.

Tabulka č.2: „Co Vás nedávno nejvíce rozzlobilo?“

Odpověď	Muži	Ženy	Celkem	%
Současný zdravotní stav	10	20	30	30
Nemohoucnost	10	16	26	26
Rodinné problémy	8	8	16	16
Společenské problémy	2	8	10	10
Něco jiného, uveďte, prosím, co...	2	8	10	10
Nedokáží si vzpomenout	2	6	8	8
Celkem	34	66	100	100

3). S otázkou „Kdo nebo co Vám v poslední době udělalo největší radost?“ souvisela potřeba lásky a sounáležitosti, která nabývá na významu právě v době životních těžkostí, v době nemoci, kdy jsou pro člověka často velmi omezeny či znemožněny sociální kontakty.

V této době, více než kdy jindy, narůstá význam rodiny, která by měla dát nemocnému tolik potřebnou jistotu, že je stále milován a nestává se přítěží pro své blízké a okolí.

Tuto skutečnost potvrdilo 64% pojištěnců, pro které bylo v poslední době největším potěšením kontakt s rodinou, jejími členy a příbuznými. Rodina představuje pro každého bez rozdílu věku zázemí a jistotu, rozvíjí aktivity ve stáří. Ve stáří znamená dobře fungující rodina záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné v případě nesoběstačnosti starého člověka.(7) Nemocný potřebuje v době svého vyřazení z dosavadního způsobu života povzbuzení. Cítí se velmi osamocen a často nepotřebný pro své nejbližší a okolí. Svými náladami a touhou po uzdravení je závislý na úsilí svých blízkých, zvláště pokud je delší dobu upoután na lůžko. Kvalitní rodinné zázemí je jedním ze základních předpokladů pro příznivý vývoj jakéhokoliv onemocnění. 16% pojištěnců způsobilo největší radost alespoň částečné zlepšení zdravotního stavu v důsledku poskytované zdravotní a odborné ošetrovatelské péče. V této souvislosti většinou potěšily návštěvy ošetřujícího lékaře a zdravotní sestry agentur domácí péče, z čehož vyplývá skutečnost, že nejen uspokojení z poskytnuté zdravotní péče, ale dobře provedený zdravotní výkon a vstřícný, Empatický přístup zdravotnického pracovníka-zejména však zdravotní sestry, nemalou měrou přispívá ke zlepšení zdravotního a zejména psychického stavu. Ve 14% udělala největší radost pomoc pečovatelky při běžných denních činnostech, které kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu nebyli schopni sami zvládnout. V této souvislosti uváděli např. pomoc při obstarávání nákupu, zajištění složení uhlí, obstarání drůbeže, apod. Zde je nutno zdůraznit význam poskytování i péče sociální, jako součásti komplexní domácí péče, která z pohledu pojištěnce nabývá stejně tak důležitého významu, jako péče zdravotní. 6% potěšila finanční pomoc v podobě sociálních dávek poskytovaných obecními nebo sociálními úřady. Do této oblasti pojištěnci také zahrnuli a ocenili pomoc při zajišťování zdravotních pomůcek a prostředků zdravotnické techniky. Ze strany zdravotní pojišťovny se jednalo např. o zajištění zapůjčování polohovacích lůžek, invalidních vozíků nebo schválení zvýšeného počtu plenkových kalhotek nad stanovaný limit

výjimečně ve zvláštních indikovaných případech u inkontinentních, po předchozí domluvě ošetřujícího a revizního lékaře.

Tabulka č.3: „Kdo nebo co Vám v poslední době udělalo největší radost ?“

Odpověď	Muži	Ženy	Celkem	%
Rodina, příbuzní	24	40	64	64
Zlepšení zdravotního stavu	4	12	16	16
Něco jiného, uveďte, prosím, co...	0	14	14	14
Finanční pomoc	6	0	6	6
Nedokáží si vzpomenout	0	0	0	0
Celkem	34	66	100	100

4.) Z otázky „Co Vám dělá největší starosti?“ vyplynulo, že v 74% činilo pojištěncům největší starosti zhoršování zdravotního stavu a s tímto související strach z bolesti a nemohoucnosti. 10% pojištěnců mělo obavu z budoucnosti, strach ze zhoršování zdravotního stavu a závislosti na cizí pomoci. Pro dalších 10% bylo největší starostí jak obstarat nákup, zajistit posekání dřeva, složení uhlí, nebo opatřit drůbež, apod.

Stejně tak jako v odpovědích na předchozí otázky, bylo zajištění sociální péče stejně důležité jako péče zdravotní. Rodinné problémy byly největší starostí pro 4% dotazovaných. V této souvislosti lze např. uvést neshody s životním partnerem, které většinou pramenily z psychického napětí způsobeného dlouhotrvající nemocí a nemohoucností obou, či jednoho z partnerů. S tímto pak velmi těsně souvisela zloba a vztek nemocného na sebe sama, následně pak směřovaná na nejbližší přítomnou osobu. Jiní zase cítili vinu za svoji nemoc a tímto se považovali za přítěž pro rodinu, děti a vnuky, zvláště pak, když se o ně „musel někdo starat“.

Zde je nutné podotknout, že naše současná společnost není skutečně schopna vytvořit vhodné podmínky k tomu, aby se děti, popř. další nejbližší rodinní příslušníci mohli o své nemocné a rodiče dostatečně postarat. Důvody jsou různé. Vysoká pracovní a časově náročná zátěž v zaměstnání, hrozící nebo vysoká nezaměstnanost. Uvedené důvody brání opustit zaměstnání byť jen na určitou dobu a současně hrozící realita nízkých sociálních dávek poskytovaných těm, kteří by se o své nejbližší a nemocné mohli starat.

Uvedené je pak v kontrastu s rozhodnutím, zda finančně zabezpečit svou vlastní rodinu a starost o své rodiče přenést na ústavy sociální péče, apod. nebo upřednostnit finanční problémy v rodině a o své nemocné a rodiče se dostatečně postarat a být jim nablízku.

Pojištěnci kterých jsme se na tuto problematiku dotazovali, si byli situace dobře vědomi a cítili z ní bezvýchodnost pro své nejbližší a okolí.

2% klientů měla největší starost s nedostatkem financí, zde je nejvíce trápily vysoké doplatky za léky a plenkové kalhotky pro inkontinentní.

Tabulka č.4: „Co Vám dělá největší starosti ?“

Odpověď	Muži	Ženy	Celkem	%
Současný zdravotní stav	24	50	74	74
Obava z budoucnosti	4	6	10	10
Něco jiného, uveďte, prosím, co...	2	8	10	10
Rodinné problémy	2	2	4	4
Finanční problémy	2	0	2	2
Nedokáží si vzpomenout	0	0	0	0
Celkem	34	66	100	100

5.) Na otázku „Čím bychom Vám, jako zástupci zdravotní pojišťovny mohli nejvíce pomoci?“ odpovědělo 76% pojištěnců zcela svorně: „Ani nevíte, jak bychom byli rádi, kdybyste nám mohli přidat zdraví“. Tyto shodné odpovědi potvrdily skutečnost, že pojem zdraví je pro klidný a

spokojený život nejvyšší prioritou. Smutné však je, že lidé zasažení nemocí si tento fakt uvědomí až o své zdraví přichází, popř. o něj přijdou zcela.

Přiznávají se často k podceňování významu prevence v předcházejícím období jejich života a také k tomu, jak často varovné signály organismu bagatelizovali nebo nebrali vůbec na vědomí. V 18% by pojištěnci přivítali pomoc při zajištění léků a prostředků zdravotnické techniky. Při šetření z rozhovorů vyplynula nedostatečná informovanost ze strany ošetřujících lékařů o možnostech využívání spektra prostředků zdravotnické techniky v době nemoci, nebo při konkrétním zdravotním postižení, s částečnou, či plnou finanční úhradou zdravotní pojišťovny při respektování pravidel jejich preskripce. Problémy informovanosti pojištěnců souvisely především s problematikou indikace a preskripce léku ošetřujícím lékařem, zvláště pak s požadavkem úhrady jeho doplatku v lékárně. Ve dvou případech byly společně s ošetřujícím lékařem řešeny problémy pojištěnce v souvislosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a zajištěním další odborné lékařské a změny ošetrovatelské péče.

Ve třech případech byly s ošetřujícím lékařem konzultovány požadavky pojištěnců související se zajištěním sociální podpory a péče. Pokud se jednalo o léky, šlo o zajištění další preskripce užívaného léku třem pojištěncům. Jedenácti revizní lékař zdůvodňoval oprávněnost vybíraných doplatků za užívané léky. V pěti případech byla se smluvním partnerem pojišťovny v jehož spolupráci je zajišťována evidence a cirkulace prostředků zdravotnické techniky zapůjčovaných zdravotní pojišťovnou, zajištěna oprava dvou polohovacích lůžek, dvou invalidních vozíků a jednoho zvedáku. Dva nevyužívané invalidní vozíky a mobilní schodišťová plošina, tzv. „schodolez“, byl doporučen k repasi.

Pomoc ze strany odborných zaměstnanců HZP jak pojištěnci, tak ošetřující lékaři uvítali. Finanční pomoc by uvítala 2% oslovených pojištěnců. Bylo zjištěno, že někteří sociálně slabí vůbec netuší, že si mohou na svém příslušném městském, obvodním či obecním úřadu požádat o různé druhy sociálních dávek. I v tomto případě byla dvěma pojištěncům poskytnuta rada jak postupovat, kam a na koho se v tíživé finanční a sociální situaci obrátit.

Většina sociálně potřebných však byla o možnosti sociální podpory dostatečně informována a sociální dávky pobírala. Zbylé 4% dotazovaných pojištěnců si nedokázali vzpomenout, v čem nebo s čím by potřebovali pomoci.

Tabulka č.5: „Čím bychom Vám, jako zástupci zdravotní pojišťovny mohli nejvíce pomoci?“

Odpověď	Muži	Ženy	Celkem	%
Něco jiného, uveďte, prosím, co...	24	52	76	76
Zajištění léků, zdravotních pomůcek	4	14	18	18
Nedokáží si vzpomenout čím	4	0	4	4
Finanční pomocí	2	0	2	2
Celkem	34	66	100	100

## 8. Závěr

Šetřením bylo zjištěno a současně potvrzena hypotéza, že s přibývajícím věkem a nárůstem zdravotních potíží se zdraví dostává na první příčku životních hodnot člověka.

S jeho poruchou a ztrátou souvisí další negativní důsledky, kterých se člověk právem obává. Patří k nim tolik diskutovaná bolest, nemohoucnost, ztráta mobility, neschopnost sebezpeče, omezení až ztráta sociálních kontaktů, pocit nepotřebnosti, marnosti, ztráta nezávislosti a s ní spojená ztráta sebevědomí, seberealizace a další. Středem světa nemocného se tak najednou, více jak kdy předtím stává jeho rodina a nejbližší okolí, především však jeho životní partner, děti, vnuci, sousedé, často také domácí zvířata. K tomuto se dále přidávají očekávání od všech zdravotníků, především však od ošetřujícího lékaře a zdravotní sestry, poskytnout nemocnému kvalitní odbornou zdravotní a ošetrovatelskou péči spojenou s nadějí na vyléčení a uzdravení.

Provedené šetření zcela jednoznačně potvrdilo stále aktuální trvalost významu dominantního postavení rodiny v životě člověka s její důležitou úlohou v období nemoci.

V dřívějších dobách bylo zvykem v rodině pečovat o ty jedince, kteří z jakýchkoliv důvodů ztratili schopnost se o sebe postarat ve zdraví i v nemoci. Během historického vývoje se rodina jako centrum péče o své nemocné členy často dostávala do pozadí a zodpovědnost v poskytované péči byla přenesena ve větší míře na zdravotnická zařízení.

Zkušenosti z řady vyspělých zemí ukazují, že úlohu rodiny v péči o své nemocné a postižené členy nemůže nahradit žádná zdravotnická instituce a že význam rodiny je nezastupitelný. Stejný závěr vyplynul z šetření a odpovědí oslovených pojištěnců HZP, kterým byla v době jejich nemoci, v jejich vlastním, domácím rodinném prostředí, poskytována odborná zdravotní a ošetrovatelská péče. Naše současná společnost však není skutečně stále schopna vytvořit vhodné podmínky k tomu, aby se děti, popř. další nejbližší rodinní příslušníci mohli o své nemocné a rodiče dostatečně postarat. Důvody jsou různé, k dominujícím patří nejčastěji vysoká pracovní a časově náročná zátěž v zaměstnání, hrozící nebo vysoká nezaměstnanost. Uvedené důvody brání opustit zaměstnání byť jen na určitou dobu a současně hrozící realita nízkých sociálních dávek poskytovaných těm, kteří by se o své nejbližší a nemocné mohli starat.

Problematická a tíživější je situace v době nemoci u osamělých, tedy tam, kde rodina neplní nebo ztratila svou praktickou funkci. Při dlouhodobém onemocnění lékař, především však zdravotní sestra, sociální sestra a pečovatelská služba jsou ti, kteří k nemocnému pravidelně dochází, poskytují péči a zprostředkovávají mu tak kontakt s okolím. Kontakt a vztah založený na vzájemné důvěře a porozumění nemocného s ošetřujícím lékařem a zdravotní sestrou a pečovatelem je jednou z podmínek k zajištění kvalitního života.

Přítom zdravotní sestra se většinou stává tou nejdůvěryhodnější osobou, které se v souvislosti s péčí o zdraví může člověk v osamělosti svěřit se svými problémy, požádat o radu, či podělit se o radost.

Z šetření dále vyplynulo, že v žebříčku hodnot, kromě požadavku poskytované kvalitní odborné zdravotní péče, nabývá pro pojištěnce stejného významu také péče sociální, nejen ve vztahu k nemoci, ale také i jejím následkům. V rámci kontrolní a revizní činnosti by proto sociální problematika neměla být zcela opomíjena, ba dokonce přehlížena konstatováním, že se jedná o problematiku z finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění nehrzenou. Je nanejvýš nutné, aby v souvislosti s kontrolou poskytované kvality zdravotní péče byla brána na zřetel a posuzovaná a to nejen z pohledu etiky revizního lékaře a lékařství (3,4).

Vývoj zdravotně sociální problematiky a zkušenosti z praxe potvrzují, že poskytování zdravotní a sociální péče spolu velmi úzce souvisí. Odlišit podíl převahy sociální péče nad zdravotní je často záležitostí problematickou a zvláště pro revizního lékaře v rámci jeho kontrolní a revizní činnosti účelného nakládání finančních prostředků z fondu veřejného zdravotního pojištění.

Negativním zjištěním byla skutečnost, že většina pojištěnců pocítovala vinu za svoji nemoc, a z ní pak plynoucí bezmocnost a závislost na jiných. Cítila se přítěží pro vlastní rodinu a především pro své děti, které se „teď o ně musí starat“. Je na místě upozornit na skutečnost, že ochota rodiny a rodinných příslušníků pečovat o nemocné se ani v důsledku měnící se její sociální struktury (nukleární rodina, malý počet dětí, vysoká zaměstnanost žen, vysoká rozvodovost atd.) nesnižuje. Měnící se sociální podmínky určují charakter a možnosti rodiny při poskytování péče svým nejbližším. V našich podmínkách měla a stále ještě má rodinná péče relativně malou podporu státu, její ekonomická hodnota byla a je podceněna, pečující členové nebyli a nejsou morálně doceněni. Rostoucí počet starých lidí závislých na pomoci druhé osoby a nedostatek lůžek pro chronickou péči v současné době zvyšují počty rodin, které se starají o svého nemocného nebo starého nesoběstačného člena. Tento stav je nadále neudržitelný a jak bývá doporučováno, je nutné zrovnoprávnit rodinu jako partnera státní a soukromé péče. (1) Nemocný s chápacím a láskyplným rodinným zázemím, kterému je poskytována odborná zdravotní a ošetrovatelská péče prováděna s trpělivostí, porozuměním a empatií, založená na vzájemné důvěře a dostatečné komunikaci, se mnohem snadněji vyrovnává s těžkostmi, které s sebou nemoc přináší. Při terapii navíc lépe spolupracuje.

Z odpovědí, které souvisely s indikací prostředků zdravotnické techniky v období trvání a případně následků nemoci pro pojištěnce, vyplynuly pro praxi revizního lékaře poznatky spojené s nedostatky jejich využívání a obecné informovanosti.



U některých pojištěnců bylo zjištěno, že byly PZT poškozeny nebo v souvislosti se zhoršováním jejich zdravotního stavu již neplnily svou určenou funkci a nebyly používány z příčiny zhoršení hybnosti, či ztráty schopnosti chůze.

Příkladem byla např. indikace francouzských berlí nemocnému po atace cévní mozkové příhody (CMP), s lehkou parézou levé horní končetiny. Opakovaná ataka onemocnění u téhož pojištěnce po roce od předchozí, provázená postižením neurologického charakteru s výraznou poruchou hybnosti levé horní a dolní končetiny, již vyžadovala pohyb pomocí invalidního vozíku a nikoliv pouze jen pomocí chodítka. Francouzské berle nebyly v důsledku zdravotního postižení používány, chodítko bylo v bytě pojištěnce zcela omezeně využitelné a invalidní vozík, který by významně přispěl ke zkvalitnění života, nebyl indikován.

Navíc někteří pojištěnci, kteří byli upoutáni na lůžko a jejich nejbližší, kteří jim poskytovali tzv. laickou péči, často ani netušili, že mohli prostřednictvím svého ošetřujícího lékaře požádat zdravotní pojišťovnu např. o zapůjčení polohovacího lůžka, zvedáku, apod. S uvedenou problematikou úzce souvisí také délka užité doby prostředků zdravotnické techniky, po jejímž uplynutí lze na základě indikace ošetřujícího a schválení revizního lékaře poskytnout prostředky zcela nové nebo repasované zvláště dlouhodobě nemocným, provázeným následky onemocnění, úrazů, včetně tělesného postižení. Pojištěnci sami, zvláště staršího a pokročilého věku na tuto skutečnost svého ošetřujícího lékaře z neznalosti problematiky ve většině případů neupozorní.

Ze strany ošetřujícího lékaře, vyjma specialistů-neurologů, ortopedů a ortopedické protetiky bývá zcela výjimkou účelně se zabývat touto problematikou.

Pojištěncům, kteří se tak mohou v podobně uváděných situacích ocitnout, zůstává pro další život proto jen omezení až znemožnění mobility a ztráta kontaktů s vnějším prostředím.

Průzkum prokázal, že omezení sociálních kontaktů je pro další život většiny pojištěnců zcela zásadní záležitostí a z psychického hlediska obtížně snesitelnou.

V této souvislosti se také odráží skutečný stav zobrazující realitu kvality vzájemné úrovně vztahu komunikace a informovanosti mezi ošetřujícím lékařem a pacientem-pojištěncem především, také však mezi pojištěncem, ošetřujícím lékařem a zdravotní pojišťovnou.

Z průzkumu dále vyplynulo, že dvacet šest pojištěnců představovalo 52% podíl z celkového počtu, kteří potřebovali zajistit pomůcky zdravotnické techniky nebo léky.

Ve vlastním domácím prostředí jim byla poskytnuta rada nebo přímo po domluvě revizního lékaře s ošetřujícím následně realizována pomoc.

Přesto, že se jednalo o poměrně malý soubor pojištěnců a prováděná šetření byla pro revizního lékaře a asistentku časově značně náročná, lze výsledek z pohledu využití v praxi hodnotit jako efektivní.

Poznatky zdravotně sociální problematiky lze využít při uplatňování strategie vzájemné informovanosti mezi pacientem-pojištěncem, poskytovatelem a plátcem poskytované péče, včetně volby strategie zdravotní politiky pojišťovny v podmínkách veřejného zdravotního pojištění.

Při kontrolní a revizní činnosti nelze v rámci kvality poskytované zdravotní péče opomíjet nejen její oprávněnost a způsob její úhrady zdravotní pojišťovnou ale pozornost také zaměřit na kontrolu účelné preskripce a účelného využívání prostředků zdravotnické techniky.

Přitom je nutné podpořit nezbytnost významu poskytování skutečné, komplexní domácí péče, zahrnující nejen pomoc odbornou zdravotní, poskytovanou lékaři, zdravotními sestrami, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, psychology, logopedy, nižším a pomocným zdravotnickým personálem, apod., ale i pomoc sociální, zajišťovanou pečovatelskou službou a služby osobní asistence. V ideálním případě nelze také zapomenout na péči respitní a v neposlední řadě na pomoc laickou, kterou nejčastěji poskytuje rodina, nebo sousedé.

Rozhovory uskutečněné s pojištěnci v jejich vlastním domácím prostředí se zodpovědně vedenými záznamy ve zdravotní dokumentaci mohou významně přispět ke skutečné objektivizaci úhrad a kvality poskytované zdravotní a sociální péče. Revizní lékaři se tak podle zákona o veřejném zdravotním pojištění velmi významným a zásadním způsobem mohou přímo podílet na preventivní, léčebné a rehabilitační péči o pojištěnce.

## Poděkování

Za odbornou spolupráci děkuje autor Šárce Bitomské, asistence revizního lékaře HZP.

### 9.3. Literatura

1. BARTLOVÁ, S.: Sociologická problematika laické péče o seniory a nemocné  
Sestra, č.10, 1999, s. 23-24
2. DOLANSKÝ, H.: Stává se onkologická prevence součástí preventivní prohlídky ?  
Zdravotnictví v České republice, číslo 1-2, ročník V., 2002, s. 58-64
3. DOLANSKÝ, H.: Etika a její souvislost s kvalitou zdravotní péče z pohledu revizního lékaře  
Zdravotní pojištění a revizní lékařství, č. 3-4, ročník V., 2002, s. 50-52
4. DOLANSKÝ, H., Gebhart, J., Kašíková, V., Pokorná, M., Prokeš, M., Žmolíková, J.:  
Etika v revizním lékařství, Revizní lékařství II, IPVZ Praha, 2003, s. 21-23
5. Kolektiv autorů: Slovník antické kultury  
Nakladatelství Svoboda, Praha 1974, s. 70-74
6. Kolektiv autorů: Malá československá encyklopedie  
Academia, Praha 1986 s.121
7. Zavázalová a kol.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie  
Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, Praha 2001, s. 47-54

Adresa autora:

MUDr. Hynek Dolanský

vedoucí odboru kontroly zdravotní péče HZP

Jeremenkova 11, 703 00 Ostrava-Vítkovice

e-mail: dr. hynek.dolansky @post.cz

# E-learning v postgraduálním vzdělávání lékařů

Mgr. V. Bílková

(odborný asistent Kabinetu metodiky vzdělávání Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze)

MUDr. A. Malina, Ph.D., MBA

(ředitel Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze)

## Obsah

Článek se zaměřuje na problematiku elektronického vzdělávání a jeho implementaci v rámci instituce. Autoři využívají svých praktických zkušeností se zaváděním e-learningu na jejich pracovišti, s tvorbou i nákupem prvních e-kurzů a jejich pilotním ověřením v rámci interního elektronického vzdělávání k popisu hlavních úskalí, se kterými se při své práci setkali.

## Klíčová slova

e-learning, celoživotní vzdělávání, profesní vzdělávání, zdravotnictví

## Základní východiska

Zrychlující se rozvoj informačních a komunikačních technologií způsobuje neustálý tlak na vznik nových postupů v mnoha oblastech, vzdělávání nevyjímaje. Stále více jedinců si ve svém běžném životě začíná uvědomovat důležitost celoživotního (kontinuálního) vzdělávání, ačkoli se nejedná o nic, o čem by se ve vědeckých kruzích v posledních pár desetiletích nehovořilo jako o nutnosti a prioritě, kterou je třeba podporovat. Čím dál více lidí, pokud chtějí obstát na trhu práce a budovat úspěšnou kariéru, musí začlenit vzdělávání do svého pracovního a volného času. I zaměstnavatelé, pokud mají zájem, aby jejich firmy a společnosti zůstaly konkurenceschopné, musí podporovat individuální a firemní vzdělávání, které kultivuje osobnosti jejich zaměstnanců a ve svém důsledku zkvalitňuje lidské zdroje firmy.

Není divu, že jsou proto v popředí snahy vytvořit vhodné, inovativní a efektivnější způsoby vzdělávání realizované ku prospěchu zaměstnanosti a ekonomického rozvoje. V této souvislosti jsou důležitými elementy k vytvoření zdravého konkurenčního prostředí e-kompetence a profesionální rozvoj. Potřeba flexibility vůči změnám, lepší adaptace, výcvik pracovních sil v nových kompetencích a zejména jasná koncepce celoživotního vzdělávání se promítá do nové generace evropských vzdělávacích programů. E-kompetence jsou základem pro úspěšnou kariéru a pro podporu spojení mezi vzděláváním, výcvikem a obchodem.

Vše, co je „e“ je v současnosti velmi populární a atraktivní, proto není divu, že se písmeno „e“ objevilo i ve vzdělávání, jako tzv. „e-learning“. E-learning je hlavním faktorem, který umožňuje efektivní účast na procesu vývoje nových kompetencí, přispívajícím také k inovaci. V rámci svého vývoje se e-learning posunul od vize k realitě, jeho součástí se pevně stává kompetenční systém, využívání nástrojů pro řízení znalostí a kooperaci a zohlednění souvislostí mezi vzděláváním – výcvikem – prací – domovem. Základním požadavkem implementace nového řešení ve vzdělávání je především zachování kvality a posílení efektivity.

## Zkušenosti s implementací e-learningu

Jedním z primárních úkolů Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze (IPVZ) je specializační a kontinuální vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Vedení IPVZ se v roce 2003 rozhodlo pro dlouhodobý projekt zaměřený na e-learning hned z několika důvodů. Byla to hlavně snaha být konkurenceschopný na poli vzdělávání, rozšířit svoji nabídku vzdělávacích aktivit, a tím udržet, ale i zvětšit o ně zájem a inovovat a zkvalitňovat svoje služby. Vedle toho to byly rovněž zájmy o zefektivnění fungování Institutu, a tím i interních vzdělávacích procesů.

Projekt předpokládal nejen integraci stávajících systémů, ale i jejich inovaci, zefektivnění a v některých případech zredukování procesů, které v IPVZ probíhaly.

Vedle procesní stránky bylo nutné povýšit také technické zázemí, které by odpovídalo hardwarovým požadavkům později implementovaného LMS – Learning management system. Záměrem bylo, aby vedle klasického prezenčního vzdělávání postupně vznikalo stejně kvalitní, avšak po mnoha stranách atraktivnější vzdělávání elektronické, které by prezenční vzdělávání vhodně doplňovalo. Úmyslem bylo umožnit studentům seznámit se zpravidla s teoretickými základy toho či kterého oboru poutavou formou, aniž by museli cestovat do vzdělávací instituce a museli se přizpůsobit datu a hodině přednášky/kurzu.

Implementace e-learningu s sebou přinesla samozřejmě také těžkosti. I když proběhlo školení zaměstnanců v problematice elektronického vzdělávání, přesto nebylo jednoznačné, podle čeho např. vybrat Learning management system. Zda-li je důležité, je-li systém volně dostupný jako např. Moodle, nebo je lepší, když instituce začíná s e-learningem po boku mezinárodního dodavatele LMS. Je-li lepší nejdříve zajistit LMS a poté vytvářet první e-kurzy, nebo začít obráceně. Podobných otázek by se jistě našlo ještě mnoho a také jak už z odstupem můžeme hodnotit, jsme si na některé odpověděli asi špatně.

IPVZ nejprve nominovalo projektový tým (viz schéma níže), zajistilo finance a v rámci výběrového řízení zvolilo LMS a jeho dodavatele dle předem vybraných kritérií.

Poté byli zaměstnanci seznámeni se strategií IPVZ pro oblast vzdělávání a projektový tým s problematikou e-learningu. Současně byla zahájena integrace stávajících systémů v IPVZ. Byly nakoupeny první e-kurzy pro interní elektronické vzdělávání, které mělo sloužit jakožto pilotní ověření celého řešení a nastavení procesů. Následovalo seznámení zaměstnanců IPVZ s nově vytvořeným webem, který zahrnoval jak obecné informace o e-learningu a studiu v LMS, tak konkrétní pokyny a metodiku včetně šablon pro budoucí autory textů e-kurzů.

Díky zkušenostem ze zahraničí a vlastním zkušenostem z pilotních běhů interního vzdělávání (e-kurzy BOZP, Minimum o EU) je nám již známo, že e-learning není vhodný pro některé cílové skupiny především proto, že vyžaduje schopnost samostudia, disciplínu, zodpovědnost, organizační schopnosti a velice silnou motivaci ke studiu. Vedle toho jsou to i jisté dovednosti, které vytváří jakousi bariéru studovat elektronicky. Zde se jedná hlavně o počítačovou gramotnost, v našem případě ještě ovlivněnou průměrným věkem studujících nad 55 let. Na druhou stranu nám to umožnilo odhadnout potenciální potíže a bariéry našich budoucích studujících z řad zdravotnického personálu v rámci profesního či celoživotního vzdělávání.

Dalším problémem je závislost na technologiích. Ne každý studující má přístup k takovému hardwaru a softwaru, aby mohl plně využívat funkce e-learningu, a to jak na svém pracovišti, tak i doma, což se nám opět potvrdilo při interním vzdělávání našich zaměstnanců.

Dalším zajímavým jevem, který se objevil při pilotním ověření e-learningu na interním vzdělávání v IPVZ, byl zájem zaměstnanců o nějaký typ certifikace, pokud úspěšně dokončí jeden z poskytovaných e-kurzů. V poslední době se o tomto jevu často hovoří jako o trendu, pro který je používán souhrnný název credentialismus, totiž, že narůstá poptávka po takových typech edukačních aktivit, jejichž výstupem je některá z podob formálně uznávaného certifikátu. Tato „honba“ za kredity a osvědčeními se neprojevuje pouze ve vzdělávání prezenčním, ale také distančním a může ovlivňovat jeho kvalitu. Kredity a osvědčení totiž úzce souvisí s tlakem budoucího zaměstnavatele na potenciálního zaměstnance. Každý se proto snaží sestavit si své curriculum vitae tak, aby mu umožňovalo co nejlepší postavení na trhu práce.

### Zkušenosti s přípravou prvních e-kurzů

Vedle zkušeností z průběhu a organizace studia z interního vzdělávání jsme získali také cenné podněty týkající se přípravy a tvorby vlastních e-kurzů.

Mezi prvními zájemci z řad kateder IPVZ byla subkatedra gastroenterologie, kde vznikl pilotní e-kurz Onemocnění jícnu. Další e-kurz Základy neodkladné resuscitace za podpory automatizovaných externích defibrilátorů pak vznikl na katedře urgentní medicíny a medicíny katastrof.

Na začátku jsme museli překonat malý zájem našich lektorů stát se autory textů e-kurzů. Malý zájem pramenil, jak jsme postupně zjišťovali, např. z nízké apetence a ochoty učit se něčemu novému, protože příprava prezenčního kurzu se diametrálně liší od přípravy kurzu elektronického.

Obavy z nedostatku dovedností v oblasti využívání informačních technologií byly hned na druhé místě. Mimoto jsme se na našich katedrách setkávali se značným skepticismem vůči e-learningu obecně, natož měl-li li být součástí postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Lektori zpochybňovali využitelnost e-learningu ve výuce lékařů. Bylo nutné zorganizovat několik interních seminářů a seznámit je s různými projekty jak ze zahraničí, tak i z tuzemska, realizovanými komerčními subjekty ale i na půdě univerzit, abychom nejen e-learning demytizovali, ale i ukázali cestu „jak na to“. Mnohé také přesvědčilo dokončení a podoba prvního e-kurzu Onemocnění jícnu.

Další obavy plynuly z nejasností ohledně hodnocení autorů e-kurzů, především co se týče ocenění, jakému se dostává konkrétně např. autorům odborných článků a knih. Credentialismus, který jsme detekovali u studujících, se tedy objevil i u potenciálních autorů. V žádném případě to ani u jedné skupiny nemůžeme považovat za něco pejorativního, ale naopak za logický důsledek již zmiňovaného tlaku trhu práce, budování kariéry a získávání odborné prestiže, tzn. za odraz reality dneška.

Shrnutí

Zavádět nové věci do již zaběhnuté praxe je vždy obtížné a setkává se s nepochopením, nedůvěrou a někdy i potřebou záměr zhatit. Vývoj však nelze zastavit a i zjištění, že něco nefunguje dle očekávání a nakonec se neosvědčí, je cenným přínosem. Není hned možné podléhat skepsi, ale snažit se vymyslet vhodnější řešení. V současné době se na našich katedrách připravují další e-kurzy tak, aby vznikl katalog s jejich základní nabídkou. Probíhají poslední přípravy na reálný provoz na skutečných studentech. Doufáme, že se nám podaří připravit zajímavou nabídku vzdělávacích aktivit a služby, které ocení. Studium se tak určitě zefektivní a přinese našim studentům více času na jejich rodiny a volnočasové aktivity. Věříme, že si tuto formu vzdělávání oblíbí a napříště ji budou v našem katalogu opět vyhledávat.

## Literatura

- BAREŠOVÁ, A. E-learning ve vzdělávání dospělých. Praha: Ing. Zdenka Vostrovská, CSc.- VOX nakladatelství, 2003.
- BEDNAŘÍKOVÁ, I. Distanční a kombinované studium aneb konec „dálkového“ studia v českých vysokých školách? Sborník příspěvků III. národní konference Distanční vzdělávání v České republice. Praha: Centrum pro studium vysokého školství a Národní vzdělávací fond, 2004.
- DEL 2003. I. a II. díl sborníku příspěvků z konference Developments in e-Learning 2003. Praha: ČVUT, 2003.
- Distanční vzdělávání v České republice – současnost a budoucnost. Sborník příspěvků. Praha: Centrum pro studium vysokého školství a Národní centrum distančního vzdělávání, 1999.
- EGER, L. Jak tvořit distanční text. Plzeň: ZČU, 2000.
- E-learning 2004. Sborník příspěvků 4. ročníku odborné konference o rozvoji e-learningu v ČR. Praha: ECON publishing, s.r.o., 2004
- Guidelines on the Quality Assurance of Distance Learning. Quality Assurance Agency for Higher Education, 1999.
- Guilbert, J. Educational handbook for health personnel. Geneva: WHO, 1998.
- HALL, B. FAQs About E-learning. [online] [cit. 2003] Dostupné na [www:http://www.brandon-hall.com/brandon-hall/](http://www.brandon-hall.com/brandon-hall/).
- PRŮCHA, J. Jak psát učební texty pro distanční studium. Ostrava: VŠB-Technická univerzita Ostrava a NCDiV, 2003.
- PRŮCHA, J.; MÍKA L. Distanční studium v otázkách (Průvodce studujících a zájemců o studium). Praha: Centrum pro studium vysokého školství a Národní centrum distančního vzdělávání, 1999.
- PRŮCHA J.; MÍKA L. Glosář distančního vzdělávání (DiV). Praha: Národní centrum distančního vzdělávání/CSVŠ, 1998.
- Základy online výuky a eLearning. Podklad k panelové diskusi na téma Metodologie implementace eLearning a distančního vzdělávání na konferenci BELCOM'02. Praha: CESNET a ČVUT, 2002.
- ZLÁMALOVÁ, H. (2004) Činnost tutora v distančním studiu. Předneseno na Seminárii pro tutorů v Praze, Česká republika. 12-13/02/2004.
- ZLÁMALOVÁ, H. Příručka pro tutorů distančního vzdělávání. Praha: Centrum pro studium vysokého školství a Národní centrum distančního vzdělávání, 2003.

Adresa autora:

Mgr. Vendula Bílková

(odborný asistent Kabinetu metodiky vzdělávání Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze)

bilkova@ipvz.cz

# Rómsky asistent a spolupráca v komunite

h. doc. MUDr. Štefánia Moricová, Csc., RNDr. Miroslava Raučinová  
Pracovisko: Katedra komunitnej medicíny FVZ SZU

Rómsky asistent pochádza z rovnakého kultúrneho kruhu ako celá komunita. Jeho význam spočíva v ovplyvňovaní rómskych klientov v ich prirodzenom prostredí s ohľadom na ich kultúru a potreby. Svojou prirodzenou autoritou má predpoklady ovplyvniť rómsku komunitu v oblasti dodržiavania osobných hygienických zásad, hygieny bývania, životného prostredia, stravovacích a kultúrnych návykov. Aby rómsky asistent mohol výchovne pôsobiť na svojich klientov, musí poznať a byť si vedomý odlišnosti rómskeho etnika od majoritnej spoločnosti. Poznanie týchto špecifik je nutnou podmienkou úspešnej práce v rómskych komunitách. Rómovia sú považovaní za celoeurópsku špecifickú neteritoriálnu menšinu. Jej špecifickosť je odrazom odlišnej histórie, vyhladzovacích praktík 2.svetovej vojny, asimilačných programov v období komunizmu, ako aj pozostatkom nesystémových a povrchných prístupov v postkomunistickom období (1). Rómske etnikum predstavuje špecifický spoločenský problém sformovaný odlišnosťami životného štýlu, kultúrno-historickými, psychosociálnymi a ekonomickými faktormi.

Kultúrne odlišnosti rómskeho etnika sa prejavujú najmä:

v odlišnom jazyku, reči a jazykového vývinu

v odlišných vlastnostiach prejavujúcich sa v hudobných a pohybových prejavoch (tanec), v temperamente, a v obliekaní sa.

v nízkom národnostnom povedomí, ktoré je zapríčinené nízkou vzdelanosťou a kultúrnou úrovňou

zníženou informovanosťou vyplývajúcou z kultúrnej a sociálnej izolovanosti mnohých osád

odlišnej kvalite plnenia funkcie rodinnej výchovy, oproti bežnej populácii

odlišným systémom spoločenských hodnôt

nízkym právnym povedomím

nízkou kultúrou bývania, zvýšená chorobnosť, časté zdravotné a psychické postihnutie

odlišnosti stravovacích návykov

zvýšená konzumácia alkoholických nápojov

život rómskych rodín je v sociálnom a morálne zdevastovanom prostredí na hranici ľudskej dôstojnosti

rodiny sa združujú v kolóniách osadách, aby zostali spolu

zlé sociálne, ekonomické podmienky spôsobujú v rómskych rodinách žijúcich v osadách vysoký stupeň kriminality

u týchto rodín sa prejavuje vysoký stupeň nezamestnanosti a invalidita žiteľov rodiny

v poslednom čase dochádza k migrácii rómskych rodín do zahraničia za vidinou lepšieho života (2)

Presný počet Rómov nie je známy. Vo svete žije približne 12 miliónov, v Európe asi 5 miliónov.

Podľa posledných odhadov na Slovensku je v súčasnosti zhruba 400 000 Rómov, čo

predstavuje približne 7 % z celkového počtu obyvateľov. Približne ¼ slovenských Rómov žije vo východoslovenskom regióne. Slovensko patrí medzi krajiny s najvyšším podielom rómskej populácie v Európe (1).

Na základe spoločenskej integrácie rozlišujeme tri základné skupiny Rómov:

plne integrovaní (asi 20%) prebrali zvyky majority. Táto skupina sa snaží o plnú spoločenskú emancipáciu a zvýšenie prestíže tak, ako to ich životu, práci a mysleniu zodpovedá.

častočne integrovaní (asi 50%) žijú v menšej izolácii a vzájomné pôsobenie medzi rómskou a nerómskou populáciou je intenzívnejšie. Na jednej strane u nich dochádza k narušeniu tradičných vzťahov k tradičnému rómskemu prostrediu, na strane druhej nové vzťahy k nerómskemu okoliu neboli naviazané a neboli plne prevzaté a osvojené spoločenské normy majority.

neintegrovaní (asi 30%) bývajú v izolovaných zdravotne a sociálne rizikových lokalitách – osadách, oddelene od nerómskej populácie. Nepracujú, deti pravidelne nenavštevujú základné školy, je u nich typická nízka ašpiračná úroveň a rozšírený analfabetizmus, páchajú trestnú činnosť.

Najvyššiu hodnotu v rómskej komunite má rodina. Tradičná rómska rodina je mnohohodetná a viacgeneračná. Vyznačuje sa charakteristickými znakmi, ktoré sa často podpisujú na jej problémoch. Ide predovšetkým o nasledovné:

nízky vek na začiatku života v partnerskom zväzku a nízky vek žien pri pôrode  
značný podiel detí

menší podiel ľudí v produktívnom veku

viacčlenné domácnosti

vyšší podiel úplným rodín s deťmi do 15 rokov

spoločné bývanie niekoľkých generácií pokrvných príbuzných a spoločné hospodárenie (2)

Zdravotný stav Rómskej populácie je nepriaznivejší ako u ostatnej populácie. Stredná dĺžka života (očakávaná doba dožitia) je podľa demografických odhadov výrazne kratšia ako u ostatného obyvateľstva (u nás je rozdiel 7,5 roka u mužov a 6,6 roka u žien v neprospech Rómov).

Za hlavné faktory ovplyvňujúce zdravotný stav Rómov v osadách sú považované najmä:

nižšia vzdelanosť, spôsobujúca nedostatočnú úroveň zdravotného uvedomenia

nízka úroveň osobnej i komunálnej hygieny

nízky štandard bývania

rizikové znečistené a zdevastované životné prostredie

nezdravé stravovacie návyky a výživa

zvyšujúca sa miera užívania alkoholu a fajčenia aj počas gravidity

rozrastajúca sa závislosť na drogách

S nevhodnými životnými podmienkami súvisí zníženie imunity a zvýšenie náchylnosti na infekčné choroby. V rómskej populácii bol zaznamenaný najčastejšie výskyt týchto ochorení: infekčná hepatitída A, infekčná hepatitída B, dyzentéria, svrab, vši, salmonelóza, enteritidy, syfilis, invazívne meningokokové infekcie, tuberkulóza najmä u detí (až 72,2 % z celkového výskytu detskej tuberkulózy). K výskytu a ďalšiemu šíreniu prenosných chorôb prispieva okrem nevhodných podmienok aj nezodpovedný prístup rómskych rodičov k očkovaniu svojich detí. Úmrtnosť na neinfekčné ochorenia je u Rómov až 4-razy vyššia v porovnaní s nerómskym obyvateľstvom. Rómska populácia je vysoko riziková pre kardiovaskulárne choroby a metabolický syndróm. Z výsledkov štúdie, ktorá skúmala zdravotný stav rómskych obyvateľov vyplýva, že najväčšie percentuálne zastúpenie mali tieto choroby: choroby kĺbov a svalov, ischemická choroba srdca, vysoký krvný tlak, choroby tráviaceho traktu (vredová choroba žalúdka), cukrovka, respiračné choroby, nádorové ochorenia, duševná zaostalosť a mentálna retardácia (3).

Na vzniku neinfekčných ochorení sa podieľa aj zlá životospráva a výživa. Nutričný režim rómskeho etnika je odlišný od majoritnej populácie. Zistila sa vysoká spotreba tučného mäsa, údenín, bravčovej masti (pre ich cenovú výhodnosť), sladkých malinoviek, piva, alkoholu i cigariet a na druhej strane nízka spotrebu celozrnných výrobkov, mlieka, zeleniny i ovocia. Pre Rómov na západnom Slovensku je typický vyšší výskyt nadváhy a obezity. Zistili sa aj nižšie hladiny anti-oxidatívnych vitamínov (vitamín C, beta karotén). V rómskej populácii bola zistená aj vysoká spotreba alkoholických nápojov, fajčenie u rómskeho etnika je vysoké, už v pomerne nízkom veku.

Geneticky podmienené ochorenia sú tiež časté, napr. kongenitálny glaukóm (zelený očný zákal, súhrn príznakov spojených so zvýšeným vnútroočného tlaku), autozomálne dominantné polycystické ochorenie obličiek.

V detskej populácii bol zaznamenaný vyšší výskyt infekčných chorôb, poranení, otráv a popálenín, súvisiacich s faktormi vonkajšieho prostredia, taktiež riziko SIDS (syndrómu náhleho úmrtia dojčiat) je zvýšené. Častejšie sú predčasné pôrody s nízkou pôrodnou



hmotnosťou. Dojčenská úmrtnosť je zhruba 1,8 násobná v porovnaní s hodnotou v SR a 2,2 násobná, ak berieme do úvahy len neintegrovanú časť etnika.

Reprodukčné správanie je iné ako u majoritnej populácie. Plodnosť Rómiiek je asi 2,5 násobne vyššia ako nerómskej populácie. Priemerný vek pri prvom pôrode je u rómskych matiek nižší (21,1 rokov; v osadách 19,6 rokov) ako u nerómskej populácie (24,6 rokov); podiel detí narodených mimo manželstva je dlhodobo vysoký. Pri pôrodoch sa častejšie vyskytuje hypotrofia, nedostatočná výživa plodu a predčasný pôrod. Gravidné ženy nenavštevujú prenatálne poradne.

Z definovaných problémov a špecifík rómskeho etnika vyplývajú pre rómskeho asistenta následné úlohy. Povinnosťou Rómskeho asistenta je príbežne sa vzdelávať, a to v oblasti hygieny, prevencie chorôb, význame správnej životosprávy, osobitostí pri užívaní liekov, poskytovaní základnej prvej pomoci, starostlivosti o chorých v domácnosti, vykonávaní základnej dezinfekcie, dezinfekcie a deratizácie. Mal by disponovať základnými vedomosťami z oblasti komunikácie a zásadami etiky a morálky (4).

Rómsky asistent by mal mať teoretické poznatky a zručnosti pre:  
systematické a cieľavedomé ovplyvňovanie zdravotného povedomia  
presadzovanie zdravého životného štýlu t.j. správanie udržiavajúce a podporujúce zdravie  
vytváranie a udržiavanie sebestačnosti klienta rozvíjaním jeho spoločenských a pracovných návykov  
ovplyvňovanie individuálnych záujmov na upevňovanie fyzickej kondície klientov v starostlivosti o zdravie  
zručnosti pri uskutočňovaní sociálnych aktivít, asistencie pri terapii klientov  
podporovanie záujmu rodičov o zdravie svojich detí  
ovplyvňovanie pohľadu jednotlivca na vlastne zdravie

Vzdelanostná úroveň obyvateľstva je dôležitým činiteľom ovplyvňujúcim zdravie populácie. Preto pozdvihnutie Rómov musí predovšetkým vyjsť so zlepšenia úrovne ich vzdelania, idúcej ruka v ruku so zlepšením ich zdravotnej situácie. Zvýšenie úrovne poznania prinesie vyššiu zodpovednosť za svoje zdravie.

Rómovia nemôžu byť pri riešení tejto problematiky len objektom pôsobenia, musia sami spolupracovať, iniciovať a realizovať zmeny v prístupe k normám, úlohám, cieľom, ktoré pred nich stavia spoločnosť.

Použitá literatúra:

BERTKOVÁ, I., PETRÁŠOVÁ, D.: Chorobnosť ako jeden z ukazovateľov zdravotného stavu rómskej populácie. Slovenský lekár, 14, 2004, č.11-12, s. 332-334.

VANKOVÁ, K.: Cez históriu k podstate rómskej identity. In: Cesty k zvyšovaniu socializácie rómskeho etnika. Prešov: Pedagogická fakulta, 2005, s. 230.

NESVADBOVÁ, L., RUTSCH, J., KROUPA, A., SOJKA, S.: The state of health of the Romany population in the Czech republic. Cent. Eur. J. publ. Health, 8, 2000, s. 141-149.

WICZMÁNDYOVÁ, D., MAGUROVÁ, D.: Komunitné ošetrovateľstvo zamerané na rómsku populáciu. REVUE ošetrovateľstva a laboratórných metodík, 10, 2004, č.3, s. 109-111.

Adresa autora:

Slovenská zdravotnícka univerzita  
Limbová 14, Bratislava